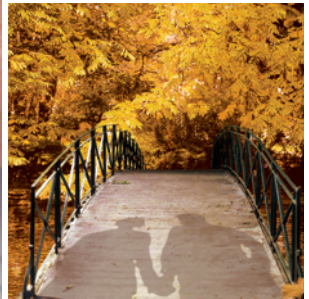
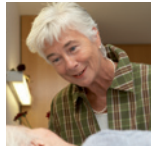
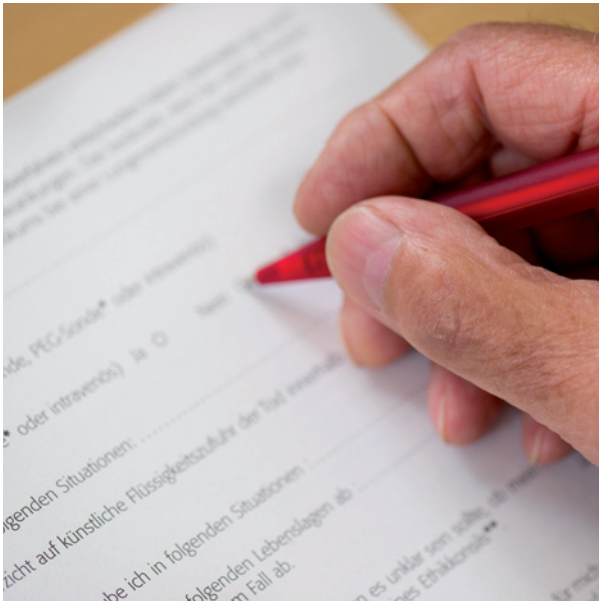


## Patientenverfügung





## Vorwort

Dieses Formular für eine Patientenverfügung wurde von dem Kuratorium des Vereins zur Förderung der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk erarbeitet. Es beruht auf dem seit dem 1. September 2009 geltenden Gesetz zur Patientenverfügung und den persönlichen Erfahrungen und beruflichen Kenntnissen, die Ärzte, Theologen und Juristen sowie Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung eingebracht haben. Dabei war für diesen Vorschlag ein christliches Menschenbild leitend.

Mit dem Text möchten wir Sie dazu anregen, über den eigenen Tod und das eigene Sterben nachzudenken und auch darüber zu sprechen. Wir möchten Ihnen damit eine Hilfestellung geben, konkrete Verfügungen über Ihre medizinische und pflegerische Versorgung am Lebensende zu treffen.

Wir bitten Sie, die Formulierungen als Vorschläge zu verstehen und möchten Sie ermutigen, Ihre ganz persönlichen Anschauungen und Vorstellungen mit eigenen Worten zu formulieren. Ergänzungen, Unterstreichungen oder Streichungen nach den persönlichen Überzeugungen und Wünschen sind nicht nur möglich, sondern sogar ausgesprochen sinnvoll. Damit wird deutlich, dass Sie sich eingehend mit Ihrer eigenen Endlichkeit und den Details des Textes auseinandergesetzt haben. Die Patientenverfügung kommt erst dann zur Geltung, wenn Sie selber nicht mehr Ihren eigenen Willen äußern oder bilden können.

Für die Situation, dass Sie selber nicht mehr Ihren eigenen Willen bilden können, empfiehlt es sich, zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Person Ihres Vertrauens mit einer Vorsorgevollmacht auszustatten, damit diese in einem solchen Fall zweifelsfrei befugt ist, Ihre Interessen zu vertreten. Es steht in Ihrer alleinigen Verfügungsgewalt, ob Sie mehrere Personen oder nur eine einzige Person aus dem Kreis Ihrer Verwandten oder Freunde für alle oder nur einzelne Gebiete zur Vertretung heranzuziehen wünschen (weiteres siehe Vorsorgevollmacht). Im Regelfall vermeiden Sie durch die Erteilung einer Vorsorgevollmacht, dass das Betreuungsgericht angerufen und für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden muss.

## **Inhalt**

- I. Grundlegende Wertvorstellungen
- II. Konkretisierungen der grundlegenden Wertvorstellungen
- III. Konkrete Weisungen
- IV. Meine persönlichen Anschauungen
- V. Zeugen

## **Patientenverfügung von**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

# **I. Grundlegende Wertvorstellungen**

## **Endlichkeit meines Lebens**

Ich weiß, dass das Leben endlich ist und dass eines Tages auch ich sterben werde. Stets wünschte ich menschenwürdig zu leben – und menschenwürdig soll mein Leben auch enden. Ein menschenwürdiges Leben und ein menschenwürdiger Tod setzen aber voraus, dass der freie Wille des Menschen für das eigene Leben und Sterben maßgebend ist. Daher sollen meine Wünsche und mein Wille auch mein Leben und Sterben bestimmen.

## **Mein freier Wille**

Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen die in dieser Patientenverfügung formulierten Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen für die benannten Bevollmächtigten, die mich betreuenden Ärzte, Pflegende und nächste Angehörige Grundlage und Orientierung für ihre stellvertretenden Entscheidungen sein. Sie sollen sich nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen. Vor allem wünsche ich, dass der natürliche Sterbeprozess und unheilbare, zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert werden.

## **Gewünschte Versorgung in kritischer Lage**

Ich wünsche, dass mir optimale medizinische Versorgung und Betreuung zuteilwird, solange eine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht. Insbesondere wünsche ich mir die beste ärztliche und pflegerische Behandlung, wenn sie meine Lebensqualität zu verbessern vermag. Dabei lege ich Wert darauf, dass vermeidbare Schmerzen und Leiden durch eine sachgerechte Schmerztherapie erspart bleiben. Dies gilt natürlich besonders für die Situation am Lebensende.

## **Ärztliche Betreuung**

Ich vertraue darauf, dass eine Aussage über die Prognose meiner Krankheiten von den mich behandelnden Ärzten sorgsam gestellt wird. Ich vertraue auch darauf, dass diese Prognosestellung entweder auf einer langen Kenntnis meiner Krankheit durch meinen (Haus-) Arzt beruht oder die Folge der Erörterung von mehreren erfahrenen Ärzten miteinander ist. Dabei ist mir bewusst, dass zur Abschätzung der Prognose eine ausreichend lange Zeit der Beobachtung erforderlich ist und eine absolute Sicherheit nicht gewährleistet werden kann. Ich erwarte, dass meine Verfügung bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt und beachtet wird.

## **Keine künstliche Verlängerung meines Lebens**

Ich weiß, dass es die rasche Entwicklung in Medizintechnik und Pharmazie zunehmend möglich macht, Leben um geraume Zeit künstlich zu verlängern. Dies betrifft auch Fragen der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr. Meine feste Überzeugung ist es aber, dass mein Leben nicht um jeden Preis künstlich verlängert werden soll. Eine künstliche Lebensverlängerung lehne ich ab, wenn sie zum reinen Selbstzweck und damit in meinen Augen menschenunwürdig wird und mein Leiden und Sterben verlängert.

## II. Konkretisierung der grundlegenden Wertvorstellungen

In dieser Einstellung zu Leben und Sterben verfüge ich:

**Meinem natürlichen Sterben, das ohne ärztliche Gegenmaßnahmen zu meinem baldigen Tod führt, darf kein Einhalt geboten werden. Dieses soll aber nur in den Fällen gelten, in denen**

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen)

- ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde.
- ich mich dauerhaft geistig nicht mehr orientieren kann, selbst meine Angehörigen und Freunde nicht mehr erkenne und offensichtlich am umgebenden Leben nicht mehr teilnehmen kann.
- ich seit längerer Zeit/seit einem halben Jahr/seit \_\_\_\_\_ bewusstlos bin und nach der übereinstimmenden Prognose (Aussage über die zu erwartende Entwicklung einer Krankheit) zweier erfahrener Ärzte keine Aussicht besteht, dass ich aus dieser Bewusstlosigkeit erwachen werde. Dieser Punkt bezieht sich beispielsweise auf das Krankheitsbild „Wachkoma“.

## III. Konkrete Weisungen

Für die vorstehend von mir ausgewählten Situationen verfüge ich:

### 1. Eine Reanimation

- soll nicht mehr durchgeführt werden.
- soll auf jeden Fall erfolgen.

### 2. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- Ich wünsche eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in jedem Fall.
- Ich wünsche eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr für den Fall, dass diese therapeutisch und/oder medikamentös notwendig werden sollte und eine medizinisch unklare Situation zu überbrücken hilft.

- Die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr soll eingestellt werden, wenn das vorgenannte therapeutische Ziel der Überbrückung einer unklaren Situation nicht erreicht wird.
- Eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr lehne ich ab.

Mir ist bewusst, dass die Nichtinanspruchnahme einer künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme oder die Beendigung dieser Maßnahme am Lebensende bedeutet, dass der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann. Dies bedeutet nicht, einen Menschen qualvoll verhungern und verdursten zu lassen. Der Bedarf an Nahrung und Flüssigkeit verändert und verringert sich am Lebensende. Um unnötiges Leiden zu vermeiden, sind pflegerische und medikamentöse Maßnahmen zu ergreifen.

### 3. Schmerztherapie

- Ich fordere eine wirksame und angemessene Behandlung von Schmerzen und Symptomen:

auch wenn ich dadurch teilweise müde und schläfrig werde.

- ja                       nein

auch wenn sehr starke Schmerzmittel erforderlich sind, die einer Narkose vergleichbar sind.

- ja                       nein

auch wenn durch diese Behandlung möglicherweise die mir noch verbleibende Lebenszeit unbeabsichtigt verkürzt wird.

- ja                       nein

\_\_\_\_\_



## 4. Antibiotika und weitere therapeutische Maßnahmen

Durch die Therapie mit Antibiotika ist es möglich, kritische Situationen (z.B. eine Lungenentzündung) überwinden zu helfen. Ob dies am Lebensende durchgeführt werden sollte, ist schwer zu beantworten. Auch hier stellt sich die Frage nach der verbleibenden Lebensqualität oder aber einer potentiellen Leidensverlängerung. Ich wünsche eine Behandlung mit Antibiotika, solange das therapeutische Ziel die Wahrung meiner verbleibenden Lebensqualität ist.

ja                                       nein

Dies soll auch für weitere Behandlungsmaßnahmen gelten wie:

Künstliche Beatmung / Bluttransfusion / Blutwäsche / kreislaufstützende  
Medikamente / Amputation / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

(Nichtzutreffendes bitte streichen oder Ergänzungen vornehmen.)

## IV. Meine persönlichen Anschauungen

An dieser Stelle möchten wir Sie ermutigen, Ihre ganz persönlichen Anschauungen, Vorstellungen und Lebenserfahrungen in eigenen Worten zu formulieren. Dieses mag Ihnen eventuell Schwierigkeiten bereiten, wir möchten Sie jedoch nachdrücklich dazu anregen. Hierbei ist es nicht notwendig, einer juristischen Sprache zu entsprechen. Vielmehr geht es darum, dass Sie sich selbst in Ihrer Persönlichkeit und in Ihren Ansichten in ganz eigenen Worten zum Ausdruck bringen. Schauen Sie auf Ihr Leben zurück, erinnern Sie sich an eigene kritische Lebenssituationen, schwere Erkrankungen oder aber Ihr Erleben von Sterben und Tod in Ihrer Familie und Ihrem Freundeskreis. Berücksichtigen Sie eigene Vorerkrankungen.

Dies erfolgt im Hinblick auf folgende zu berücksichtigende Fakten: Es ist nicht möglich, eine in der Zukunft eintretende lebensbedrohende Situation vorherzusehen und exakt zu beschreiben. Ihre persönlichen Anschauungen stellen

somit eine wichtige Grundlage dar für die Ermittlung Ihres mutmaßlichen Willens hinsichtlich einer akuten Situation. Das heißt, Ihr Vertreter, Ihre Angehörigen und die behandelnden Ärzte machen sich auf Grundlage Ihrer Schilderungen ein Bild von Ihnen und überprüfen bzw. übertragen die formulierten Wünsche und Anschauungen auf die akut vorliegende Situation.

Am Ende dieses Vordruckheftes finden Sie Raum für Ihre persönlichen Anschauungen. Sollte dieser nicht ausreichen, können Sie weitere Blätter selbstständig anheften.

Das Original meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

---

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

**Die vorangegangenen Verfügungen sind mein fester Wille. Ich bitte daher nachdrücklich, meine Wünsche, die ich in dieser Patientenverfügung niedergelegt habe, zu erfüllen. Ich bin mir bewusst, dass meine Patientenverfügung voraussichtlich nicht exakt auf alle möglichen Situationen zutrifft. Dann bitte ich alle Beteiligten (gesetzliche Vertreter, Ärzte, Angehörige, Pflegende, ...), gemeinsam eine Entscheidung zu finden, die meinen Wünschen und Wertvorstellungen entspricht.**

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## V. Zeugen

*Anmerkung:* Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung zwar nicht erforderlich, ist aber zu empfehlen, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen. Sinnvoll ist es auch, die Verfügung mit dem Hausarzt zu besprechen und gegebenenfalls auch durch ihn gegenzeichnen zu lassen; zzgl. Stempel der Arztpraxis.

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Verfasser/die Verfasserin bei der Abfassung/Besprechung dieser Patientenverfügung frei in seiner/ihrer Entscheidung und bei klarem Verstand war.

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Zeugen/in

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Zeugen/in

## Bestätigung

Das Gesetz sieht eine regelmäßige Bestätigung nicht vor. Zur Erhöhung der Beweiskraft und zur Überprüfung der eigenen aktuellen Vorstellungen empfiehlt es sich jedoch, diese Verfügung in regelmäßigen Abständen (ca. alle 2 Jahre) anzupassen bzw. zu bestätigen.

Ich bestätige meine Patientenverfügung

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Ich bestätige meine Patientenverfügung

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Ich bestätige meine Patientenverfügung

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden







## **Ev. Johanneswerk gGmbH - Hospizarbeit**

Schildescher Straße 101  
33611 Bielefeld

Tel. 0521 801 -26 01 und -26 61  
E-Mail: [hospizarbeit@johanneswerk.de](mailto:hospizarbeit@johanneswerk.de)  
[www.johanneswerk.de/hospizarbeit](http://www.johanneswerk.de/hospizarbeit)

## **Spenden**

Unsere Arbeit ist kostenfrei.  
Ihre Spende hilft uns, Angebot und Qualität zu erhalten.  
Unser Spendenkonto:

Sparkasse Bielefeld  
IBAN: DE56 4805 0161 0066 0102 99  
BIC: SPBIDE3BXXX

**Verwendungszweck: Hospizarbeit**



Stand: 7. überarbeitete Auflage Oktober 2018