Sorge? Vorsorgen… Selbstbestimmt!

Auswahlbogen für eine individuelle und konkrete Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann und eine der folgenden (relativ) aussichtslosen Situationen eingetreten ist, bestimme ich, dass mir durch liebevolles Unterlassen ermöglicht wird, würdevoll und natürlich zu sterben. Dann sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr erfolgen. Insbesondere damit einhergehende Belastungen möchte ich mir ersparen. Ein Sterben wird dann von mir gewünscht bzw. in Kauf genommen. Mein Leben bzw. Sterben darf dann nicht verlängert werden.

Motivation:

☐ Sterben und Tod gehören für mich als natürliches Ende zu meinem Leben. Anlass zur Vorsorge ist mein starker Wille, dereinst mein Sterben leidfrei, aber möglichst bewusst zu erleben und dabei Abhängigkeit möglichst zu vermeiden.

Situationen von Nichteinwilligungsfähigkeit:

1. Wenn ich mich im **Sterbeprozess**[1] befinde bzw. im **Endstadium** einer zum Tode führenden Erkrankung, oder der Ausfall lebenswichtiger Körperfunktionen eintritt, auch wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.
2. Wenn ich in Folge einer **Gehirnschädigung**[2] mein Bewusstsein verloren habe und dies wahrscheinlich **unwiederbringlich** ist *(Dauerkoma)*. Es ist mir bewusst, dass ein Aufwachen nicht auszuschließen ist, aber mit der Dauer immer unwahrscheinlicher wird *(Sie können alle drei Optionen wählen)*:
   - ☐ auch dann, wenn absehbar keine wesentliche Besserung dahingehend erfolgt, dass ich wieder **einwilligungsfähig** werde;
   - ☐ wenn innerhalb von 72 Stunden keine **Verbesserung meiner zerebralen Funktionen** *(Schmerzreflex, Pupillenreaktion, Lidschlussreflex)* festzustellen ist;
   - ☐ wenn innerhalb von ca./wenige/maximal ____ Tage/Wochen/Monate *(unterstreichen Sie Ihre Wahl)* keine Verbesserung dahingehend eingetreten ist, dass ich **wieder Einwilligungsfähigkeit erlangt habe.**
3. Wenn ich bei einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess[3] trotz Hilfestellung feste **Nahrung** nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann oder will.
   - ☐ Wenn bei Demenz in einem früheren Stadium eine organisch bedingte **Lebensbedrohung hinzutritt** *(z. B. Nierenversagen)*, die nur durch **intensivmedizinische bzw. belastende Maßnahmen** *(z. B. Dialyse)* abwendbar wäre.
4. Wenn körperliche Dauerschädigungen mit **bleibender Bettlägerigkeit** vorliegen *(z. B. nach Organversagen)*
   - ☐ … möchte ich auch an meiner Erkrankung **natürlich versterben dürfen.**
5. Eigene Situationsbeschreibung(en), in der/denen ich vorziehe natürlich versterben zu dürfen *(Optional; wenn nicht genutzt, bitte durchstreichen):*

[1]) [2]) [3]) und Folgende: Erklärung der medizinischen Begriffe auf Seite 7

Festlegungen für meine Behandlung am Lebensende:

Ich wünsche und erwarte angemessene Zuwendung und Körperpflege. Eine fachgerechte *(d. h. palliativmedizinische)* Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit u. a. setze ich dabei voraus. Das bedeutet bei Einwilligungsunfähigkeit konkret:

- **Keine lebenserhaltenden Eingriffe und Maßnahmen mehr,** wie z. B. Dialyse, auch keine medizinischen Eingriffe, wie Organoperation oder Amputation mehr.
- **Keine künstliche Beatmung,** bzw. eine schon eingeleitete soll eingestellt werden. Ich setze dabei voraus, dass ich Medikamente zur angemessenen Linderung von Atemnot erhalte.
- Dann auch **keine Versuche zur Wiederbelebung** mehr.
  - ☐ Ein **Notarzt** soll in den genannten Situationen (1–5 von Seite 1), bei Herz-/Kreislauf-Stillstand *(in heimischer Umgebung)* **nicht gerufen werden** (stattdessen den Haus- oder Bereitschaftsarzt), *(ein gerufener Notarzt müsste unverzüglich wiederbeleben und hätte keine Zeit eine Patientenverfügung zu prüfen)*.

Das **Stillen von Hunger- und Durstempfinden** gehört unverzichtbar zu jeder lindernden Therapie. **Es soll so lange wie möglich auf natürliche Weise** erfolgen, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

6. In den genannten Situationen (1–5) wünsche ich **keine künstliche Ernährung[4],** unabhängig von der Form, ebenso keine Kalorienzufuhr durch venöse Zugänge. Auf palliativmedizinische Mundpflege und -befeuchtung ist besonderer Wert zu legen.
   - ☐ Ich **verzichte** dann auch **auf künstliche Flüssigkeitszufuhr[5].** Prinzipiell wünsche ich dann nur noch Flüssigkeit, die ich auf natürlichem Wege, freiwillig und selbstständig über den Mund aufnehmen kann.
7. Wenn Schmerzen, Atemnot oder sonstige quälende Beschwerden anders nicht hinreichend zu lindern sind, stimme ich auch solchen **Medikamenten[6]** zu, die mich sehr müde machen und/oder zu Benommenheit führen können:
   - ☐ **Wenn nötig** wünsche ich dann bewusstseinsdämpfende Medikamente; auch zur **Sedierung[6].** Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Lebensverkürzung, als ärztlich nicht beabsichtigter Nebenwirkung, nehme ich billigend in Kauf.

   - ○ **Auf Blutgaben, Antibiotika und andere Medikamente verzichte ich dann;** ich will keinerlei Lebensverlängerung!

ODER:

   - ○ Über die Gabe von Blut, Antibiotika und anderen **Medikamenten[6]** sollen nach ärztlicher Aufklärung, **meine Bevollmächtigten,** zu meinem Wohl und gemäß meinem mutmaßlichen Willen **entscheiden** *(kann ich ihnen das zumuten?)*.
8. *Die folgenden Festlegungen **können erst zur Wirkung kommen,** wenn die von Ihnen Bevollmächtigten Ihre Patientenverfügung vorlegen und auf deren Beachtung bestehen. Das sollte erst erfolgen, wenn die Heilungsprognose in Ihrem Sinne negativ ist, und die Überzeugung entsteht, dass Sie **in der vorliegenden Situation lieber sterben wollen würden.** Wenn z. B., nach erfolgter Wiederbelebung und ärztlicher Aufklärung, Ihre Bevollmächtigten zu der Überzeugung gelangen, dass Ihre Genesungsaussichten schlecht sind und Sie darum lieber sterben wollen würden, kann durch Vorlage einer entsprechend strikten Patientenverfügung auf die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen – notfalls gerichtlich – bestanden werden.*

(Sie können mehrere Optionen wählen):

☐ **Intensivmedizinische Maßnahmen lehne ich heute schon absolut ab** *(diese Festlegung **kann i. d. R. erst im Nachhinein zur Wirkung kommen)*.**

☐ Eine **invasive Beatmung** *(mit Luftröhrenschnitt)* lehne ich ab.

☐ Eine Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)[7] lehne ich ab. Stattdessen bitte ich um palliativmedizinische Betreuung.

9. Wiederbelebung:

○ **Versuche zur Wiederbelebung lehne ich ab** *(diese Festlegung kann i. d. R. erst wirken, **wenn ein Versuch der Wiederbelebung nicht dazu geführt hat, dass Sie wieder kommunizieren können,** oder aber **bereits in einer Situation der Schwerst-Pflegebedürftigkeit sind,** wenn diese Ablehnung in einer »Vorausschauenden Notfallplanung« mit dem behandelnden Arzt, den Pflegekräften verbindlich kommuniziert wurde; ein Zuwiderhandeln wäre dann als Körperverletzung strafbar und sollte zur Anzeige gebracht werden)*.

ODER:

○ **Versuche zur Wiederbelebung** wünsche bzw. akzeptiere ich, aber nur unter der Bedingung, dass sie innerhalb von ca./maximal _____ Minuten nach dem Herz-/Kreislauf-Stillstand erfolgen ***(ab drei Minuten ohne Sauerstoffzufuhr zum Gehirn, muss mit immer schwereren Schädigungen gerechnet werden;** ab fünf Minuten ist mit 50 %iger Wahrscheinlichkeit ein **komatöser Zustand** zu erwarten)*.

---

10. Die hier getroffenen medizinischen Festlegungen gelten für medizinisches Personal unmittelbar verbindlich. Solange ich sie nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Situation keine Änderung meines Willens unterstellt werden.

☐ Die von mir **bevollmächtigten Personen sollen** – nach ärztlicher Aufklärung –, **das »letzte Wort« im Prozess der Entscheidungsfindung haben.** Bei notwendig werdenden Interpretationen sollen sie in meinem Sinne entscheiden. *(Kann ich ihnen das zutrauen, und will ich ihnen das zumuten?)*

11. Ich möchte am **Lebensende dort sein, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sind.** Außerdem möchte ich:

☐ wenn möglich, **in meiner vertrauten Umgebung** bleiben.

☐ **zum Sterben würde ich auch in ein Hospiz** umziehen mögen *(sofern dort ein Bett frei ist und die hohen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind)*.

☐ **Keine Verlegung mehr,** wenn ich mich im Sterbeprozess befinde!

12. Organentnahme:

○ **Ich stimme einer Entnahme von Organen zum Zweck der Transplantation[8] zu.** Intensivmedizinische Maßnahmen dürfen dann zur Bestimmung des **Hirntodes[9]** und anschließender Organentnahme weitergeführt werden *(bis zu drei Tage).*

ODER:

○ **Ich lehne eine Entnahme von Organen und Gewebe ab!**

Die folgende Erlaubnis kann erst nach Ihrem Tod zum Tragen kommen:

☐ Ich stimme einer **Gewebeentnahme** nach dem Herztod, zur Bestimmung der Todesursache zu.

13. Selbstbestimmtes Sterben:

☐ **Ich behalte mir das Recht vor, mein Leben einmal selbstbestimmt zu beenden** *(z. B. durch Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken).* Wenn ich das tue, sind Nahestehende und Behandler von der Pflicht mich zu retten entbunden und werden zu Garanten für den Erfolg meines Sterbewunsches.

☐ Ich erwarte dabei – wenn nötig – **fachkundige Unterstützung,** vorzugsweise durch eine/n Palliativmediziner/in.

Schlussbestimmungen *(Sie können mehrere oder auch alle Optionen wählen):*

☐ Soweit ich hier bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich dann auf (weitere) ärztliche Aufklärung.

☐ Mir ist die Möglichkeit bekannt, meine Patientenverfügung jederzeit ändern, anpassen oder widerrufen zu können *(dann sollte sie mit neuem Datum unterschrieben oder bei Widerruf vernichtet werden)*. Außerdem weiß ich, dass Wirksamkeit und Verbindlichkeit dieser Vorsorge nicht an eine regelmäßige Aktualisierung gebunden sind. Daher wünsche ich, dass meine Patientenverfügung gültig sein soll, solange ich sie nicht geändert habe oder keine eindeutigen Anzeichen einer Willensänderung zu erkennen sind.

☐ Meine Bevollmächtigten sollen diese Verfügung vorlegen, wenn sie nach ärztlicher Aufklärung über meinen Zustand und die wahrscheinliche Prognose, zu der Überzeugung gekommen sind, dass ich in dieser Situation lieber an meiner Erkrankung natürlich versterben wollen würde. Sie dürfen sich eine ärztliche Zweitmeinung einholen und notfalls eine Verlegung in eine Einrichtung verlangen, wo zu erwarten ist, dass meine Würde, palliativmedizinische Versorgung und Selbstbestimmung besser gewahrt werden.

☐ **Ein Zuwiderhandeln der Behandler muss zu strafrechtlichen Konsequenzen führen!**

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung **beraten lassen** von:

_____

(Die Person könnte dann auch die Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit bezeugen; was nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, aber die Glaubwürdigkeit Ihrer Verfügung in Bezug auf Ihre Freiwillens- und Einsichtsfähigkeit erhöhen könnte).

Haben Sie noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind, dann lassen Sie es uns hier wissen. Wir werden uns bemühen, sie dann angemessen zu berücksichtigen:

_____

_____

_____

_____

_____

Selbstbestimmt – Sicher!

Erstellung von Vollmachten

Eine Patientenverfügung allein, bietet noch keine Sicherheit. Sie sollten mindestens eine Person finden und benennen, der Sie vertrauen, dass sie Ihren Willen versteht und den Behandlern gegenüber angemessen und glaubhaft zur Kenntnis und Beachtung vortragen werden, und (notfalls gerichtlich) durchsetzen wird. Dafür sollten ***Sie Ihren Willen und die Festlegungen in Ihrer Patientenverfügung mit der/den Person/en vollumfänglich durchsprechen.*** *Für die* ***Verfügung über Ihre Konten,*** *müssten Sie mit den/dem betreffenden Kreditinstitut/en Vollmachten ausstellen und sollten dabei darauf achten, dass sie* ***über den Tod hinaus*** *gültig sind. Für die Verfügung über* ***Immobilien, Anlagevermögen oder Geschäftsbeteiligungen, müssten öffentlich beurkundete Vollmachten*** *erstellt werden (von einem Notar oder einer Betreuungsbehörde).*

Als **Gesundheits-Bevollmächtigte/n** bestimme ich *(mehrere sind dann einzeln vertretungsberechtigt; es werden getrennte* ***Gesundheits-*** *und* ***Vollmachten*** *erstellt)*. Diese Person(en) ist/sind damit einverstanden meine Vertretung zu übernehmen, sowie auch mit der Übermittlung ihrer Daten hier, zum Zweck der Erstellung meiner Vollmachten:

A. _____

Bevollmächtigte/r: Vorname & Nachname (evtl. mit Titel) *Mobiltelefon-Nummer*

_____

Anschrift: PLZ Ort, Straße Hausnummer *Festnetz-Nummer*

B. _____

Bevollmächtigte/r: Vorname & Nachname (evtl. mit Titel) *Mobiltelefon-Nummer*

_____

Anschrift: PLZ Ort, Straße Hausnummer *Festnetz-Nummer*

C. _____

Bevollmächtigte/r: Vorname & Nachname (evtl. mit Titel) *Mobiltelefon-Nummer*

_____

Anschrift: PLZ Ort, Straße Hausnummer *Festnetz-Nummer*

Die Bevollmächtigten A ☐, B ☐, C ☐, soll(en) auch in meinen **Vollmachten** stehen.

ODER:

☐ Ich möchte **andere Personen** mit einer Vollmacht für finanzielle und rechtsgeschäftliche Dinge ausstatten *(Kontaktdaten können später selbst eingetragen werden).*

Wenn Sie keine oder nur eine Vertrauensperson haben, sollten Sie sich an einen ***Betreuungsverein*** *in Ihrer Nähe wenden und den (zusätzlich) mittels einer Betreuungsverfügung als möglichen Vertreter einsetzen. Auch sollten Sie Ihre Vorsorge dann im* ***Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer*** *registrieren. Das Vorsorgeregister ist keine Hinterlegungsstelle, sondern dokumentiert „nur" die Kontaktdaten Ihrer Bevollmächtigten und ob Sie eine Patientenverfügung haben. Wenn ein Betreuer für sie bestellt werden soll, kann ein Betreuungsrichter daraus erkennen, dass Sie anderweitig vorgesorgt haben und Ihren Bevollmächtigten oder den Betreuungsverein kontaktieren. Auch Ärzte können seit 2023 in dieses Register einsehen, und so ggf. Kontaktdaten von Bevollmächtigten einsehen.*

☐ Ich bitte um Übersendung einer Betreuungsverfügung *(zusätzlich oder alternativ).*

*Die Patientenverfügung sollte mit den **Vollmachten für Vertrauenspersonen** in einem Vorsorgeordner (mit anderen wichtigen Dokumenten) **Zuhause aufbewahrt werden,** um sie bei Bedarf überprüfen und ggf. ändern zu können. Im Anwendungsfall sollte ein **Originaldokument nicht an Behandler o. ä. aus der Hand gegeben werden** (höchstens kurzzeitig zum Kopieren).*

*Ein mehrseitiger Fragebogen mit Ankreuzoptionen eignet sich nicht als Patientenverfügung (weil nicht erkennbar ist, wer, wann die Kreuze gemacht hat). Deshalb wird die **Ausarbeitung als zweiseitiges, konsistentes Dokument** angeboten. Dafür können Sie dieses Formular an das **Projekt Patientensorge** c/o Frank Spade, 14476 Potsdam, Tschudistraße 8 B senden (siehe Anschreiben am Ende). Für die Erstellung wird eine Aufwandspauschale von 48 Euro erbeten (bei Eingabe online unter www.patientensorge.de/auswahlbogen nur 36 Euro), für die Sie eine Rechnung erhalten.*

*Bei Fragen können Sie sich an **kontakt@patientensorge.de** wenden oder unter 033208 236784 um einen Beratungstermin nachfragen. Sie werden zurückgerufen.*

Alle Daten werden nur zur Verarbeitung gespeichert und nicht weitergegeben. Sie werden nach zwei Monaten gelöscht. Bis dahin haben Sie die Möglichkeit um Korrekturen und nötigenfalls um einen Neuausdruck zu bitten.

Diese Festlegungen sind für die Patientenverfügung von (Verfügende:r):

_____, _____

Vorname & Nachname (evtl. mit Titel) *Geburtsdatum*

_____

Anschrift: PLZ Ort, Straße Hausnummer

_____, _____

Datum *Unterschrift der/des Verfügenden*

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

Beste Zeiten Sie zu erreichen: _____

E-Mail-Adresse: _____

*Dieser Fragebogen wurde von Frank Spade basierend auf öffentlich verfügbaren Vorlagen erarbeitet (u. a. den Vorgaben des BMJV [von 2004!], den Veröffentlichungen von RA Wolfgang Putz, den Weiterentwicklungen der Patientenverfügungen des Humanistischen Verbands, der Patientenverfügungs-Broschüre des Beck Verlags und der der Stiftung Warentest) aber erheblich erweitert. **Er ist nicht für eine kommerzielle Nutzung gedacht und steht unter der GNU-Lizenz für freie Dokumentation,** d. h. er **darf kopiert und weitergegeben werden,** solange damit keine kommerziellen Absichten verfolgt werden. Diese Quellenangabe muss immer mit angegeben werden:*

Projekt Patientensorge gUG, c/o Frank Spade, 14476 Potsdam, Tschudistraße 8 B

Erklärung medizinischer Begriffe

1) **Sterbeprozess:** Als Sterbeprozess werden die letzten bis zu sieben Tage des Lebens angesehen.
2) **Gehirnschädigung** (z. B. nach Unfall mit Kopfverletzung, Schlaganfall, Infarkt oder Sauerstoffmangel im Gehirn): Die schwerste Form ist ein wahrscheinlich unwiederbringlicher Verlust des Bewusstseins durch Ausfall der Großhirnfunktion (Dauerkoma). Patient:innen im Koma reagieren nicht auf Reize und eine **künstliche Ernährung**[4] ist lebensnotwenig. Dabei bleiben Organfunktionen wie Atem-, Darm- und Nierentätigkeit meist erhalten. Besonders bei Jüngeren können sich günstige Entwicklungen einstellen, je nach Ursache des Komas etwa bis zu 3, 6 oder auch nach 12 Monaten – doch mit zunehmender Dauer kaum ohne bleibende (Mehrfach-)Schädigungen. Längst nicht alle hirngeschädigten Patient:innen bleiben oder sind komatös. Sie können auch »nur« geistig schwer behindert und aufgrund dessen unfähig sein, Einsichten zu gewinnen und mit anderen Menschen – i. d. R. sprachlich – in Kontakt zu treten. Aber sie reagieren durchaus auf Reize, haben Empfindungen, können gegebenenfalls schlucken, lernen sich zu bewegen und einfache Worte zu sprechen. **In den ersten sechs bis acht Wochen bestehen die besten Aussichten auf Rehabilitationserfolge.** Vielleicht kann sogar ein weitgehend eigenständiges Leben wiedererlangt werden.
3) **Hirnabbauprozess:** Betrifft nicht rückführbare Gehirnschädigungen infolge eines Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenz (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. **Im weit fortgeschrittenen »Endstadium« ist der Kranke völlig bettlägerig, kann nahe Angehörige gar nicht mehr erkennen, und trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr sich zu nehmen.**
4) **Künstliche Ernährung:** Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. **Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten im Dauerkoma.**
5) **Künstliche Flüssigkeitszufuhr:** Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger vorhanden, kann aber am besten durch Anfeuchten der Atemluft und/oder durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. **Die Zufuhr insbesondere von großen Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden gilt eher als schädlich, weil sie zu Beschwerden infolge von Wasseransammlung führen kann.**
6) **Medikamente zur Schmerz- und Beschwerdelinderung:** Eine fachgerechte palliativmedizinische Behandlung, einschließlich der **Gabe von Morphin,** wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend und auch nicht bewusstseinsdämpfend. Meist werden umgekehrt, durch die relativ gute Kontrollierbarkeit von Tumorschmerzen, bei Krebspatienten »neue Lebensgeister« geweckt. Doch bei vielen anderen quälenden und nur schwer beherrschbaren Symptomen, insbesondere bei Atemnot und Erstickungsangst, ist eine höhere Dosierung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln notwendig. Wenn die angezeigte »herkömmliche« Palliativbehandlung an Grenzen stößt, können auch Narkotika zu einer sogenannten **Sedierung** (zur Bewusstseinsdämpfung oder vorübergehendem Tiefschlaf) eingesetzt werden.
7) **ECMO:** Externe Sauerstoffanreicherung des Blutes, ohne aggressive bzw. invasive Beatmung.
8) **Transplantation:** Hier § 3 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes:
   Die Entnahme von Organen ist **unzulässig,** wenn
   1. die Person, deren Tod festgestellt ist, der Organentnahme widersprochen hatte,
   2. nicht vor der Entnahme bei dem Organspender der **endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms,** nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.
9) **Hirntod:** Irreversibler, d. h. unumkehrbarer Ausfall der gesamten Hirnfunktionen.

BGB § 1827 Patientenverfügung

(1) Hat ein **einwilligungsfähiger Volljähriger** für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch **nicht unmittelbar bevorstehende** Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer **dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.**

(2) **Liegt keine Patientenverfügung vor** oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den **mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen** und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund **konkreter Anhaltspunkte** zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten **unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung** des Betreuten.

(4) Der **Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen** und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 **gelten für Bevollmächtigte** entsprechend.

BGB § 1829 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des **Betreuers** in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des **Betreuers** in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist **nicht erforderlich**, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt **Einvernehmen darüber besteht**, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1827 festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 1 für einen **Bevollmächtigten** entsprechend.

BGB § 630d–630g Behandlungsvertrag

§ 630d (1): Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die **Einwilligung** des Patienten **einzuholen**.

§ 630e (1): Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände **aufzuklären**.

§ 630f (1): Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der **Dokumentation** in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.

§ 630g (1): Dem Patienten ist auf Verlangen **unverzüglich Einsicht** in die vollständige, ihn betreffende **Patientenakte** zu gewähren …

Patientenverfügungen dienen heute
vorwiegend dazu, sich vor ärztlichen
Kunstfehlern zu schützen.
– Professor Dr. med. Gian Domenico Borasio

Sie können die Seiten 1 bis 6 abtrennen und mit dem umseitigen Anschreiben an uns senden.
Diese Seiten erhalten Sie mit der fertigen Mappe zurück, damit Sie kontrollieren können,
ob wir alles wie gewünscht ausgeführt haben.

„Was bringt den Doktor um sein Brot?
Die Gesundheit und der Tod.
Drum hält der Arzt, auf dass er lebe,
uns zwischen beiden in der Schwebe.“
– Eugen Roth

Ich wünsche Ihnen noch sehr viele frohe und gesunde Tage
– Frank Spade

Auftrag zur Erstellung einer individuell-konkreten Patientenverfügung mit Vollmachten

für _____
Verfügende/r Name, Geburtsdatum

Zur Ausarbeitung senden an:

Frank Spade
Tschudistraße 8 B
14476 Potsdam

Ihre Patientenverfügung und die Vollmachten (ggfs. mit den Kontaktdaten der von Ihnen angegebenen Bevollmächtigten eingefügt), werden für Sie innerhalb von ca. einer Woche **ausgearbeitet** und zugesandt. Zusätzlich erhalten Sie **Erläuterungen,** wie mit diesen Dokumenten zu verfahren ist, und einen **Notfallhinweis** zum Bei-sich-tragen, aus dem hervorgehen sollte, wer im Notfall zu verständigen ist, und dass Sie eine Patientenverfügung haben. Dort können auch weitergehende Angaben gemacht werden, wie die Kontaktdaten von Ihrem Hausarzt, ihrer Krankenkasse, Grunderkrankung, Allergien/Unverträglichkeiten, benötigte Medikamente, Hilfsmittel und mehr.

- ☐ Bitte nennen Sie mir einen **Betreuungsverein** in meiner Nähe.
- ☐ Die Kontaktdaten meines/r Bevollmächtigten sollen im **Vorsorgeregister** registriert werden; bitte die dafür nötigen Informationen mitsenden.
- ☐ Bitte eine Anleitung zur **Testamentserstellung** mitsenden.
- ☐ Bitte ein Muster für eine Sorgerechtsverfügung mitsenden (für Ihre Kinder).
- ☐ Bitte eine Vorlage für die Regelung meines **digitalen Nachlasses** mitsenden.
- ☐ Bitte eine Anleitung zur **Bestattungsvorsorge** mitsenden.
- ☐ Bitte schicken Sie einen Blanko-Auswahlbogen (für 2 Euro) zum Weitergeben mit.
- ☐ Bitte schicken Sie eine Blanko-Version dieser Unterlagen (für 3 Euro) mit.
- ☐ Ich bitte um **eilige Bearbeitung** (möglichst innerhalb von drei Tagen)!

Für diese Leistung wird um eine **Aufwandsentschädigung von 48 Euro** (online unter www.patientensorge.de nur 36 Euro) gebeten. Eine entsprechende Rechnung wird mitgesandt. Bei Fragen können Sie sich per E-Mail an kontakt@patientensorge.de oder telefonisch an 033208 236784 wenden.

Ich bin mit der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten (bis zu zwei Monate) einverstanden. Auch meine hier benannten Bevollmächtigten sind mit der zeitweisen Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten einverstanden:

_____
Datum, Unterschrift

Frank Spade ist Diplom-Sozialwirt, langjähriger Vorsorgeberater und Sterbebegleiter, Humanistischer Berater, ehemaliger Patientenfürsprecher und Mediator. [01.04.2026]