



**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

## **Mustermappe Vorsorge**

**Formulierungsvorschläge – Formulare – Hintergründe**

- A. Das Wichtigste kurzgefasst**
- B. Die Patientenverfügung**
- C. Die Gesundheitsvollmacht**
- D. Die Generalvollmacht**
- E. Die Betreuungsverfügung**
- F. Rechtliche Hintergründe**
- G. Vorsorgenetz**
- H. Vorsorgeausweis**
- I. Handreichung für Bevollmächtigte**

Die folgenden Muster für Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht, Generalvollmacht und Betreuungsverfügung enthalten Formulierungsvorschläge, die Sie nach Ihrer individuellen Situation und Ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen ändern oder ergänzen können.

## Das Wichtigste kurzgefasst

1.

**Versuchen Sie in guten Zeiten mit vertrauten Personen über Krisensituationen ins Gespräch zu kommen.**

Oft ergibt sich ein Anlass in der Familie, im Freundeskreis oder bei Veranstaltungen über Lebensschicksale, über schwere Erkrankungen, über Sterben und Tod zu sprechen. Die Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für eine menschenwürdige Gestaltung der letzten Lebensphase.

2.

**Verwahren Sie die Vorsorgepapiere so, dass sie gut gefunden werden können.**

Am besten ist der Platz, wo Sie Ihr Familienstammbuch und andere wichtige Dokumente und Unterlagen aufbewahren. Zusätzlich können Sie Kopien der Vorsorgeverfügung(en) bei Vertrauenspersonen hinterlegen.

3.

**Informieren Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin ausdrücklich über Ihren schriftlich niedergelegten Willen.**

So kann der Hausarzt/die Hausärztin zu Ihren Wünschen vom behandelnden Arzt befragt werden, wenn Sie erkrankt sind und Ihren Willen nicht mehr äußern können. Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin kann Ihnen auch bei der Erstellung Ihrer Vorsorgepapiere behilflich sein.

4.

**Tragen Sie den Vorsorgeausweis bei den Ausweispapieren.**

Wenn Ihnen unterwegs etwas zustößt und Sie nicht mehr entscheiden können, sind Ihre auf dem Vorsorgeausweis formulierten Anweisungen und Hinweise von großer Bedeutung für das weitere Vorgehen.

5.

**Prüfen Sie regelmäßig die Aktualität Ihrer Patientenverfügung.**

Der Gesundheitszustand und Ihre Einstellungen können sich ändern. Deshalb ist es hilfreich, wenn Sie Ihre Erklärungen in zeitlicher und sachlicher Nähe zu einer möglichen ärztlichen Maßnahme abgeben.

6.

**Lassen Sie den Kontakt zu Ihrer Vertrauensperson nicht abreißen.**

Da sich die gesellschaftlichen Werthaltungen und Lebenseinstellungen sowie rechtliche Normierungen gerade im Zusammenhang der Fragen von Sterben und Tod ändern, sind regelmäßige Gespräche mit Ihrer Vertrauensperson unerlässlich. Ihre Vertrauensperson muss Ihre Einstellungen vertreten können.

7.

**Wenn Sie Veränderungen vornehmen, sollten Sie diese mit Ihrer Vertrauensperson besprechen.**

Es ist notwendig, dass Ihre Vertrauensperson Motive und Überlegungen, die Sie zu Veränderungen am Text Ihrer Vorsorgeverfügung(en) veranlasst haben, kennt. So hat sie die Möglichkeit, auf Aspekte hinzuweisen, die Sie vielleicht übersehen haben.

8.

**Solange Sie selbst entscheidungsfähig sind und Ihren Willen äußern können, gilt Ihre Aussage.**

Ihr schriftlich niedergelegter Wille spielt dabei keine Rolle. Allein Ihr aktuell geäußelter Wille ist entscheidend.

9.

**Tritt bei Ihnen Entscheidungsunfähigkeit ein, findet Ihr schriftlich geäußelter Wille Beachtung.**

Ob bei Ihnen Entscheidungsunfähigkeit vorliegt, wird vom Arzt festgestellt. Ihre zu einem früheren Zeitpunkt abgegebene Willensäußerung wird dann respektiert.

10.

**Niemand darf Ihr Leben auf Ihren Wunsch hin aktiv beenden.**

Aktive Sterbehilfe ist als Tötungsdelikt rechtswidrig und strafbar.

11.

**Niemand darf Ihr Sterben gegen Ihren Willen aufhalten oder verlängern.**

Sie allein üben auch in der letzten Lebensphase Ihr Selbstbestimmungsrecht aus. Sie allein können durch Ihren direkt geäußerten oder ggf. über Ihren schriftlich niedergelegten Willen über lebensverlängernde Maßnahmen entscheiden.

12.

**Angehörige können zu Ihren Wünschen und Ihrem mutmaßlichen Willen befragt werden.**

Eine Entscheidungsbefugnis haben sie jedoch nur, wenn sie von Ihnen bevollmächtigt worden sind oder vom Gericht als gesetzlicher Betreuer bestellt wurden. Nur Ehegatten dürfen unter bestimmten Voraussetzungen kurzfristig über Gesundheitsfragen entscheiden, ohne bevollmächtigt zu sein.

### **Unsere Empfehlung hilft Ihnen bei der Vorsorge.**

Füllen Sie keines der in dieser Mappe enthaltenen Vorsorgepapiere aus, ohne sich zuvor in einem ausführlichen Gespräch mit Mitgliedern der Esslinger Initiative vorsorgen – selbst bestimmen e.V. über die verschiedenen Möglichkeiten, Folgen und Gefahren vorsorgender Verfügungen informiert zu haben.

Das Gespräch mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin zu dieser Art der Vorsorge ist wichtig.

Selbst bestimmen setzt voraus, genau zu wissen, was unterschrieben wird!

Sollten Sie zusätzlich eine Rechtsberatung wünschen, wenden Sie sich an einen Notar/eine Notarin oder einen Rechtsanwalt/eine Rechtsanwältin.

Die informativen Gespräche mit den Mitgliedern der Esslinger Initiative vorsorgen – selbst bestimmen e.V. sind kostenfrei. Zur Deckung der Unkosten wird für die vorsorgenden Papiere ein geringes Entgelt erhoben. Hinweise auf Beratungsstellen und Patientenfürsprecher entnehmen Sie unserem Faltblatt oder dem Internet unter [www.esslinger-initiative.de](http://www.esslinger-initiative.de)

**Auch wenn nicht jede Situation im Voraus abgesichert und festgelegt werden kann, können Sie doch in hohem Maße SELBSTBESTIMMT VORSORGEN.**

Geschäftsstelle der Esslinger Initiative:

Postanschrift: Schelztorstraße 38, 73728 Esslingen

Telefonnummer: 0711/12564462 oder 0177/8799108

Mailadresse: [beratung@esslinger-initiative.de](mailto:beratung@esslinger-initiative.de)

### **Beratungsstelle der Esslinger Initiative in Heidenheim Für Heidenheim und den Kreis Heidenheim**

Postanschrift: Felsenstraße 36, 89518 Heidenheim

Telefonnummer: 07321/3212229

Mailadresse: [Kreissenorenrat@ksr-hdh.de](mailto:Kreissenorenrat@ksr-hdh.de)

### **Spendenkonto Kreissenorenrat Heidenheim:**

Kreissparkasse Heidenheim

IBAN: DE03 6325 0030 0000 7391 44

BIC: SOLADES1HDH



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Patientenverfügung**

#### **1.**

##### **Zu meiner Person**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

#### **2.**

##### **Reichweite dieser Patientenverfügung**

Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und ich

- a. mich unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde oder
- b. an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit leide, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
- c. infolge einer Gehirnschädigung (im Falle einer direkten Schädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder im Falle einer indirekten Schädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mein Umfeld wahrzunehmen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, eingebüßt habe; dabei ist mir bewusst, dass in einer solchen Situation die Fähigkeit zu inneren Empfindungen erhalten sein kann und die Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, oder
- d. infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

**verfüge ich:**

### 3.

#### **Meine Bestimmungen**

Ich erwarte eine jeweils dem aktuellen Standard der Medizin und Pflege entsprechende Schmerztherapie und Behandlung zur Verhinderung oder Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und weiteren mich belastenden Zuständen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. Wenn alle medizinisch und pflegerisch möglichen Hilfestellungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch bewusstseinsdämpfende Medikamente. Mit einer möglichen Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen bin ich einverstanden.

a. Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care).

b. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise und ohne hochkalorische Flüssignahrungsmittel gestillt werden. Es soll kein Zwang zum Essen und Trinken ausgeübt werden. Künstliche Ernährung soll nicht begonnen oder nicht mehr fortgesetzt werden, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.

c. Antibiotika, Blut und Blutbestandteile dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.

d. Es soll keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

e. Bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen sind Wiederbelebungsversuche zu unterlassen. Es soll keine Notfallbehandlung erfolgen.

f. Dialyse und andere Formen der Blutwäsche sollen nicht durchgeführt werden und schon eingeleitete eingestellt werden.

g. Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher bzw. Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

**4.****Weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen:**

(ggf. Rückseite oder Beiblatt verwenden)


**5.****Organspende**

Für den Fall, dass ich einer Organspende zustimme, dürfen dafür notwendige ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe.

**6.****Vertrauenspersonen**

Als Vertrauenspersonen benenne ich:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Mit ihnen habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie sind bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigen sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit haben.

Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:
Ort, Datum:	Unterschrift der Vertrauensperson:

**7.**

**Hinweis auf Bevollmächtigte**

Ich habe eine Vollmacht erteilt an:

Name:	Adresse:	Telefon:
Name:	Adresse:	Telefon:

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

**8.**

**Hausarzt**

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

Name:	Adresse:	Telefon:

Ort, Datum:	Unterschrift des Arztes:
-------------	--------------------------

Mein Hausarzt/meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

## 9.

### Schlussbemerkungen

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch eine lebenserhaltende Behandlung erfahren möchte, soll möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

## 10.

### Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

--

## 11.

### Unterzeichnung

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------

## **Aktualisierungen der Patientenverfügung**

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

in vollem Umfang       mit folgenden Änderungen:

--

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

in vollem Umfang       mit folgenden Änderungen:

--

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

in vollem Umfang       mit folgenden Änderungen:

--

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

in vollem Umfang       mit folgenden Änderungen:

--

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------



**vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

**Gesundheitsvollmacht**

**1.  
Zu meiner Person**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

**2.  
Bevollmächtigte Personen**  
Ich bevollmächtige hiermit

Name:	Adresse:	Geburtsdatum:
Name:	Adresse:	Geburtsdatum:

je einzeln, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden 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 geworden sein sollte.

### 3.

#### **Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit**

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:
Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtgebers:
-------------	-----------------------------------



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Generalvollmacht**

#### **1.**

#### **Zu meiner Person**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

#### **2.**

#### **Bevollmächtigte Personen**

Ich bevollmächtige hiermit

Name:	Adresse:	Geburtsdatum:
Name:	Adresse:	Geburtsdatum:

je einzeln, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden 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 geworden sein sollte.

### **3.**

#### **Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

Die bevollmächtigte Person 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.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

### **4.**

#### **Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten**

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

### **5.**

#### **Behörden**

Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

## **6.**

### **Vermögenssorge**

Die bevollmächtigte Person darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.

Sie darf über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen und Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

## **7.**

### **Post- und Fernmeldegeheimnis – Digitale Angelegenheiten**

Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf meine digitalen Dateien, Accounts (Benutzerkonten), Zugangsdaten, Dienste und Profile einsehen, ändern, löschen oder kündigen. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

## **8.**

### **Vertretung vor Gericht**

Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

## **9.**

### **Untervollmacht, Insichgeschäft**

Jeder Bevollmächtigte darf Untervollmacht erteilen, ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit und darf gleichzeitig mich selbst und einen Dritten vertreten. Jeder Bevollmächtigte darf dem anderen gegenüber meine Rechte geltend machen, die Vollmacht jedoch nicht widerrufen.

## **10.**

### **Betreuungsverfügung**

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die unter 2. bezeichneten Personen als Betreuer zu bestellen.

## 11.

### Reichweite der Vollmacht

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:
Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtgebers:
-------------	-----------------------------------



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Betreuungsverfügung**

#### **1.**

#### **Zu meiner Person**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

Es kann geschehen, dass ich durch Krankheit, Behinderung oder Unfall in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann. Ich kenne zurzeit niemanden, dem ich eine Vollmacht erteilen möchte. Hierüber habe ich mir Gedanken gemacht.

#### **2.**

#### **Meine Verfügung**

Wenn bei mir der oben angesprochene Zustand eintritt, erwarte ich, dass meinem in der folgenden Betreuungsverfügung festgelegten Willen Folge geleistet wird.

#### **3.**

#### **Künftig handelnde Personen**

Als Person, die vom Gericht für mich bestellt werden soll, schlage ich vor:

Name:	Adresse:	Geburtsdatum:
Name:	Adresse:	Geburtsdatum:

Auf keinen Fall zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden soll:

Name:	Adresse:	Geburtsdatum:
Name:	Adresse:	Geburtsdatum:

**4. Wünsche zur Führung der Betreuung**

a. Verwaltung meines Vermögens:


b. Sorge für meine Gesundheit: (siehe Patientenverfügung)


c. Pflegerische Versorgung:


d. Sonstige Wünsche:


Ich erwarte, dass die Betreuungsverfügung beachtet wird, außer sie würde meinem Wohle zuwiderlaufen, oder die Erfüllung eines Wunsches wäre nicht zumutbar.

Ort, Datum:	Unterschrift der verfügenden Person:
-------------	--------------------------------------



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Rechtliche Hintergründe**

Zum Nachlesen und zur Vertiefung haben wir für Sie die wichtigsten rechtlichen Aspekte der verschiedenen vorsorgenden Verfügungen zusammengefasst:

#### **1.**

##### **Patientenverfügung**

Als Patient haben Sie das im Grundgesetz geschützte Recht, selbst und frei über alle Fragen der ärztlichen Behandlung und Pflege zu bestimmen. In einer Patientenverfügung können Sie Ihr **Selbstbestimmungsrecht** auch im Voraus für den Fall ausüben, dass Sie z.B. nach einem Unfall, einem Schlaganfall mit bleibender Gehirnschädigung oder im Endstadium einer Demenzerkrankung nicht mehr aktuell bekunden können, wie Sie medizinisch behandelt werden wollen und ob lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen werden sollen. Nach dem Patientenverfügungsgesetz (§ 1827 BGB) können Sie für den Fall Ihrer „Einwilligungsunfähigkeit“ (=Entscheidungsunfähigkeit) schriftlich festlegen, ob Sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen einwilligen oder sie untersagen. Falls Sie dann eines Tages tatsächlich „einwilligungsunfähig“ sind und Sie sich nicht mehr äußern können, muss Ihre Patientenverfügung befolgt werden.

Das Gesetz verlangt bei der Erstellung einer Patientenverfügung keine Beratung durch Ärzte oder andere geeignete Personen oder Stellen. Gleichwohl ist eine **qualifizierte Beratung** über alle mit einer Patientenverfügung zusammenhängenden Fragen dringend zu empfehlen. Im Landkreis Esslingen wird schon seit vielen Jahren eine kostenlose und kompetente Beratung durch den Verein „Esslinger Initiative“ angeboten. Die im ganzen Landkreis verteilten Beratungsstellen können unter Telefon 0711/12564462 oder 0177/8799108 erfragt oder der Homepage [www.esslinger-initiative.de/Liste](http://www.esslinger-initiative.de/Liste) der Beratungsstellen entnommen werden.

Auch in einigen benachbarten Landkreisen werden Beratungen auf der Grundlage der Konzeption der Esslinger Initiative angeboten.

Der Wortlaut einer Patientenverfügung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Die **Esslinger Initiative Vorsorgen Selbst bestimmen e.V.** hat - wie andere Institutionen und Verbände auch - einen Formulierungsvorschlag für eine umfassende Patientenverfügung vorgelegt. Sie können selbst bestimmen, welche Formulierungen Sie übernehmen oder welche Sie durchstreichen. Ergänzend können Sie auch mit Ihren Worten beschreiben, in welchen Krankheits- und Behandlungssituationen Ihr Wille gelten soll und welche ärztliche Maßnahmen Sie dann wünschen und welche Sie ablehnen.

Im Formular der Esslinger Initiative ist (ohne dass dies gesetzlich vorgeschrieben wäre) vorgesehen, eine **Vertrauensperson** zu benennen, mit der Sie Ihre Patientenverfügung und Ihre grundsätzlichen Einstellungen besprechen und die über den Wortlaut hinaus nähere **Auskunft** über Ihren Willen geben kann, falls Ihre Patientenverfügung einmal umgesetzt werden soll. Vertretungsmacht hat die Vertrauensperson aber nur, wenn Sie ihr auch eine Vollmacht erteilen. Ebenfalls nicht vorgeschrieben aber zu empfehlen ist, dass Sie Ihre Patientenverfügung mit Ihrem **Hausarzt** besprechen und sich die darin enthaltenden medizinischen Begriffe erklären lassen. Fragen Sie ihn, ob er bereit ist, ergänzend **Auskunft** über Ihren Willen und Ihre Wünsche zu geben, falls Ihre Patientenverfügung später einmal ausgelegt werden muss.

Es ist gesetzlich geregelt, dass **niemand zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet** werden kann und die Vorlage einer Patientenverfügung nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses, z.B. eines Heimvertrages, gemacht werden darf. Selbstverständlich können Sie Ihre Patientenverfügung **jederzeit widerrufen**.

Eine **Aktualisierung** der Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Sie ist jedoch sinnvoll, falls sich Ihre gesundheitliche Situation oder ihre Einstellung zu lebensverlängernden Maßnahmen geändert haben. Eventuell beraten Sie sich erneut mit Ihrer Vertrauensperson, der von Ihnen bevollmächtigten Person, Ihrem Hausarzt oder nahestehenden Personen. Mit einer neuen Unterschrift können Sie dokumentieren, welche Ergänzungen oder Änderungen zu beachten sind. Andernfalls bestätigen Sie, dass Ihre Verfügung unverändert gelten soll.

Zur Durchsetzung der Patientenverfügung empfiehlt es sich, dass Sie einer Ihnen nahestehenden Person in einer eigenen Urkunde vorsorglich Vollmacht erteilen, an Ihrer Stelle über ärztliche und pflegerische Maßnahmen zu entscheiden, wenn Sie entscheidungsunfähig geworden sind.

## 2.

### Vollmacht

Die Muster für die Erteilung von Vollmachten sind Vorschläge. Den Texten liegt ein Vorschlag des Bundesministeriums der Justiz zugrunde. Bitte streichen Sie die Punkte, die für Ihre Situation nicht zutreffen.

Sie können einer Person Ihres Vertrauens für bestimmte Bereiche (z.B. für Gesundheitsangelegenheiten) oder generell für alle Lebensbereiche („Generalvollmacht“) **Vertretungsmacht** erteilen. Sie müssen dafür geschäftsfähig sein, d.h. die Tragweite Ihrer Willenserklärung erkennen können.

1. Mit einer **Gesundheitsvollmacht** ermächtigen Sie die bevollmächtigte Person, an Ihrer Stelle über alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zu entscheiden, falls Sie dies nicht mehr selbst tun können, weil sie durch Krankheit oder Unfall einwilligungsunfähig geworden sind. Die bevollmächtigte Person muss dabei Ihre Patientenverfügung befolgen.

Soll die bevollmächtigte Person auch über **gefährliche ärztliche Maßnahmen** (schwere Operationen, risikoreiche Untersuchungen, Medikamente mit schweren Nebenwirkungen) oder über **lebensverlängernde Maßnahmen** entscheiden können, muss dies in der Vollmachturkunde ausdrücklich erwähnt sein. Diese Entscheidungen muss die bevollmächtigte Person vom Betreuungsgericht (Amtsgericht) genehmigen lassen, falls sie sich mit dem Arzt nicht einigen kann, was Ihrem Patientenwillen entspricht.

Soll sich die Vollmacht zusätzlich auf **freiheitsentziehende Schutzmaßnahmen** (Bettgitter u.ä.) beziehen, muss dies ebenfalls ausdrücklich in der Urkunde enthalten sein. Für die Einwilligung in derartige Maßnahmen ist die Genehmigung des Betreuungsgerichts (Amtsgerichts) erforderlich.

Falls die bevollmächtigte Person in eine **ärztliche Zwangsmaßnahme** im Rahmen eines stationären Aufenthalts einwilligen möchte, muss diese Möglichkeit in der Vollmachturkunde ebenfalls ausdrücklich erwähnt sein; außerdem ist die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich.

2. In einer **Generalvollmacht** können Sie der bevollmächtigten Person umfassende Vertretungsmacht in allen persönlichen und finanziellen Angelegenheiten erteilen. Alle unter 2.1 Ihre Gesundheit betreffende Befugnisse der bevollmächtigten Person sind in einer Generalvollmacht ausdrücklich enthalten.

3. Von **Vorsorgevollmacht** spricht man, wenn Sie die Vollmacht (Gesundheits- oder Generalvollmacht) vorsorglich für den Fall erteilen, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst entscheiden können. Entscheidend ist aber in jedem Fall der Inhalt der Vollmacht und nicht die Überschrift auf dem Formular.

4. Nach dem Gesetz reicht es in den meisten Fällen, eine Vollmacht schriftlich zu erteilen. Zur sicheren Anerkennung im Rechts- und Geschäftsverkehr empfiehlt sich eine öffentliche Beglaubigung der Vollmacht bei der für Ihren Wohnsitz zuständigen Betreuungsbehörde (Gebühr 10 €). Dabei wird allerdings nur Ihre Identität (z.B. durch Vorlage eines Lichtbildausweises) geprüft, jedoch nicht Ihre Geschäftsfähigkeit. Auch eine rechtliche Beratung über die Vollmacht erfolgt nicht. Bei der Beurkundung durch einen Notar erfolgt eine rechtliche Beratung über die Modalitäten, Auswirkungen und Gefahren einer Vollmacht sowie eine Überprüfung der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers (Gebühr je nach Vermögen). Für Grundstücksgeschäfte ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht oder eine öffentliche Beglaubigung - z.B. durch die Betreuungsbehörde - erforderlich, ebenso in der Regel für die Vertretung in Bankangelegenheiten.

Für Bankgeschäfte empfiehlt es sich zusätzlich, Kontovollmachten bei der jeweiligen Bank/Sparkasse zu erteilen.

Vollmachtgeber, die **im Landkreis Esslingen** wohnen, können ihre Vollmacht bei der Betreuungsbehörde im Landratsamt Pulverwiesen 11 in 73726 Esslingen nach vorheriger Terminvereinbarung unter Telefon 0711/3902-42564 **öffentlich beglaubigen** lassen. Für Grundbuchgeschäfte kann die von der Betreuungsbehörde beglaubigte Vollmacht aber nur zu Lebzeiten der Vollmachtgeber verwendet werden.

5. In der Vollmachtsurkunde bestätigt der Bevollmächtigte mit seiner Unterschrift, dass er in einem Gespräch mit dem Vollmachtgeber von der Vollmacht Kenntnis erlangt hat und dass er den Eindruck hat, dass der Vollmachtgeber um die Bedeutung der Vollmacht weiß. Der Bevollmächtigte wird durch seine Unterschrift zum Zeuge für die kognitiven Fähigkeiten des Vollmachtgebers und kann diese im Bedarfsfall dem Arzt oder Gericht gegenüber bestätigen.

6. Für den Fall, dass die Vollmacht aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht ausgeübt werden kann, können Sie vorsorglich festlegen, wer vom Gericht zu Ihrem Betreuer bestellt werden soll.

### 3.

#### **Betreuungsverfügung**

Wollen oder können Sie niemandem eine Vollmacht erteilen, oder kann die Vollmacht aus irgendeinem Grund nicht ausgeübt werden, wird Ihnen im Falle krankheitsbedingter Entscheidungsunfähigkeit vom Betreuungsgericht ein sogenannter **rechtlicher Betreuer** bestellt. Häufig werden Angehörige für diese Aufgabe ausgewählt. Sind keine geeigneten Angehörigen vorhanden, bestellt das Gericht eine fremde Person zum Betreuer, die diese Aufgabe ehrenamtlich oder beruflich gegen Bezahlung ausübt.

In einer **Betreuungsverfügung** können Sie im Voraus vorschlagen, **wer** im gegebenen Fall vom Betreuungsgericht für Sie als Betreuer bestellt werden soll und wen Sie keinesfalls wünschen. Wenn Sie niemanden vorschlagen, wird ein Betreuer für Sie ausgesucht. Sie können auch festlegen, **auf welche Art und Weise** Sie betreut werden möchten. Die Betreuungsverfügung können Sie auch mit einer Patientenverfügung kombinieren.

Der Betreuer wird – im Gegensatz zu einem Bevollmächtigten - vom Betreuungsgericht **kontrolliert**.

### 4.

#### **Umsetzung einer schriftlichen Patientenverfügung**

Sollte eines Tages eine Krankheits- und Behandlungssituation eintreten, die in Ihrer Patientenverfügung beschrieben ist und Sie nicht mehr entscheidungsfähig sind, ist es die Aufgabe der von Ihnen bevollmächtigten Person, den in Ihrer Patientenverfügung niedergelegten Willen zusammen mit dem behandelnden Arzt umzusetzen. Haben Sie keine Vollmacht erteilt, wird Ihnen vom Betreuungsgericht – wie oben beschrieben – für diese Aufgabe ein Betreuer bestellt. Nur in eindeutigen Anwendungsfällen kann der Arzt eine Patientenverfügung direkt umsetzen, ohne dass deshalb ein Betreuer zu bestellen wäre. Der Arzt wird stattdessen sein Handeln mit Ihrer Vertrauensperson abstimmen.

Ergibt sich aus Ihrer Patientenverfügung, dass Sie in einer bestimmten Behandlungssituation eine bestimmte ärztliche Maßnahme, z.B. eine künstliche Ernährung ablehnen, bespricht der Bevollmächtigte bzw. der rechtliche Betreuer diesen Willen mit dem behandelnden Arzt. Ihre Angehörigen und eventuelle sonstige Vertrauenspersonen sollen gehört werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist. Stimmen Arzt und bevollmächtigte Person bzw. Betreuer überein, dass Ihr schriftlich verfasster Wille auf die aktuelle Behandlungssituation zutrifft, wird im Beispielsfall eine künstliche Ernährung nicht begonnen beziehungsweise beendet, weil Sie dies so vorausbestimmt haben. In besonders schwierigen Entscheidungssituationen besteht in den

meisten Kliniken - und vereinzelt auch in Pflegeeinrichtungen - die Möglichkeit, eine ethische Fallbesprechung durchzuführen, die von dem Ethikkomitee der Einrichtung organisiert wird. Alle Beteiligten setzen sich zusammen und versuchen zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen. Gelingt dies nicht und können sich der Bevollmächtigte bzw. der rechtliche Betreuer und der behandelnde Arzt nicht einigen, ob Ihre Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zutrifft, kann das Betreuungsgericht (Amtsgericht) angerufen werden. Bis zur Entscheidung des Gerichts würde eine künstliche Ernährung begonnen bzw. fortgesetzt werden.

## **5.**

### **Befolgung des mutmaßlichen Willens**

Liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor oder betrifft sie nicht die aktuelle Behandlungssituation, hat der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer Ihre mündlichen Behandlungswünsche und Ihren „mutmaßlichen Willen“ zu ermitteln. Nach dem Gesetz sind dabei „insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“ zu berücksichtigen. Hierzu spricht der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer mit „nahen Angehörigen“ und „sonstigen Vertrauenspersonen“, z.B. mit Lebensgefährten, guten Freunden, Pflegenden oder dem Hausarzt. Kann der Bevollmächtigte bzw. Betreuer auf diese Weise Ihren mutmaßlichen Willen dahingehend feststellen, dass Sie in der jetzigen Behandlungssituation z.B. eine künstliche Ernährung ablehnen, verweigert er dem behandelnden Arzt gegenüber seine Einwilligung in eine solche Maßnahme. Lässt sich der Arzt überzeugen, dass z.B. eine künstliche Ernährung in der gegebenen Behandlungssituation nicht Ihrem Willen entspricht, unterbleibt sie. In schwierigen Entscheidungssituationen kann durch eine ethische Fallbesprechung eine von allen Beteiligten getragene Lösung erarbeitet werden. Kann letztlich doch kein Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem über Ihren Willen hergestellt werden, muss das Betreuungsgericht (Amtsgericht) angerufen werden. Bis zur Entscheidung des Gerichts wird im Beispielsfall eine künstliche Ernährung begonnen bzw. fortgesetzt.

Kann der Bevollmächtigte bzw. Betreuer nicht ausreichend sicher klären, was Ihrem Willen in einer konkreten Behandlungssituation entspricht, muss er im Zweifel den vom Arzt vorgeschlagenen lebenserhaltenden Maßnahmen zustimmen.

## 6.

### **Vorsorgeausweis**

Es ist sinnvoll, wenn Sie einen Vorsorgeausweis in Ihrer Briefftasche oder in Ihrem Geldbeutel stets bei sich tragen. Aus ihm ergibt sich im Notfall, dass Sie vorsorgende Verfügungen getroffen haben und wer als Vertrauensperson oder als bevollmächtigte Person zu informieren ist.

## 7.

### **Vorsorgeregister**

Sie haben die Möglichkeit, Ihrer Patientenverfügung zusammen mit Ihrer Vollmacht oder Ihre Betreuungsverfügung gegen eine geringe Gebühr im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren zu lassen (<http://www.vorsorgeregister.de>). Auskunft aus dem Register erhalten allerdings nur das Betreuungsgericht und Ihr behandelnder Arzt.

**Hinweis:** Zur besseren Lesbarkeit wurde bei den Berufsbezeichnungen nur die männliche Form verwendet.



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Vorsorgenetz – wichtige Adressen**

Datum/Stand vom:

--

<b>Name, Adresse:</b>	<b>Telefon:</b>
Notruf	
Polizei	
Feuerwehr	
Familienangehörige	
Vertrauensperson	
Bevollmächtigte Personen	
Hausarzt	
Hausärztliche Notfallbereitschaft	

Facharzt	
Nachbar	
Apotheke	
Krankenhaus	
Sanitätshaus	
Nachbarschaftshilfe	
Pflegedienst/Sozialstation	
Palliativversorgung	
Psychosoziale Hilfe	
Betreuungsverein	
Hospizdienst	
Pfarramt	
Bestattungsvorsorge	

Wo befinden sich meine Vorsorgedokumente?



## vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

<p><b>Vorsorgeausweis</b></p>  <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Ich habe eine</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Patientenverfügung</td><td><input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gesundheitsvollmacht</td><td><input type="checkbox"/> Generalvollmacht</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsvollmacht	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<p><b>Wichtige Adressen und Telefonnummern</b></p> <p>Vertrauenspersonen/Bevollmächtigte:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Arzt:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung				
<input type="checkbox"/> Gesundheitsvollmacht	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht				