

2 Vollmacht

Hinweise zur Formulierung der Vollmacht

Eine Vollmacht, die zur Vertretung in Vermögensangelegenheiten befugt, darf keine Zweifel am Eintritt ihrer Wirksamkeit zulassen.

Schreiben Sie deshalb keinesfalls: „Für den Fall, dass ich selbst einmal nicht mehr handeln kann, soll an meiner Stelle ...“ o. Ä. Damit bliebe nämlich für den Rechtsverkehr ungeklärt, ob diese Voraussetzung wirklich eingetreten ist.

Es ist auch unzumutbar, die Gültigkeit der Vollmacht etwa von ärztlichen Zeugnissen über Ihren Gesundheitszustand abhängig zu machen. Dies würde wiederum Fragen aufwerfen, z. B. wie aktuell die Bescheinigungen jeweils sein müssen.

Eine Vollmacht zur Vorsorge ist nur dann uneingeschränkt brauchbar, wenn sie an **keine** Bedingungen geknüpft ist.

Wollen Sie die Person Ihres Vertrauens mit der Wahrnehmung Ihrer Bankangelegenheiten bevollmächtigen, ist es ratsam, diese Vollmacht gesondert auf dem von den Banken und Sparkassen angebotenen Vordruck „Konto-/Depotvollmacht“ zu erteilen. In dieser Konto-/Depotvollmacht sind die im Zusammenhang mit Ihrem Konto oder Depot

wichtigen Bankgeschäfte im Einzelnen erfasst. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie die Vollmacht im Rahmen eines Termins bei Ihrer Bank erteilen. Ihr Kreditinstitut wird Sie sicherlich gerne – auch telefonisch – beraten. Wenn Sie zum Abschluss eines **Darlehens**vertrages bevollmächtigen wollen, müssen Sie die Vollmacht notariell beurkunden lassen.

Es kann notwendig sein, mehrere Exemplare einer Vorsorgevollmacht zu erstellen, z. B., wenn Sie mehrere Bevollmächtigte einsetzen wollen oder wenn Sie für den Fall der Verhinderung Ihres Bevollmächtigten einen weiteren Bevollmächtigten einsetzen möchten. Dann benötigt jeder Bevollmächtigte eine eigene Vollmachtsurkunde. Es kann aber auch bei nur einem Bevollmächtigten sinnvoll sein, zwei oder mehrere Exemplare der Vollmacht zu erstellen, etwa weil eine der Vollmachtsurkunden dauerhaft bei Dritten wie der Bank/Sparkasse verbleiben soll. In diesen Fällen können Sie das Formular dieser Broschüre mehrfach verwenden. Wichtig ist, dass Sie jedes Exemplar der Vollmachtsurkunde gesondert unterschreiben.

BITTE BEACHTEN SIE

- Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderung entkräften.
- Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die dafür vorgesehene Zeile soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.
- Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt rechtlichen Rat suchen oder die Hilfe eines Betreuungsvereins in Anspruch nehmen.

Zu dem folgenden Formular finden Sie in der Mitte dieser Broschüre ein zusammenhängendes, rechtssicheres Verbundformular, das Sie heraustrennen und ausfüllen können. Reicht der Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer Wünsche nicht aus, können Sie ein Beiblatt anfügen, das Sie ebenfalls unterschreiben sollten.

VOLLMACHT

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- | | | |
|---|----|------|
| • Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. | Ja | Nein |
| • Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).* | Ja | Nein |
| • Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.* | Ja | Nein |

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt **kein** Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

- | | | |
|--|----|------|
| • Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. | Ja | Nein |
| • Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist.* | Ja | Nein |
| • | Ja | Nein |

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- | | | |
|---|----|------|
| • Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. | Ja | Nein |
| • Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. | Ja | Nein |
| • Sie darf meinen Haushalt auflösen. | Ja | Nein |
| • Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. | Ja | Nein |
| • Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. | Ja | Nein |
| • Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. | Ja | Nein |
| • | Ja | Nein |

Vermögenssorge

- | | | |
|--|----|------|
| • Sie darf mein Vermögen umfassend verwalten. Beispielhaft und nicht abschließend umfasst dies: Über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen, Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen, Verbindlichkeiten einzugehen** und Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten. Sie darf alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen. Sie darf Gelegenheitsgeschenke machen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

.....

.....

Post und Telekommunikation

- | | | |
|---|----|------|
| • Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. | Ja | Nein |
|---|----|------|

Digitale Medien

- | | | |
|--|----|------|
| • Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Behörden

- | | | |
|---|----|------|
| • Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. | Ja | Nein |
|---|----|------|

Vertretung vor Gericht

- | | | |
|--|----|------|
| • Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Untervollmacht

- | | | |
|--|----|------|
| • Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Geltung über den Tod hinaus

- | | | |
|---|----|------|
| • Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. | Ja | Nein |
|---|----|------|

Regelung der Bestattung

- | | |
|---|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. | Ja Nein |
|---|--------------|

Betreuungsverfügung

- | | |
|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. | Ja Nein |
|--|--------------|

Weitere Regelungen

.....

.....

Sofern einzelne in diesem Formular aufgeführte Angelegenheiten gar nicht oder mit „Nein“ angekreuzt werden, sollte zur Vertretung in diesen Bereichen eine weitere Person bevollmächtigt werden. Anderenfalls wird für diese Angelegenheiten im Vorsorgefall ein rechtlicher Betreuer bestellt.

..... Ort, Datum	 <i>Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers</i>
---------------------	---

..... Ort, Datum	 <i>Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers</i>
---------------------	---

3 Betreuungsvorfügung

Hinweise zur Betreuungsverfügung

Falls Sie sich nicht entschließen wollen, eine Vollmacht zur Vorsorge zu erteilen, sollten Sie wenigstens für ein etwaiges Betreuungsverfahren vorsorgen, und zwar durch eine Betreuungsverfügung.

Zumindest empfehlen sich Vorschläge zur Person eines möglichen Betreuers (oder auch die Festlegung, wer keinesfalls Ihr Betreuer werden soll). Diese Vorschläge sind grundsätzlich für das Gericht verbindlich.

Im Übrigen können Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen äußern, an die sich ein Betreuer nach Möglichkeit zu halten hat.

Besonders wichtig ist es, dem Betreuer Ihre Vorstellungen zu der gewünschten medizinischen Behandlung nahe zu bringen, wenn Sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Deshalb sollte eine Betreuungsverfügung mit einer Patientenverfügung kombiniert werden.

Das folgende Formular ist in der Mitte dieser Broschüre nochmals als zusammenhängendes, rechtssicheres Verbundformular zum Heraustrennen und Ausfüllen eingeklebt. Reicht der Vordruck aus Platzgründen für die Niederschrift Ihrer Wünsche nicht aus, können Sie auch ein Beiblatt anfügen, das Sie ebenfalls unterschreiben sollten.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als **Person, die mich betreuen soll**, schlage ich vor:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

Auf **keinen Fall zum Betreuer bestellt** werden soll:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Telefon, E-Mail

Zur **Wahrnehmung meiner Angelegenheiten** durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Ja Nein
Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist.

2.

3.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

4 Patientenverfügung

Hinweise zur Patientenverfügung

Es ist sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit einer Ärztin oder einem Arzt Ihres Vertrauens zu besprechen. Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne solche Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch. Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen auf Seite 43–45.

Die vorgeschlagene Patientenverfügung soll Ihnen Anlass geben, sich mit den

entsprechenden Fragen gründlich auseinanderzusetzen. Deshalb sind Ankreuzfelder für Ihre Entscheidungen vorgesehen. Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollten, können Sie durchstreichen.

Auch zur Patientenverfügung finden Sie in der Mitte dieser Broschüre ein zusammenhängendes, rechtssicheres Verbundformular zum Herausnehmen und Ausfüllen bestimmtes weiteres Formularexemplar.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich

geboren am:

wohnhaft in:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich Folgendes:**

Zutreffendes habe ich hier
angekreuzt bzw. eingefügt.
(Sie können zusätzlich die Textpassagen,
die für Sie nicht gelten sollen, streichen.)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
-
-
-

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Künstliche Ernährung (sei es über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene) und künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung/Unterstützung

durch

.....

.....

- | | | |
|---|----|------|
| • Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. | Ja | Nein |
| • Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. | Ja | Nein |
| • Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt. | Ja | Nein |
| • Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. | Ja | Nein |

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (**Patientenverfügung und Organspende** oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name

Adresse

Telefon E-Mail

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

Name Adresse

Ort, Datum Telefon, E-Mail Unterschrift der/des Beratenden

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zur weiteren Feststellung meines Willens, meiner Behandlungswünsche oder meines mutmaßlichen Willens eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Adresse, Telefon, E-Mail:

(bitte wenden)

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig zu überprüfen. Dies ist insbesondere sinnvoll, wenn sich die persönlichen Lebensumstände oder der Gesundheitszustand verändern. Unter Umständen kann eine Abänderung oder Neuerstellung der Patientenverfügung erforderlich sein. Vor der Erstellung der Patientenverfügung ist eine ärztliche Beratung dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Diese Patientenverfügung ist nach den §§ 1827 ff. BGB für jedermann rechtsverbindlich, sofern sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Die Missachtung des Patientenwillens kann straf- oder zivilrechtliche Folgen haben.

Erläuterungen zum Formular Patientenverfügung

Allgemeines:

Medizinische Maßnahmen bedürfen stets der Einwilligung des Patienten. Das gilt auch für medizinische Entscheidungen am Lebensende. Viele Menschen lehnen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ in bestimmten Situationen für sich ab. Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer **Patientenverfügung**. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. In dem Formular dieser Broschüre sind vier wichtige Grundsituationen beschrieben. Sie haben jedoch die Möglichkeit, in Ihren **Persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung** weitere für Sie wichtige Krankheitssituationen zu beschreiben und Ihre konkreten Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche in diesen Fällen festzulegen. Deshalb ist es sinnvoll, die Patientenverfügung, besonders aber die **Persönlichen Ergänzungen**, vorab mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besprechen und sie mit einer Vollmacht zu verknüpfen. Dabei muss der Inhalt der Patientenverfügung der bevollmächtigten Person bekannt sein.

Auch in Situationen, in denen der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, kann nach geltender Rechtslage der Abbruch einer medizinischen Behandlung zulässig sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch eine entsprechende Willensäußerung des betroffenen Menschen im Vorfeld der Erkrankung.

Zu Nummer 1:

Punkt 3:

Gehirnschädigung: Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der

Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, voll pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. Neben dem vollständigen Wachkoma gibt es auch Komazustände, bei denen gelegentlich noch Reaktionen auf optische und akustische Reize oder Berührungen beobachtet werden (sogenannter minimalbewusster Zustand). In äußerst seltenen Ausnahmefällen finden Wachkoma-Patienten und Patienten mit minimalbewusstem Zustand noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Behandlung in ein selbstbestimmtes Leben zurück. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist nicht möglich.

Punkt 4:

Hirnabbauprozess: Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen

erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr, werden zunehmend pflegebedürftig und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Zu Nummer 2:

Lebenszeitverkürzung: Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend; eher ist das Gegenteil der Fall. Nur in Extremsituationen muss gelegentlich die Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch gewählt werden, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte „indirekte Sterbehilfe“).

Zu Nummer 3:

Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen: Der Wunsch, in bestimmten Situationen auf lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten, muss sich nach geltender Rechtslage auf konkrete Behandlungssituationen und auf ganz bestimmte medizinische Maßnahmen beziehen. Es ist aber nicht notwendig, in einer Patientenverfügung alle erdenklichen Krankheitsfälle mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen aufzulisten. Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Deshalb ist es nicht hilfreich, in einer Patientenverfügung spezielle Maßnahmen, die vielleicht einmal als linderndes Mittel eingesetzt werden könnten, abzulehnen. **Wiederbelebungsmaßnahmen** sind allerdings in der Regel nie leidensmindernd, sondern dienen naturgemäß der Lebenserhaltung. Eine maschinelle Beatmung oder eine Dialyse können aber nicht nur die Lebensqualität

verbessern und das Leben verlängern, sondern am Ende des Lebens auch Leiden verlängern. Die bei Verzicht auf eine Beatmung oder Dialyse eventuell auftretenden Leidenssymptome wie etwa Luftnot können sehr gut mit einfachen medizinischen, ausschließlich leidlindernden Maßnahmen behandelt werden. Fragen zu weiteren Maßnahmen sollten mit einer Ärztin oder einem Arzt besprochen werden.

Zu Nummer 4:

Das Stillen von Hunger- und Durstgefühl gehört zu den Basismaßnahmen jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein **Hungergefühl**; dies gilt ausnahmslos für Sterbende und mit größter Wahrscheinlichkeit für Patientinnen und Patienten im Wachkoma. Hunger kann nur gestillt werden, wenn er vorhanden ist. Insofern kann in den unter Nummer 1 beschriebenen Zuständen die künstliche Ernährung nur selten als wirklich lindernde Behandlung betrachtet werden.

Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden. Aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch kunstgerechte Mundpflege gelindert werden. Umgekehrt kann die Zufuhr zu großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden sogar schädlich sein, weil sie zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

Das Unterlassen der unter Nummer 3 und Nummer 4 genannten lebenserhaltenden Maßnahmen wird als (rechtlich zulässiger) Behandlungsabbruch bezeichnet. Tötung auf Verlangen ist dagegen strafbar und weder medizinisch noch ethisch vertretbar.

Hinweis zu COVID 19 und verwandten Erkrankungen

Einer Änderung oder Ergänzung des Formulars im Hinblick auf COVID-19-Erkrankungen bedarf es grundsätzlich nicht. Die Frage der Beatmung, die sich im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung stellen kann, bedarf allerdings einer gesonderten Betrachtung, denn eine (kurzzeitige) Beatmung kann auch bei hochbetagten und vulnerablen Patienten erfolgreich sein. Aus diesem Grund unterscheidet sich diese Situation deutlich von den unter Nummer 1, Punkt 1 bis 4 des Formulars beschriebenen Situationen.

Die Patientenverfügung und damit das Behandlungsverbot in Bezug auf die künstliche Beatmung greift deshalb in der Regel bei einer COVID-19-Erkrankung nicht. Wenn der Wunsch besteht, eine Beatmung im Falle einer COVID-19-Erkrankung in jedem Fall auszuschließen, sollte dies daher in einem Zusatz zur Patientenverfügung explizit festgehalten werden. Dies gilt grundsätzlich für alle potenziell heilbaren Erkrankungen, auch im Rahmen einer vergleichbaren künftigen Pandemie.

5 Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung und Organspende

Erläuterungen zu den Persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung

Wenn Sie sich mit einer Patientenverfügung beschäftigen wollen, sollten Sie zunächst den Abschnitt „Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung“ in Ruhe lesen.

Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung

Die Patientenverfügung benennt schwere Krankheitssituationen nur beispielhaft. Deshalb ist es eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- und Krankheitssituation sowie ergänzende Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche zusätzlich aufschreiben. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und schriftlich festhalten. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein.

Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen:

In bestimmten Grenzsituationen des Lebens sind Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen im Einzelfall kaum möglich. Wenn Sie sich selbst für die eine oder andere Lösung entscheiden, übernehmen Sie Verantwortung dafür, ob Sie für eine mögliche Chance guten Lebens einen u. U. hohen Preis an Abhängigkeit und Fremdbestimmung zu zahlen bereit sind.

Eine richtig durchgeführte Wiederbelebung führt häufig zum Wiedereinsetzen der Herz- und Nierentätigkeit. Viel seltener gelingt leider eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen, vor allem des Bewusstseins. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der behandelnde Arzt in dieser Situation keine Zeit

für längere Diskussionen oder Entscheidungsprozesse. Er kann auch nicht vorhersagen, ob der betreffende Mensch überhaupt zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob er nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbstbestimmtes Leben führen kann.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in einer solchen Situation Klarheit verschaffen wollen, könnte für Sie die Beantwortung folgender Fragen hilfreich sein:

- Wünschen Sie, dass Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wiederbelebt werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern ein weiterhin selbstbestimmtes Leben führen zu können?
- Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schweren Hirnschädigung im sog. Wachkoma für Sie zu hoch wäre?

Wachkomapatienten* finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflege und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbstbestimmtes, bewusstes Leben zurück. Auch in dieser Situation lässt sich zunächst nicht vorhersehen, ob die betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

* Siehe Erläuterungen zum Formular Patientenverfügung, Seite 43.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Fall eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie vielleicht zu den wenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und – ggf. nach einer bestimmten Zeit – alle Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Leben und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe der Zeit immer wieder anders ausfallen.

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber – wenn Sie könnten – Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie doch noch erfüllt werden könnten?
- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln oder alles mit sich selbst auszumachen?

- Wie geht es Ihnen bei der Vorstellung, z. B. wegen Pflegebedürftigkeit auf Hilfe anderer angewiesen zu sein? Bereitet es Ihnen Sorge, anderen Menschen zur Last zu fallen? Oder können Sie solche Hilfe annehmen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch nach dem Tod?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung für Sie?
- Gibt es „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht, oder ziehen Sie sich lieber zurück?
- Und schließlich: Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selbst wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen, die für Sie jetzt wirklich wichtig sind. Nehmen Sie sich Zeit dafür, sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber und notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf dem Beiblatt „Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung“. Dieses Beiblatt ist als ergänzende Erläuterung Teil Ihrer Patientenverfügung und sollte ebenfalls unterschrieben werden. Es dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen

Überlegungen zu verdeutlichen. Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben wollen, genügt es auch, einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich zu beantworten. Zumindest sollten Sie aber mit eigenen Worten möglichst handschriftlich zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen. Dann kann später Ihre Verfügung nicht mit der Behauptung angezweifelt werden, Sie hätten möglicherweise einen Vordruck unbesehen oder ohne genaue Vorstellung seiner inhaltlichen Bedeutung unterschrieben.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines akuten Lungenversagens zu äußern. Sie können etwa festlegen, ob eingreifende Maßnahmen wie Dialyse, künstliche Beatmung, Intensivbehandlung oder große Operationen vorgenommen oder unterlassen werden sollen, auch wenn Sie sich zum Beispiel noch nicht im Endstadium einer Demenz befinden, Sie aber nicht mehr fähig sind, zu kommunizieren. Einzelheiten darüber sollten Sie mit einer Ärztin oder einem Arzt besprechen. Das gilt insbesondere für den Fall schwerer Krankheit.

Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung

(Aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

.....
Name, Vorname

.....
Adresse

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

Patientenverfügung und Organspende

Ich,

..... ,
(Name, Vorname, Adresse)

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich habe einen Organspendeausweis, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind. Das soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Lebensphase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

6 Ergänzung der Patienten- verfügung im Fall schwerer Erkrankung

Erläuterungen zur Ergänzung der Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

Liegt bereits eine schwere Erkrankung vor, bedarf es einer individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung und einer an die individuelle Situation angepassten Patientenverfügung. Diese kann nur in engem Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt erstellt werden.

Der nachfolgend abgedruckte Text soll Sie über die Möglichkeit einer auf einen bestimmten Krankheitsverlauf abgestimmten Patientenverfügung und entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten informieren.

Ergänzungen der Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung

Der behandelnde Arzt darf grundsätzlich keine Maßnahme ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung ergreifen. Die ärztliche Aufklärung ist dabei wesentlich, damit Sie die Folgen Ihrer Entscheidung tatsächlich einschätzen können. Sie haben ein Recht auf ausführliche Aufklärung und Einsicht Ihrer Unterlagen. Sie sollten als Patient über mögliche Komplikationen aufgeklärt sein und dazu spezifisch Ihren Behandlungswunsch angeben. Das kann nicht ohne die Beratung durch behandelnde Ärzte oder sonstige kompetente Fachkräfte, z. B. eine palliative Fachpflegekraft, geschehen.

Auf den vorstehenden Seiten haben Sie umfangreiche Informationen über die Vorsorgemöglichkeiten durch Patientenverfügung, Vollmacht und Betreuungsverfügung erhalten. Das dort enthaltene Muster einer Patientenverfügung gilt für bestimmte Situationen, wenn Sie Ihren Willen nicht mehr bilden oder äußern können. Die Verfügung ist anwendbar, wenn Sie selbst nicht mehr einwilligungsfähig sind und

→ sich aller Wahrscheinlichkeit unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinden,

- sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinden,
- infolge einer Gehirnschädigung Ihre Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, oder
- infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei einer Demenzerkrankung) Sie auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage sind, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Gegebenenfalls kann jedoch ein Regelungsbedarf über diese Situationen hinaus bestehen. So kann es sinnvoll sein, Behandlungswünsche für das Fortschreiten schwerer Erkrankungen festzulegen, wie z. B. des Herzens, der Lunge oder der Nieren, oder bei neurologischen Erkrankungen. Auch der akute Notfall, in dem innerhalb weniger Minuten entschieden werden muss, ob und mit welchen Mitteln lebensverlängernd behandelt werden soll, ist durch die vorstehende Patientenverfügung vielfach nicht abgedeckt.

Insbesondere bei bereits bestehenden Erkrankungen ist es daher empfehlenswert, die Patientenverfügung frühzeitig durch zusätzliche Behandlungsentscheidungen und -wünsche zu ergänzen bzw. an die jeweilige Situation anzupassen. Gleiches gilt, wenn z. B. im hohen Alter Lebenskraft oder Lebenswille nachlassen und in einer Krisensituation nicht mehr jede medizinisch mögliche lebensverlängernde Maßnahme gewünscht ist, die vorne genannten Situationen aber noch nicht eingetreten sind.

→ Lassen Sie sich über mögliche, für Sie wichtige medizinischen Szenarien und

Behandlungsmöglichkeiten durch einen geeigneten „Gesprächsbegleiter“ beraten. Eine derartige Beratung finden Sie zunehmend z. B. bei Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung, die das Konzept einer gesundheitlichen Versorgungsplanung in Form des „Advance Care Planning“ (ACP, deutsch „Behandlung im Voraus planen“, BVP) umsetzen. Das für Ihren Wohnort zuständige ambulante Palliativteam (SAPV-Team) oder der örtliche ambulante Hospizdienst können Ihnen in der Regel Hinweise auf die konkreten Möglichkeiten vor Ort geben. Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können gemäß § 132g SGB V ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Erkundigen Sie sich gegebenenfalls rechtzeitig, ob in der jeweiligen Einrichtung dieses Angebot besteht.

- Binden Sie Ihren Hausarzt in die Erstellung der ergänzenden Behandlungsentscheidungen ein, damit er medizinische Fragen mit Ihnen erörtern und Sie bei der Entscheidungsfindung unterstützen kann. Daneben kann er im Bedarfsfall auch bestätigen, dass Sie einwilligungsfähig waren und die getroffenen Festlegungen verstanden und gewollt haben.
- Lassen Sie Ihre Wünsche von Ihrem „Gesprächsbegleiter“ so dokumentieren, dass sie später klar verständlich sind und umgesetzt werden können. Als Grundlage können Sie z. B. das nachfolgend abgedruckte Formular für die Ergänzung zur Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung verwenden.

- Beziehen Sie Ihren zukünftigen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) in die Gespräche zur Vorausplanung mit ein. So kann der Vertreter Ihre Wünsche besser verstehen und später auch gegenüber Ärzten und Rettungspersonal umsetzen, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind.
- Überprüfen Sie die getroffenen Festlegungen regelmäßig und passen Sie sie bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Behandlungswünsche entsprechend an.

Das Konzept des „Behandlung im Voraus planen“ verfolgt das Ziel, dass Sie so behandelt werden, wie Sie es sich wünschen, auch wenn Sie selber nicht mehr gefragt werden können.

Ein frühzeitiger, strukturierter Gesprächsprozess mit einem speziell dafür ausgebildeten Gesprächsbegleiter und unter Einbeziehung Ihres Hausarztes trägt dazu bei, dieses Ziel zu erreichen. In den Gesprächen werden Ihre individuellen Einstellungen zum Leben und Sterben sowie verschiedene medizinische Szenarien, darunter auch das von Ihnen gewünschte Vorgehen im Notfall, besprochen. Auf dieser Grundlage können Ihre persönlichen Behandlungswünsche und -grenzen formuliert und so festgehalten werden, dass die Wünsche später von Ärzten, Rettungskräften und Pflegern auch verstanden und umgesetzt werden. Ihren Vertreter in diesen Prozess einzubeziehen, ist wichtig, da er in einer Situation, in der Sie selbst nicht mehr entscheiden können, Ihren Willen gegenüber Ärzten und Rettungspersonal wiedergeben muss.

Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER ERKRANKUNG

1. Personalien

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Was mir jetzt wichtig ist**

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

** Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u.a.).

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:*

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.

Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station:

.....
Name, Adresse

..... eingeliefert werden.
Telefon

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
in Person von:
Name

.....
Adresse, Telefon

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

.....
Adresse, Telefon

4. Momentane Medikation

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitliegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigelegt sein.

Zuletzt geändert am:

.....
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

.....
Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

* Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan*

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

.....
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

.....
Telefon

.....
Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

Ort, Datum:

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

.....
* Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit						Zweck

.....
zuletzt geändert am

.....
Name und Adresse des behandelnden Arztes /der Palliativfachkraft

.....
Telefon

.....
Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

Wichtige Links

Im Folgenden finden Sie wichtige Links, die weitere Informationen enthalten:

Gesetzestext (§§ 1358, 1814 bis 1881 des Bürgerlichen Gesetzbuchs): www.gesetze-im-internet.de/bgb

Zentrales Vorsorgeregister:
www.vorsorgeregister.de

Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im ärztlichen Alltag:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

Ein Verzeichnis der Betreuungsvereine in Bayern finden Sie hier:

<https://www.stmas.bayern.de/betreuungsvereine/index.php>