

PATIENTENVERFÜGUNG UND VOLLMACHT FÜR DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG¹

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit²

Vorname und Name, Geburtsdatum und Geburtsort

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen der/die hier benannte(n) Bevollmächtigte(n), die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen und sich nicht an dem orientieren, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch 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.

Zur Prüfung der Anwendbarkeit dieser Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation sollen meine Antworten auf die im Vorbereitungsmaterial vorgestellten Fälle und Fragen berücksichtigt werden (**ja** / **nein**).

II. Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir Lebensfreude und Lebensqualität ermöglichen. Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden (**ja** / **nein**), ich akzeptiere auch fremde Gewebe, Blut und Organe (**ja** / **nein**).

2. Wenn ich mich aber (a) unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder im Sterbeprozess befinde, (b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder (c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin und nur eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ich das Bewusstsein wiedererlange, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um menschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses unternommen wird. Ich verlange jedoch ausdrücklich, dass in diesen Situationen alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ausgeschöpft werden, so dass ich ohne körperliche Schmerzen und

¹ Diese *Vorsorgliche Patientenverfügung und Vollmacht für die medizinische Betreuung* besteht aus 3 Teilen. Im 1. Teil informieren Sie Ihre Ärzte, Bevollmächtigte oder Betreuer über Ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit. Im 2. Teil äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zu Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie zur Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium. Im 3. Teil bevollmächtigen Sie eine Person *Ihres* Vertrauens, die *Ihre* Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Die 3 Teile binden den Bevollmächtigten auf Grundlage des Gesetzes zu Patientenverfügungen vom 29.07.2009 an Ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm genügend Spielraum für Einzelentscheidungen. Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze oder Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.

² Machen Sie es sich zur Gewohnheit, Ihre Betreuungsverfügung nach neuen Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Leiden oder etwa alle drei Jahre zu bestätigen und gegebenenfalls zu ändern. - Diese Patientenverfügung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Sie ist nach § 1901 a BGB rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden. Siehe auch Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer 2004 (Dt. Ärzteblatt 2004, 1298-1299). Die Beendigung einer nicht gewünschten Maßnahme ist als Behandlungsabbruch durch aktives Eingreifen zulässig (Bundesgerichtshof 25.06.2010).

seelische Leiden sein kann. Ich wünsche meine letzten Tage und Stunden in einer mir vertrauten Umgebung zu verbringen, sofern das mit guter pflegerischer und medizinischer Versorgung vereinbar ist.

3. Insbesondere treffe ich für den Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, den beschriebenen Verlust meiner geistigen Fähigkeiten oder eine langanhaltende Bewusstlosigkeit folgende *besondere Verfügungen*³:

(A) Pflege und menschliche Begleitung: Ich wünsche menschliche und medizinische Begleitung, insbesondere menschenwürdige Unterbringung und Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Mund- und Körperpflege.

(B) Schmerztherapie: Ich fordere eine wirksame *Behandlung* quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Depression und Schlaflosigkeit,

- auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde ja nein
- auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere, ja nein
- auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird. ja nein

(C) Wiederbelebung: Ich wünsche die *Unterlassung* von Versuchen zur Wiederbelebung,

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ja nein
- wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ja nein
- bei langanhaltender Bewusstlosigkeit ja nein

(D) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr: Ich wünsche die *Unterlassung* künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder über die Vene bei fehlendem Durstgefühl auch die *Unterlassung* künstlicher Flüssigkeitszufuhr, außer wenn diese bei der medikamentösen Behandlung von Schmerzen und Beschwerden hilfreich ist

- im Endzustand einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit ja nein
- wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ja nein
- bei langanhaltender Bewusstlosigkeit ja nein

(E) Sonstige Verfügungen und Hinweise⁴: Solange keine von mir oder meinem/n Bevollmächtigten akzeptierte und aktualisierte *Medizinische Behandlungsverfügung* vorliegt, sollen die in dieser Verfügung festgelegten Forderungen und Wünsche entsprechend in Situationen übertragen werden, die hier nicht angesprochen sind.

³ Sie sollten diesen Teil Ihrer Verfügung mit einem Arzt Ihres Vertrauens oder einer medizinisch erfahrenen Person beraten. Wenn Sie sich über den möglichen Schaden oder Nutzen von Festlegungen zu Behandlungen oder deren Unterlassung nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt ganz oder in Teilen oder einzelne Satzteile oder Worte.

⁴ Ihre Patientenverfügung gibt Ärzten und Pflegenden Hinweise für eine individualisierte medizinische und pflegerische Betreuung, auch wenn nicht alle künftigen medizinischen oder pflegerischen Situationen vorausgesehen werden können. Wenn es zu einer akuten Änderung Ihres Zustandes oder Ihres Aufenthaltsortes kommen sollte, so kann der behandelnde Arzt einen aktuellen *Medizinischen Behandlungsplan* gemeinsam mit Ihnen oder der(m) Bevollmächtigten aufstellen, beispielsweise für unerwünschte, aber nicht auszuschließende Komplikationen bei medizinischen Eingriffen oder künftige Komplikationen bei chronischen Erkrankungen. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben und kennen deren typischen Verlauf (z.B. unheilbare und metastasierende Krebserkrankung, schwere Herz- und Lungenerkrankung, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht, Amyotrophe Lateralsklerose) und möchten vorweg persönliche Verfügungen für deren Behandlung im fortgeschrittenen Stadium treffen.

III. Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten

1. Für den Fall, dass ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann, erteile ich hiermit unter Bezugnahme auf § 1896 Absatz 2 Satz 2 und 1904 Abs. 1 und 2 BGB dem/der

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

die Vollmacht, mich gegenüber Ärzten, den Angehörigen medizinischer und pflegerischer Berufe, Krankenhäusern, Seniorenheimen und den dort Tätigen als Gesundheitsbevollmächtigter zu vertreten.

2. Sollte der/die von mir benannte Gesundheitsbevollmächtigte erklären, dass er/sie nicht in der Lage oder nicht mehr willens ist, meine Vertretung wahrzunehmen, so erteile ich an seiner/ihrer Stelle eine inhaltsgleiche Vollmacht an

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

ersatzweise

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax)

3. Ich entbinde Ärzte gegenüber meinem/r Gesundheitsbevollmächtigten von der Schweigepflicht und erwarte, dass sie meine/n Gesundheitsbevollmächtigten umfassend aufklären und beraten.

4. Ich erwarte, dass mein Bevollmächtigter sich bei Inanspruchnahme der Vollmacht insoweit mit mir verständigt, als es den Umständen nach möglich ist, und sich an meinen Werten, Wünschen und Verfügungen orientiert, wie ich sie hier niedergelegt habe und wie sie ihm sonst bekannt sind. Ich wünsche, dass mein/e Gesundheitsbevollmächtigte(r) mit nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen spricht (**ja** / **nein**).

5. Die Vollmacht umfasst die Erteilung oder Versagung von Einwilligungen in Untersuchungen, Heilbehandlungen und andere ärztliche Eingriffe und zwar auch dann, wenn (im Sinne von § 1904 Absatz 1 und 2 BGB) nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihrer Unterlassung einen schweren oder länger dauernden Schaden erleide oder versterbe.

6. Die Vollmacht umfasst auch Maßnahmen zur Unterbringung und sonstige Maßnahmen im Sinne von § 1906 IV BGB, selbst wenn diese zeitweise oder regelmäßig mit einer Einschränkung meiner Freiheit (z.B. Anbringen von Bettgittern und Medikamente zur Ruhigstellung) verbunden wären.

7. Dem/r Gesundheitsbevollmächtigten stehen Aufwendungsersatz (gemäß § 670 BGB) und Aufwandsentschädigung (gemäß §§ 1835, 1835 a BGB) zu.

8. Diese Vollmacht gilt auch für die rechtliche Besorgung meiner Vermögensangelegenheiten und umfasst die Befugnis, Post- und Behördensachen zu erledigen, für mich über meine Einkünfte, Konten und Depots zu verfügen, Kranken- und Pflegeheimkosten zu bezahlen und Verträge abzuschließen⁵

ja **nein**

⁵ Sie können auch, um Missbrauch vorzubeugen, eine gesonderte Vollmacht für die rechtliche Vertretung in Vermögensangelegenheiten ausstellen und diese durch eine dritte Person (Pfarrer, Anwalt, Arzt, Freund) aufbewahren lassen; diese Person wird die Vollmacht erst herausgeben, wenn sie sich überzeugt hat, dass Sie Ihre Vermögensangelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. - Wenn Sie keine Vollmacht (auch nicht in Gesundheitsangelegenheiten) vergeben wollen, dann streichen Sie diesen Teil III insgesamt; falls erforderlich, wird das Gericht einen Betreuer benennen.

9. Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen **ja** **nein**

10. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so verlange ich, dass die hier von mir benannte(n) Person(en) rechtlich als Betreuer bestellt wird/werden. Ich verlange, dass Richter, Ärzte, Betreuer und alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

11. Ich bitte darum, folgende Personen nicht zum/r Betreuer/in zu bestellen:⁶

IV. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Zustimmung des Gesundheitsbevollmächtigten⁷

Ich kenne den Inhalt dieser Patientenverfügung und bin bereit, im Sinne der Bevollmächtigung tätig zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Bestätigung durch einen Zeugen⁷

Ich bestätige, dass _____, Verfasser(in) dieser Patientenverfügung, sie heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort, Datum

Unterschrift einer Zeugin/eines Zeugen

Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung

1. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

2. Datum _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

⁶ Wenn Sie jemanden nicht als Bevollmächtigten wünschen, so muss das nicht mit Misstrauen begründet sein, sondern auch, weil Sie ihn/sie nicht mit dieser Verantwortung belasten möchten.

⁷ Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung hängt nicht von der Unterschrift eines Bevollmächtigten/Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Patientenverfügung bestritten werden, ist es wichtig, dass ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und Ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise der Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben, oder ein Notar; beides kann die Ernsthaftigkeit Ihrer Verfügung unterstreichen.

PERSÖNLICHE GESUNDHEITSVOLLMACHT VON

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift)

Ich bitte um ärztliche und pflegerische Behandlung und Hilfe unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Heilung von Krankheit und Linderung von Beschwerden. Ich bitte meine Ärzte, mir alle medizinischen Maßnahmen zu erklären und jeweils meine Zustimmung einzuholen.

Sollte ich wegen meiner Krankheit oder wegen Komplikationen bei der Behandlung zeitweise oder länger nicht zustimmen oder ablehnen können, dann bevollmächtige¹ ich hiermit gemäß § 1896 Abs. 2 BGB:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

stellvertretend für mich entsprechend meinen persönlichen Werten und Wünschen mit meinen Ärzten und allen, die für mich verantwortlich sind, zu sprechen und medizinischen und pflegerischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen; ich entbinde insofern meine Ärzte von der Schweigepflicht. Sollte der/die von mir benannte Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten die Vertretung nicht wahrnehmen wollen oder können, so bevollmächtige ich ersatzweise nacheinander in folgender Reihenfolge:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Anschrift, Telefon, Fax, Email)

Ich bitte darum, folgende Personen nicht mit stellvertretenden Entscheidungen zu belasten:

Ich habe die auf der Rückseite abgedruckten Festlegungen zur Formulierung einer persönlichen Einstellung zu Werten und Wünschen für Gesundheit und Krankheit und für medizinische und pflegerische Behandlung gelesen. Insbesondere die folgenden Festlegungen sind geeignet, meine Werte, Wünsche und Hoffnungen auszudrücken, an denen sich alle, die für mich entscheiden, orientieren sollen:

(tragen Sie hier die Nummern der Ihnen zusagenden Bausteine ein).

Ich bitte alle, die für mich Verantwortung tragen, sich an dieser sehr persönlichen Auswahl als Ausdruck meines Patientenwillens zu orientieren. Ich kann diese Vollmacht und die Auswahl der Bausteine jederzeit widerrufen und werde das auch tun, wenn sich meine Wünsche und Werte geändert haben oder wenn ich eine andere Vertrauensperson bevollmächtigen möchte.

(Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers)

¹ In § 1896 II des Bürgerlichen Gesetzbuches wird die Erteilung einer Vollmacht für stellvertretende Entscheidungen geregelt. Eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten ist rechtsverbindlich und kann bei Missachtung gerichtlich durchgesetzt werden; vgl. BGB § 1896 II 2; BGB § 1904 Abs. I und II BGB. Dieses Formular eignet sich zur Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens für den Fall, dass man zeitweise oder länger nicht selbst entscheiden kann. Wenn keine Vollmacht erteilt ist, muss das Amtsgericht notfalls einen Betreuer einsetzen. - Bitte besprechen Sie Ihre Auswahl unter den Festlegungsbausteinen mit einem Arzt Ihres Vertrauens und mit der(n) von Ihnen bevollmächtigten Person(en). Wenn Sie keine Textauswahl treffen, wird die Person Ihres Vertrauens nach Beratung mit dem Arzt in Ihrem besten Interesse ohne die Hilfe von einem oder mehreren dieser Formulierungsbausteine entscheiden müssen. Auf der Rückseite ist auch Platz für eigene Formulierungen.

BESTIMMUNGEN UND FESTLEGUNGEN MEINES PATIENTENWILLENS

1. Ich möchte solange leben wie möglich; auch Leiden und Beschwerden ertrage ich, solange ich nur leben kann.
2. Ein langes Leben wünsche ich mir nur bei guter Lebensqualität; Leiden und Beschwerden ertrage ich nicht gern; ich bin auch nicht gern von anderen abhängig.
3. Ich wünsche auf alle Fälle, dass man mir meine Schmerzen nimmt, auch Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und Schlaflosigkeit wirksam behandelt.
4. Bei starken Schmerzen und anderen Leiden (zum Beispiel Angst, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Verstopfung) bitte ich um wirksame Behandlung, auch wenn sich dadurch mein Bewusstsein trüben oder meine Lebensdauer eventuell verkürzen sollte.
5. Wenn ich an einer unheilbaren Krankheit oder für mich sehr belastenden Beschwerden leide, dann wünsche ich, dass man den natürlichen Verlauf der Krankheit respektiert und nicht alles medizinisch noch Mögliche tut, den Leidensprozess zu verlängern; in jedem Fall wünsche ich eine wirksame Schmerztherapie.
6. Wenn ich wegen meiner Krankheit stark verwirrt bin, Familie und Freunde nicht mehr erkenne oder mich nicht mehr äußern kann und keine Besserung in Sicht ist, dann bitte nur noch um eine Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sowie um eine gute menschliche und pflegerische Betreuung.
7. Ich möchte immer genau wissen, wie es um mich steht; auch sehr schlechte Nachrichten sind mir lieber als die Ungewissheit.
8. Ich bitte, auf meine Ängste und Schwächen Rücksicht zu nehmen und mich nicht über alles Negative oder über die Unheilbarkeit einer bald zum Tode führenden Krankheit aufzuklären, wohl aber den Personen meines Vertrauens alles genau und wahrheitsgemäß zu sagen und mit ihnen zu beraten.
9. Wenn ich unheilbar krank bin und keinen Hunger und Durst habe, dann will ich auch nicht künstlich ernährt oder mit Flüssigkeit versorgt werden; dann soll man der Krankheit ihren Lauf lassen und nur Schmerzen, Beschwerden und Leiden gut behandeln.
10. (Wenn Sie wollen, sollten Sie hier besondere Wünsche und Hinweise an Ihren Bevollmächtigten und Ihre Ärzte selbst formulieren)

MEDIZINISCHER BEHANDLUNGSPLAN¹

Name, Geburtsdatum, Anschrift

I. Meine aktuelle Situation, Krankheit

Diagnose, mögliche Komplikationen und möglicher Krankheitsverlauf

Meine aktuellen Medikamente

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

II. Behandlungsverfügung²

Mögliche Komplikationen

die von mir gewünschte Behandlung

- | | |
|-----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ |
| 8. _____ | _____ |
| 9. _____ | _____ |
| 10. _____ | _____ |

III. Weitere wichtige Hinweise (z.B. Patientenverfügung, Betreuung, Unterbringung)

Beratend hat mitgewirkt: _____

Name, Telefon, Anschrift (ggf. Praxisstempel)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters

¹ Eine Behandlungsverfügung als eine situationsbezogene Vorabsprache oder vorsorgliche Festlegung dient einer sich am Patientenwillen orientierenden *Behandlung chronischer Krankheiten*: beispielsweise fortschreitende Demenz, Diabetes mellitus, schwere Herz-, Lungen- oder Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht oder Amyotrophe Lateralsklerose. Sie kann aber *auch auf mögliche Komplikationen* ausgedehnt werden, über die Patienten vor zustimmungspflichtigen diagnostischen, therapeutischen oder chirurgischen Interventionen informiert werden müssen. *Bei der Abfassung ist die beratende Mitwirkung eines Arztes unerlässlich, ersatzweise die einer erfahrenen Pflegekraft.*

² In diese Liste sind häufige mit dem Fortschreiten von Erkrankungen oder mit medizinischen Eingriffen verbundene Komplikationen aufzunehmen, für die entweder eine kausale Behandlung oder aber nur eine Linderung und Beseitigung von Schmerzen und Leiden gewünscht wird: Schmerzen, seelische Leiden, Atemnot, Amputation, Dialysepflicht, Unfähigkeit zu Schlucken, Gewichtsverlust ohne Hungergefühl, Gewichtsverlust ohne Durstgefühl. Die Begrenzung der Therapie auf wirksame Behandlung von Schmerzen und Leiden akzeptiert den natürlichen und spontanen Krankheitsverlauf und trägt nicht zur Lebensverlängerung bei.