

FRAGEBOGEN FÜR EINE OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG

Dieser »OPV-FRAGEBOGEN« ist **nicht** die fertige Patientenverfügung!

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Telefon

Wichtige Hinweise – Ihre Einstellung ist gefragt

Sie können hier Formulierungsvorschläge **markieren**, Ergänzungen einfügen (es genügen Stichworte), überall Worte und Satzteile **streichen**. Achten Sie besonders auf Worte oder längere **Einschübe in eckigen Klammern** wie [sehr], [relativ], [zumindest realistische Aussichten] usw. Diese sind **im gewählten Kontext zu streichen**, wenn sie für Sie persönlich dort nicht passen bzw. nicht zutreffen.

Eine Patientenverfügung gilt nur für den Fall, dass Sie später eine notwendige Erklärung für oder gegen eine Behandlung nicht (mehr) abgeben können.

Ausschließliche »Ja« oder »Nein« – Antworten sind eher seltene Positionsbestimmungen. **Im Zentrum** einer OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG (OPV) stehen **Abwägungen** unter »Je nach Situation«. Ausfüllhilfe erhalten Sie beim Humanistischen Verband Deutschlands (HVD).

Mehrfachnennungen (v. a. auf Seite 5) sind vorgesehen. Im **Glossar** stehen Erklärungen der mit * versehenen Begriffe. Wenn es Unklarheiten zu Behandlungsmaßnahmen und Krankheitsbildern gibt, können Sie sich auch an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin wenden.

Ein **Widerruf Ihrer Direktiven** ist jederzeit möglich, auch mündlich und sogar nonverbal durch Nicken oder Zeichengebung – solange Sie ansprechbar und einsichtsfähig sind.

Reichen Sie den – soweit wie möglich – ausgefüllten OPV-FRAGEBOGEN mit unterschriebenem AUFTRAGS-FORMULAR bei der ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG des HVD ein. Dort wird für Sie nach Auswertung und ggf. nötiger Rücksprache ein komprimiertes Textdokument erstellt (Abb. siehe Rückseite, S. 6). Dies geschieht durch medizinisch fachkundige, erfahrene Mitarbeiter/innen.

Der Datenschutz ist gewährleistet.

Bei Fragen und
Gesprächsbedarf
sind wir für Sie da:

ZENTRALSTELLE PATIENTENVERFÜGUNG
des HVD (gemeinnützig)
Wallstr. 65, 10179 Berlin
Tel.: 030 613904-11, Fax: -36

OPV-Bereich direkt:
Tel.: 030 613904-874
mail@patientenverfuegung.de
www.patientenverfuegung.de

Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr
von 10–17 Uhr
oder nach Vereinbarung

Meine Lebenssituation, Einstellung und/oder Motivation für eine PV

 **Mögliche Fragen für Ihre Optionen:** *Lebe ich allein oder mit anderen zusammen? Hänge ich (sehr) am Leben – oder ist es mir vielleicht zunehmend zur Last geworden? Blicke ich auf ein erfülltes Leben zurück? Möchte ich etwas besonders erreichen (z.B. Entlastung von Angehörigen bei später ggf. schweren Entscheidungen)? Habe ich vor etwas besonders Angst (Dauerpflegebedürftigkeit, Demenz, leidvolles Sterben, Ausgeliefertsein)?*

Ergänzungsfeld

Gesundheitszustand bzw. Vorliegen von Krankheit(en) und/oder Behinderung(en)

- Ich bin [relativ] **gesund bzw. nicht ernsthaft krank**
- Ich habe in der Vergangenheit folgende schwere Erkrankung(en) bzw. Diagnose(n) gehabt (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs, sonstige Erkrankung im Jahr):
- Ich lebe mit chronischen Beschwerden / Pflegegrad / mit Hilfsmitteln (z. B. Herzschrittmacher):
- Ich bin [sehr] **krank** [schwer und unheilbar]

1 Intensivmedizin, Notfallrettung und Sonderfall Wiederbelebung (= Reanimation)

Bei schwerem Unfall, krankheitsbedingtem Notfall*, Organversagen o. ä. sind Patienten auf lebensrettende Intensivmedizin* angewiesen. Viele können danach weiterleben, manche gut bzw. wie vorher, andere mit schweren Einschränkungen. Einige sterben trotz maximaler Therapie, etwa wenn bei Herz-Kreislaufstillstand nicht innerhalb von 10 Minuten eine Wiederbelebung* erfolgt ist. Deshalb werden Basismaßnahmen sofort eingeleitet – etwa auf der Straße – und können i. d. R. dort gar nicht verhindert werden. Einer (zumindest mutmaßlichen) Einwilligung* bedarf es jedoch außerhalb der akuten Notfallsituation: Für fortgesetzte (erweiterte) Wiederbelebung, künstliche Beatmung*, Adrenalin-Infusion usw., die dann auf einer Intensivstation durchgeführt werden.

Geschähe dies in meinem Sinne?

Ja, ich erwarte [bzw. fordere] maximale Intensivtherapie bei [geringster] Hoffnung auf Lebensrettung.

Je nach Situation

 **Mögliche Optionen:** *Ich wünsche Intensivmaßnahmen, aber nicht »unendlich« und zu »jedem Preis« // Nur solange keine bleibenden [schweren] Schädigungen zu erwarten sind // [Nur] wenn sehr gute [bzw. zumindest realistische] Aussicht auf Wiedererlangung von Lebensqualität (siehe Fragen 2–4) besteht / wenn der Nutzen (v. a. bei fortschreitendem Alter oder Krankheitsverlauf) größer ist als Belastung und Risiken // Sonst soll man mich human sterben lassen ...*

Ergänzungsfeld

Nein, für mich kommen nur noch allgemeinmedizinische Maßnahmen (z. B. bei Knochenbruch) sowie lindernde Maßnahmen in Frage. Ich lehne Intensivmedizin und Rettungsversuche heute schon [absolut] ab.

Wenn ich etwa zu Hause nicht mehr ansprechbar bin, keinen Notarzt (Rettungsdienst) rufen!

Weil ich schon [sehr] alt und/oder krank bin

Mögliche Sonderregelung zur Wiederbelebung bei heutigem (!) Allgemeinzustand

In vielen Akutsituationen sind Patientenwille und auch die vergangenen Minuten nicht ermittelbar. Deshalb gibt es keine Garantie für die verbindliche Durchsetzung einer Festlegung. Dennoch kann eine der folgenden Regelungen hilfreich und wichtig sein.

Schon 3–4 Minuten nach einem Herz-Kreislaufstillstand muss mit einer bleibenden Gehirnschädigung* gerechnet werden. Die Wahrscheinlichkeit steigt minütlich an, nach 5 Minuten auf ca. 50 %, nur noch im Koma* zu überleben.

*Ich erlaube schon heute **keine** Wiederbelebungsversuche mehr, wenn ein Herzstillstand max. Minuten zurückliegt bzw. unbeobachtet erfolgt ist.*

Ich erlaube sie nur, wenn ein Herzstillstand bei medizinischem Eingriff auftritt (da sonst keine OP möglich wäre).

Wichtig zu beachten

Ihre Patientenverfügung wird bei »Je nach Situation« dann **konkret**, wenn Sie bei der dort gestellten Frage mindestens eine Option markieren. Streichen Sie Worte oder längere Einschübe [...] in eckigen Klammern, die im gewählten Kontext für Sie nicht passend sind. In den Fragen 2, 3 und 4 geht es um – für Sie persönlich noch – annehmbare Lebensqualität. Wenn diese dauerhaft nicht mehr gegeben wäre, können Sie für diesen Fall eine **Festlegung** treffen. Dazu dient der türkisfarbene **Zusatz in Klammern: (absolut unverzichtbar ist:)**. Sofern dieser Zusatz **markiert** bzw. **nicht durchgestrichen** ist, wird davon ausgegangen, dass Sie in der darauffolgenden Situationsbeschreibung **keiner** Intensivmaßnahme und **keiner** künstlichen Ernährung durch Magensonde mehr zustimmen.

Ausfüllbeispiel Frage 2:

Je nach Situation, für mich ist wesentlich:

 *Wohnen bleiben zu Hause // hinreichende Mobilität [gilt auch im Rollstuhl] / ... Selbstständige Lebensführung / nur [leichte] Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Verrichtungen ...] // (absolut unverzichtbar ist:) Dass ich nicht dauerhaft bettlägerig wäre – kein »Siechtum« mit ...*

2 Lebensqualität bei körperlichen Dauerschädigungen (bzw. chronischen Leiden)

Mit schweren körperlichen Behinderungen oder chronischen Beeinträchtigungen zu leben, können manche Menschen besser bewältigen als andere. Hier geht es z. B. um schwere Krebserkrankung oder Dauerpflegebedürftigkeit – wenn etwa in medizinischer Entscheidungssituation eine Verwirrtheit hinzutritt. Es kann sich auch – bei akuter Einwilligungsunfähigkeit – um diagnostisch absehbare Folgen eines Schlaganfalls* handeln.

Sind (wären) körperliche Dauerschädigungen und Leiden für mich (voraussichtlich) annehmbar?

Ja, ich möchte auch in schweren Fällen weiterleben.

Je nach Situation. Um damit leben zu können, sind folgende Bedingungen für mich wesentlich:

 **Mögliche Optionen:** *[Möglichst] Wohnen bleiben zu Hause / hinreichende Mobilität [gilt auch im Rollstuhl] / Wiedererlangung bzw. Erhalt geistiger Klarheit // Selbstständige Lebensführung / nur [leichte] Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. durch ambulanten Pflegedienst) // (absolut unverzichtbar ist:) Dass ich nicht dauerhaft bettlägerig wäre – kein »Siechtum« mit lähmender Erschöpfung, Kontrollverlust über Körperausscheidungen (Blase, Darm) und anderen belastenden Symptomen*

Ergänzungsfeld

Nein, bei [auch nicht so schwerer] Dauerpflegebedürftigkeit soll man mich lieber sterben lassen.

Mein Leiden ist bereits heute [oft] kaum noch [bzw. nicht mehr] zu ertragen (weiter ggf. Frage 7 unten).

Bei Frage 3 und 4 ist der Zustand einer dauerhaften Einschränkung von Erkenntnis- und Kommunikationsfähigkeit vergleichbar. Nochmals der Hinweis: Wenn der türkisfarbene Zusatz in Klammern: (**absolut unverzichtbar ist**) markiert bzw. nicht durchgestrichen ist, folgt daraus: In der darauffolgend gewählten Situationsbeschreibung würden Sie einen möglichen Tod vorziehen. Ob diese Therapieziel-Änderung in aller Konsequenz erfolgen soll, können Sie am Ende dieser Spalte angeben.

3 Leben mit (fortschreitender) Demenz und Einschränkung v.a. geistiger Fähigkeiten

Wenn Erinnerungsvermögen und vielleicht auch Persönlichkeit eines Menschen zunehmend verloren gehen, handelt es sich um (schleichende) Hirnabbauprozesse. Betroffene können damit oft noch viele Jahre gut leben und auch mobil bleiben. Fortschreitende Grade einer Demenz werden hauptsächlich durch Alzheimer-Erkrankung im Alter verursacht. Kommunikationsvermögen, bestimmte Vorlieben usw. bleiben oft noch lange erhalten. Am Ende treten jedoch erhebliche Defizite im emotionalen, körperlichen und Bewusstseins-Bereich auf.

Wäre dies für mich ein Leben, welches medizinisch mit lebensverlängernden Mitteln erhalten werden sollte?

Ja, jeder Grad von Demenz [abgesehen vom Endstadium] ist lebenswert und ich beanspruche alle medizinischen Behandlungen inkl. Intensivtherapie.

Je nach Situation

 **Mögliche Optionen:** wenn nicht [erhebliche] chronische Beschwerden körperlicher Art [Bettlägerigkeit] hinzukämen // solange ich noch [auch nur geringste] Lebensfreude empfinden kann, nicht dauerhaft depressiv und/oder »grantig« wäre // solange Anteilnahme an meiner Umwelt erhalten bliebe // solange ich Angehörige [bzw. Nahestehende] noch durchgängig erkenne // (**absolut unverzichtbar ist,**) dass ich Essen noch auf natürliche Weise – ggf. mit Hilfestellung – zu mir nehmen kann

Ergänzungsfeld

Nein, bei Einschränkung meiner geistigen Fähigkeiten wünsche ich keine künstliche Lebenserhaltung mehr.

Ich bin mir dabei eines qualitativ anderen Selbsterlebens im Zustand einer Demenz bewusst. Mein heutiger Entwurf einer beziehungsfähigen, geistig klaren Existenz soll aber Vorrang haben.

Einstellung zu konsequentem »Sterben-Lassen« bei nicht mehr hinreichender Lebensqualität

Welche Konsequenz sollen meine Angaben haben?

Dann wären (medikamentös oder durch Infusion behandelbare) Komplikationen wie Lungenentzündung, Herzschwäche o. a. als »Erlösung« willkommen. Ich lehne dann auch deren Behandlung konsequent ab.

Dann soll meine Abwägung in Frage 8 gelten.

4 Schwere Gehirnverletzung, Koma, Hoffnung auf Wiedererwachen, bleibende Schädigungen

Schwere Bewusstseins-Störungen sind akut lebensbedrohlich. Sie werden verursacht durch Gehirnverletzung/-schädigung z.B. bei Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma, durch Schlaganfall* und Sauerstoffmangel im Gehirn. Der schwerste Fall ist das Koma* (tiefste Bewusstlosigkeit) – dann ist die Fähigkeit verloren gegangen, auf Reize aller Art zu reagieren, und eine künstliche Ernährung ist absolut lebensnotwendig. In den ersten Wochen bestehen die besten Rehabilitationschancen (es kann die Rückkehr in ein weitgehend eigenständiges Leben – zu Hause oder im Pflegeheim – erfolgen). Verlässliche Prognosen sind i. d. R. kaum möglich. Besonders bei jüngeren Betroffenen nach Kopfverletzung ist nicht völlig ausgeschlossen, dass auch nach einem Jahr das Bewusstsein wiedererlangt wird (je länger die Dauer des Komats, desto gravierender sind i. d. R. die bleibenden Behinderungen). Nach akutem Koma kann andererseits der Übergang in ein jahrelanges Dauerkoma folgen, weiterhin mit wahrscheinlich kaum vorhandenem Empfindungs- und Reaktionsvermögen (irreführend auch »Wachkoma« genannt, wissenschaftlich: Vegetativer Status*). Typisch dabei sind die bei Tageslicht geöffneten, aber ins Leere blickenden Augen. Äußerlich ähnliche Zustände mit (ggf. minimalen) Bewusstseinsresten müssen differenziert betrachtet werden. Längst nicht alle hirnverletzten Menschen sind oder bleiben komatös oder bettlägerig. Sie können auch »nur« geistig behindert oder beeinträchtigt bleiben, aber wieder essen, sich in einfachen Worten verständigen und sich wieder koordiniert zu bewegen lernen.

Möchte ich in o. g. Fällen, dass alles, was möglich ist (Lebenserhaltung, Rehabilitation), ausgeschöpft wird?

Ja, auch eine Daseinsweise im Dauerkoma ist für mich erhaltens- und lebenswert.

Je nach Situation

 **Mögliche Optionen:** Solange es [geringste] Hoffnung auf Erwachen aus dem Koma gibt // auch wenn [schwerere Grade von] Gehirnschädigungen dauerhaft bestehen bleiben [es sei denn, organische Schäden treten hinzu] // allenfalls bei wahrscheinlich nur leichten Dauerschädigungen // (**absolut unverzichtbar ist,**) mit Menschen in Kontakt treten und sich i. d. R. sprachlich verständigen zu können. Sofern dies nicht innerhalb von Monaten oder Wochen erfolgt ist, soll man mich beschwerdefrei sterben lassen [keine Einlieferung in ein Pflegeheim] // (**absolut unverzichtbar ist,**) dass realistische Aussicht (d.h. nicht nur Hoffnung) besteht auf ein selbstbestimmtes Leben bei [voller] Wiedererlangung geistiger Fähigkeiten // Ergänzungsfeld

Nein, man soll alle Lebenserhaltung sofort einstellen – auch bei guten Besserungsaussichten bzw. nur geringfügiger Gehirnschädigung. Nötige Begründung siehe Frage 1, Angabe unter: »Nein, weil ich ...« oder sonstige Begründung:

5 Künstliche Ernährung bei Einwilligungsfähigkeit (i. d. R. durch PEG-Magensonde)

Die Fähigkeit, genügend Nährstoffe aufzunehmen oder überhaupt zu essen (auch mit fremder Hilfe, mundgerecht oder als Brei), kann verloren gegangen sein, z. B. wenn Patienten aufgrund spezieller Beschwerden nicht mehr schlucken können. Dann erfolgt i. d. R. eine künstliche Ernährung* durch Magen-sonde (z. B. durch die Nase oder mittels PEG-Sonde durch die Bauchdecke) mit industriell gefertigten Produkten. Über eine PEG-Sonde ist künstliche Ernährung dauerhaft (auch zu Hause, aber meist im Pflegeheim) möglich. In aller Regel geht das Hungergefühl* bei schwerkranken Menschen zurück und ist schließlich im Sterben gänzlich erloschen.

Soll künstliche Ernährung* – i. d. R. durch PEG-Sonde – erfolgen, wenn ich selbst nicht (mehr) zustimmen kann?

Ja, auch im »Endstadium« [bzw. im Sterbeprozess oder andauernden Koma*] wünsche ich künstliche Ernährung.

Je nach Situation

 **Mögliche Optionen:** Allenfalls (im Krankenhaus) Kalorienzufuhr durch Infusion // Das Legen einer PEG-Sonde ist [nur] im Rahmen einer [strengen] medizinischen Indikation zur Überbrückung erlaubt / allenfalls für einen Zeitraum von Wochen oder Monaten // wenn ich bereits jetzt künstlich ernährt werde: bei Verschlechterung meines Zustandes soll diese Maßnahme eingestellt werden.

Ergänzungsfeld

Nein, unter keinen Umständen stimme ich dem Eingriff zum Legen einer PEG-Sonde zu.

Jede Form von künstlicher Kalorienzufuhr, auch durch Infusion, lehne ich heute schon strikt ab. Begründung siehe Frage 1, unter »Weil ich ...« oder Frage 4, unter »Nein ...«

6 Einfordern von Schmerztherapie, Beschwerdelinderung, Palliativmedizin

Schmerztherapie, weitestgehende Linderung, bleibende Bewusstseinsklarheit (auch bei Gabe von Morphin*) sind Ziele von Palliativmedizin* und hospizlicher* Begleitung. Deren Grundidee (Lebensqualität bis zuletzt) schließt eine absichtlich herbeigeführte sogenannte »aktive« Sterbehilfe* aus.

Ich erwarte [fordere] in jedem Fall palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen zur Linderung von Atemnot* und anderen Beschwerden (wie Übelkeit, quälende Unruhe, Durstgefühl usw.) und v. a. eine fachgerechte Schmerztherapie auch mit Morphin* o. ä. Mitteln.

Eine damit – in seltenen Ausnahmefällen – verbundene todesbeschleunigende Nebenwirkung (sogenannte »indirekte Sterbehilfe«) bzw. eine bewusstseinstrübende Nebenwirkung **nehme ich in Kauf.**

Zusatz-Option zu Beruhigungs- und Schlafmitteln:

Darüber hinaus stimme ich einer sogenannten palliativen Sedierung* am Lebensende ausdrücklich zu. Dies soll im Bedarfsfall durch Narkotika* bis hin zur Bewusstlosigkeit gehen, v. a. bei nicht beherrschbaren unerträglichen Schmerzen und qualvollen Zuständen wie Ersticken-Müssen.

7 Therapieziel-Änderung am Lebensende: Nur noch Linderung statt Lebensverlängerung

Im »Endstadium« des Lebens oder einer schweren Erkrankung gibt es oft keine Aussicht mehr auf Besserung und es steht ein (baldiges) Sterben mit großer Wahrscheinlichkeit bevor. Die Betroffenen sind oft kaum mehr ansprechbar. Es kann sich auch um schwerstes Multiorganversagen nach septischem Schock handeln. »Passive« Sterbehilfe wäre dann in vielen Fällen unzulässig ohne ausdrückliche Willenserklärung bzw. entsprechende Patientenverfügung.

Ich lehne [im »Endstadium« einer tödlich verlaufenden Krankheit bzw.] bei bevorstehendem Sterben apparative, intensivmedizinische und sonstige belastende Maßnahmen zur Lebensverlängerung [verbindlich] ab (wie invasive diagnostische Eingriffe, Reanimation*, maschinelle bzw. künstliche Beatmung*, Dialyse*, Operation, Amputation*, belastende Chemotherapie* u. a.). Ich wünsche dann nur noch Schmerztherapie und Palliativmedizin gemäß Frage 6.

Darüber hinaus gilt v. a. im eingetretenen Sterbeprozess [sowie in anderen aussichtslosen und unerträglichen Situationen]: Ich verzichte dann auch auf die Behandlung von Herzschwäche, Lungenentzündung oder anderen Komplikationen sowie schon bestehenden chronischen Erkrankungen.

D. h. ich wünsche dann keine Mittel und Maßnahmen mehr, die lebensverlängernd, stärkend oder stabilisierend wirken wie Antibiotika, Bluttransfusionen, Mittel zur Kreislaufstabilisierung oder bestehende Dauermedikation – und auch keine Kalorienzufuhr durch Infusionen [und lehne diese Behandlungen ebenfalls verbindlich ab].

Wenn ich gereichte Flüssigkeit nicht mehr genügend annehme oder das Trinken verweigere, dann soll auch auf künstliche Flüssigkeit verzichtet oder diese allenfalls im palliativpflegerischen Rahmen stark reduziert verabreicht werden (i. d. R. per Infusion). Vorrang hat eine sorgfältigste Mundbefeuchtung und -pflege.

Mögliche Abwägung siehe Frage 9

Sonderfall: Schon bestehende Therapieziel-Änderung

Ich bin heute bereits in der Situation (unerträgliches Leiden, hohes Alter, Lebenssattheit), dass ich alle lebensverlängernden Maßnahmen verbindlich ablehne.

Dies gilt auch bei einer Infektion (u. a.): Der Verzicht etwa auf Antibiotika (u. a.) soll zu meinem hoffentlich baldigen Tod führen.

8 Meine Grundhaltung zu Hoffnung am Lebensende: Abwägung zwischen Chance und Risiko

In der Medizin kann auch bei unheilbarem »aussichtslosem« Krankheitsbild der fortschreitende Verlauf nicht eindeutig vorausgesagt werden. Sondern es gibt nur mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeiten. Sofern bei hinzugetretener Einsichtsunfähigkeit noch **Hoffnung auf Stabilisierung** durch Medikamente oder nicht-intensivmedizinische Maßnahmen besteht: **Wie soll entschieden werden?**

- Ich möchte unbedingt jede Chance nutzen, um den Tod hinauszuzögern.
- Die Chance soll nicht mehr genutzt werden, wenn ein **unerträgliches Grundleiden** vorliegt und **keine begründete Hoffnung auf Besserung** besteht.
- Jedes Risiko**, mit schwerem Leiden weiterleben zu müssen, will ich unbedingt vermeiden und es ist für ein **konsequentes Sterben-Lassen** zu entscheiden.
- Ich akzeptiere [nur dann noch] eine **lebensverlängernde Wirkung** von Medikamenten und Maßnahmen, wenn sie zur Leidlinderung [unbedingt] erforderlich wären.
- Bei Abwägungen sollen meine Patientenvertreter/innen **Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte** berücksichtigen.

Ergänzungsfeld

9 Welche Haltung habe ich zu Lebensende und Tod?

- Ein (hoffentlich) **entferntes Ereignis** in der Zukunft
- Eine gegenwärtige **akute Bedrohung**
- Sterben als Schrecken, **Angst und Hilflosigkeit**
- Tod als bereits jetzt **ersehnte Erlösung**
- Übergang in eine **jenseitige Welt (Spiritualität)**
- Tod als zum Leben gehöriges **natürliches Ende**
- Am liebsten **gar nicht genau wissen**, was bei schlechter Prognose alles auf mich zukommen kann

10 Gesundheits-Vollmacht / Patientenvertretung

- Folgende Vertrauensperson(en) werden bevollmächtigt, meinen Willen gemäß meiner Patientenverfügung zu vertreten:

Hier zunächst **nur Namen und/oder Beziehung** (Tochter, Lebenspartner, Freundin, Ehemann usw.) angeben.

- Sie soll(en) in konkreten Situationen einen **Ermessensbereich** im Rahmen meiner Festlegungen haben.

11 Wie ist meine Einstellung zur Sterbehilfe?

Die Tötung auf Verlangen*, oft auch »aktive Sterbehilfe« genannt, ist in Deutschland gemäß § 216 StGB unter allen Umständen strafbar und im Folgenden ausgeschlossen. Hingegen ist die Selbsttötung erlaubt und Beihilfe dazu nur unter bestimmten Umständen strafbar.

- Ich befürworte prinzipiell jede Sterbehilfe* und wünsche, dass legal zulässige Möglichkeiten zu einem friedlichen und schnellen »Hinüberdämmern« im Bedarfsfall bei mir voll ausgeschöpft werden.
- Ich behalte mir das Recht vor, über Zeitpunkt und Art meines Todes selbst zu bestimmen. (Eine Selbsttötung bei schwerer Krankheit ist dann nicht ohne weiteres als spontane Verzweiflungstat zu werten.)
- Ich habe mich mit dem **freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten)** am Lebensende vertraut gemacht. Sollte ich diese Methode jemals anwenden, kämen alle hier aufgeführten Wünsche nach palliativer (Sterbe-)Begleitung zum Tragen.
- Am liebsten wäre mir (bei weitgehender Schmerz- und Beschwerdelinderung) **weder eine Verkürzung noch Verlängerung** der letzten Lebensphase, sondern dass dem natürlichen Sterben sein Lauf gelassen wird.
- Ich lehne »aktive« Sterbehilfe* in jeder Form **grundsätzlich ab**. Auch wenn sie **indirekt** oder als Hilfe zum Suizid erfolgen würde, handelt es sich m. E. um eine **ethisch unzulässige Tötung**.

12 Letzte Wünsche: Wie und wo möchte ich sterben?

- Möglichst **zu Hause** bzw. in vertrauter Umgebung
- Gern **bei Bewusstsein bis zuletzt**
- In **Ruhe und Würde**
- Möglichst im Beisein **mir Nahestehender**
- Das Ende soll v. a. **kurz und schmerzlos** sein
- Einen **plötzlichen Herztod** sehe ich als »Chance« an
- Bei gegebener Zugangsvoraussetzung in einer **spezialisierten Einrichtung** (Hospiz* oder Palliativstation*)
- Menschliche Sterbebegleitung**
- Spirituellel bzw. geistlicher Beistand** soll wunschgemäß für mich gerufen werden
- Sonstiges:**

z. B. Konfessionszugehörigkeit, Weltanschauung oder eine Lebensphilosophie, die für mich wichtig ist

- Sektion* / Bestattungswünsche o. a.**

13 Besondere Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung

- Festlegungen in meiner Patientenverfügung gelten für Ärzte und Ärztinnen **unmittelbar verbindlich** (bis auf späteren Widerruf bzw. ausdrücklich eingeräumten Ermessensbereich). [Ein Verstoß dagegen ist rechtswidrig.]
- Sollte ich v.a. bei Demenz einen Behandlungsverzicht (scheinbar) widerrufen, so muss fachärztlich festgestellt worden sein, dass meine dazu notwendige Einsichtsfähigkeit sicher (!) noch vorhanden ist. Dies gilt auch bei später vielleicht noch möglichen Anzeichen von Lebensinteresse. Dabei bin ich mir bewusst, dass der Zustand einer Demenz später von mir gar nicht als Leid empfunden werden muss.
- Mögliche Einschränkung:** In Zweifelsfällen (insbesondere bei Demenz) soll abgewogen werden, was meinem Wohl und dann meinem ggf. »natürlichen Willen« am besten entspricht.

14 Leitlinien für Ärzte bzw. Ärztinnen und Behandlungsteam

- Bei Schwierigkeiten mit der Auslegung meiner Patientenverfügung **soll Unterstützung** (ggf. auch für meine Patientenvertreter oder Angehörigen) **in Anspruch genommen werden durch:**
-  **Mögliche Option:** meinen Arzt, meine Ärztin des Vertrauens / weitere Bezugspersonen / Kirchengemeinde / Humanistischen Verband Deutschlands, in dem ich Förderer bzw. Mitglied bin / Hospiz-Dienst / Behandlungsteam / Ethikkomitee / Betreuungsgericht **Ergänzungsfeld**

Ausnahme-Bestimmungen

-  **Mögliche Option:** Ein hier ausgesprochener Behandlungsverzicht kann unwirksam werden, wenn noch eine – möglicherweise – erhebliche Besserung zu erzielen wäre / auch dann, wenn es dafür (mir) heute noch unbekannte Methoden oder neue Medikamente geben sollte // auch dann, wenn das Behandlungsteam bei mir noch Lebenswillen zu erkennen meint.

15 Bestimmungen nach dem Hirntod (bzw. Tod) zu Spendenzwecken

Soll eine Organspende* nach festgestelltem Hirntod* erlaubt sein? Hinweis: Ist nur möglich auf der Intensivstation unter »organerhaltenden« Maßnahmen (wie z. B. Beatmung) bis zur abgeschlossenen Diagnose des Hirntods und etwa 12–24 Stunden über diesen hinaus.

Ja Nein Weiß nicht

Soll eine **Gewebeentnahme** nach meinem »normalen« Tod (an meinem Leichnam) erlaubt sein?

Ja Nein Weiß nicht

Ihre fertige OPTIMALE PATIENTENVERFÜGUNG

Sie wird Ihnen **unterschriftsreif** nach Ausarbeitung in doppelter Ausführung per Post zugesandt (siehe Abbildung Vorder- und Rückseite). Im unteren Teil der Rückseite befindet sich ein **Feld für eine mögliche** (aber nicht erforderliche) **Bezeugung** z. B. durch Ihren Arzt oder Ihre Patientenberaterin sowie ein **Feld für spätere Änderungen und/oder Aktualisierungen**.

Der Zusendung beigelegt wird (ggf. nochmals) eine **GESUNDHEITSVOLLMACHT** sowie die **Gebührenrechnung**. Die Gebühren – auf gemeinnütziger Basis – entnehmen Sie bitte dem **blauen AUFTRAGSFORMULAR**. Dort können Sie auch angeben, ob eine anschließende Hinterlegung Ihrer **OPTIMALEN PATIENTENVERFÜGUNG** mit dann ausgefertigtem **NOTFALLPASS** gewünscht wird.



Zur Nutzung dieses OPV-FRAGEBOGENS

Eine professionelle und qualifizierte Auswertung und anschließende Dokumentenerstellung erfolgt durch Fachkräfte im Humanistischen Verband Deutschlands (HVD) mit Sitz in Berlin.

Wenn Sie sich eine Patientenverfügung lieber selbst zusammenstellen möchten, greifen Sie **im eigenen Interesse** auf **Textbausteine** einer **STANDARD-PATIENTENVERFÜGUNG** zurück. Diese können Sie beim HVD anfordern oder auch kostenfrei im Internet abrufen unter: www.patientenverfuegung.de