



Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung

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

Vorname und Name, Geburtsdatum und Geburtsort

I. Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben, auch mein 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 Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, 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 würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbaren, zum Tode führenden Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

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 erhält. 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 und Organe (ja / nein).
- 2) Wenn ich mich aber
 - a) im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde,
 - b) wenn ich geistig sehr verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder
 - c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin, oder
 - d) wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie auszuschöpfen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.
- 3) Insbesondere treffe ich folgende Verfügungen:
 - a) Schmerztherapie: Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender und unangenehmer Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit und Erbrechen (ja / nein),
 - A) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde (ja / nein),
 - B) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, das Bewusstsein verliere (ja / nein)



- C) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird (ja / nein).
- b) Künstliche Beatmung und Ernährung: Ich wünsche, dass künstliche Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder fortgesetzt werden (ja / nein), auch wenn ich
- A) wegen unwirksamer Schmerztherapie an unerträglichen Schmerzen leide (ja / nein),
 - B) geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein),
 - C) länger als ein halbes Jahr bewusstlos bin (ja / nein).
- c) Wiederbelebung: Wenn mein Herz zum Stillstand kommt, dann wünsche ich Maßnahmen zur Wiederbelebung (ja / nein),
- A) auch wenn ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium leide (ja / nein),
 - B) auch wenn ich geistig so sehr verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin und wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein),
 - C) wenn mit großer Wahrscheinlichkeit dauerhafte Schädigungen des Gehirns, völlige Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Kommunikation zu befürchten sind (ja / nein).
- d) Sonstige Verfügungen und Hinweise:

III. Vorsorgevollmacht

- 1) Sollte ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß den Paragraphen 1896 II 2, 185, 164ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) hiermit als meinen gesetzlichen Vertreter

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, e-Mail)

Der/Die Bevollmächtigte kennt den Inhalt dieser Betreuungsverfügung und hat eingewilligt, für mich und an meiner Stelle und ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen und auszuführen.

- 2) Ich verpflichte den/die Bevollmächtigte(n) sich an den unter Punkt I und II geäußerten Werten, Wünschen und Verfügungen zu orientieren.
- 3) Diese Vollmacht gilt auch für meine Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten und schließt beispielsweise die Befugnis ein, über meine Konten zu verfügen, Krankenhaus- und Pflegeheimkosten zu bezahlen, Verträge in meinem Namen abzuschließen und Grundstücksangelegenheiten zu regeln (ja / nein).
- 4) Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte

a) _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, e-Mail)

b) _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, e-Mail)

- 5) Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern oder



Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei dem/der von mir in dieser Vorsorgevollmacht Bevollmächtigten liegen.

- 6) Sollte diese Vollmacht ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsungültig erklärt werden, so verlange ich, daß das Vormundschaftsgericht die hier von mir benannte(n) Person(en) als meine(n) gesetzliche(n) Vertreter einsetzt. Ich verlange auch, daß Vormundschaftsgericht und gesetzliche Vertreter sich bei allen Entscheidungen an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

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 Änderung vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Datum	Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers
-------	---

Zustimmung der/des Bevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Betreuungsverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen

Datum	Unterschrift	Anschrift des Bevollmächtigten
-------	--------------	--------------------------------

Bestätigung durch einen Zeugen

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

Datum	Unterschrift	Anschrift des Zeugen
-------	--------------	----------------------

Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung



- Datum der Überprüfung _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

- Datum der Überprüfung _____, Änderungen: _____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Ärzte und Betreuer müssen sich am Patientenwillen orientieren (Bundesgerichtshof NJW 1995:204ff; Kutzer NStZ 1994:110ff; Uhlenbruck 1996:1583ff) und machen sich strafbar, wenn sie gegen Wünsche und Verfügungen verstoßen, die in einer Betreuungsverfügung festgelegt wurden (Sternberg-Lieben NJW 1985:2734ff; LG Ravensburg 1987:229f; BGH 1991: 3 StR 467/90)

Anmerkungen:

1) Diese Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil informieren Sie Ihren künftigen Betreuer über ihre allgemeine Einstellung zu Leben und Tod, Werden und Vergehen. Im zweiten Teil äußern Sie sich zu medizinischer Versorgung und Pflege für den Betreuungsfall, insbesondere auch zur Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, künstlicher Ernährung und Beatmung sowie der Behandlung chronischer Krankheiten im Endstadium. Im dritten Teil bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die Ihre Wünsche und Verfügungen kennt, bestimmten medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder solche abzulehnen. Die drei Teile binden den Bevollmächtigten an ihre Erwartungen und Verfügungen und geben ihm Entscheidungsspielraum für sonstige Entscheidungen. Streichen Sie in diesem Formular alle Sätze und Abschnitte, die Sie nicht verstehen oder die Sie zu kompliziert finden; Unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstehen.

2) Wenn Sie es für erforderlich halten, sollten Sie handschriftlich hier, auf der letzten Seite oder auf einem angefügten und ebenfalls unterschriebenen Blatt weitere Werte, Erwartungen und Forderungen nennen, die bei Ihrer medizinischen Betreuung und Versorgung handlungsleitend sein sollen.

3) Sie sollten diesen Teil Ihrer Betreuungsverfügung nur ausfüllen, wenn Sie ihn vorher mit einem Arzt Ihres Vertrauens ausführlich diskutiert haben.

Wenn Sie sich über den möglichen Nutzen oder Schaden von Festlegungen bei den Einzelbestimmungen im Abschnitt 3 dieses Teils nicht ganz sicher sind, so streichen Sie diesen Abschnitt einfach.

4) An dieser Stelle sollten Sie Hinweise und Verfügungen eintragen, die Ihnen sonst noch wichtig sind, beispielsweise bestehende Krankheiten betreffend. Viele Mitbürger haben gelernt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben. Sie 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 können davon ausgehen, dass diese auch im Endstadium und bei zusätzlichen Komplikationen wie bisher behandelt wird. Wenn Sie davon überzeugt



sind, dass eine solche routinemäßige Behandlung nicht Ihren Werten, Wünschen und Hoffnungen entspricht, dann sollten Sie hier den Abbruch der Behandlung verfügen.

5) Sollte die Notwendigkeit der Betreuung bestritten werden, muss das zuständige Amtsgericht entscheiden.

6) Damit im Notfall Existenz und Inhalt der Betreuungsverfügung bekannt sind, geben Sie Kopien an Ihren Bevollmächtigten, an Ärzte und Geistliche Ihres Vertrauens und, sofern Sie betreut wohnen, auch der Leitung des Hauses. Tragen Sie eine Karte mit dem Hinweis auf diese Betreuungsverfügung zusammen mit Ihren Ausweispapieren stets mit sich.

7) Die Wirksamkeit einer Betreuungsverfügung hängt nicht von der Unterschrift von Zeugen ab. Sollte aber Ihre Entscheidungsfähigkeit im Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Betreuungsverfügung bestritten werden, ist es besser, dass auch ein unabhängiger Zeuge Ihre Unterschrift und ihre freie Entscheidung bestätigt hat. Dieser Zeuge wäre vorzugsweise ein Arzt, mit dem Sie die medizinischen Einzelheiten Ihrer Verfügung beraten haben. Natürlich kann auch ein Freund, ein Geistlicher oder ein Notar als Zeuge unterschreiben; wenn die Vollmacht auch für Grundstücksgeschäfte gelten soll, dann muss es ein Notar sein.

8) Machen Sie es sich zur Gewohnheit Ihre Betreuungsverfügung mindestens alle zwei Jahre zu überprüfen, neu zu unterzeichnen und auch diese Unterschrift von einem Zeugen bestätigen zu lassen. Von jedem neu bestätigten und abermals unterschriebenen Exemplar sollten Sie Ihrem Bevollmächtigten und, sofern Sie betreut wohnen, der Leitung des Hauses eine Kopie geben. Bitte beraten Sie den Inhalt dieser Verfügung ausführlich mit dem von Ihnen Bevollmächtigten.