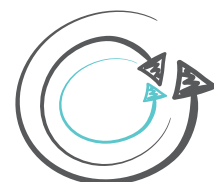




Patient:inneninformation

# Vorsorge ist Fürsorge

Informationen und Materialien zu: **Vorsorgevollmacht** | **Betreuungsverfügung** |  
**Patientenverfügung** | **Organspende** | **Ehegattennotvertretung** | **Rechtliche Betreuung**



Patient:innen  
im Mittelpunkt

# Inhalt

## 5 Vorwort

## 6 Treffen Sie Vorsorge

## 8 Vorsorgevollmacht

9 Formalien

9 Inhalt

11 Erstellung und Aufbewahrung

11 Vordruck einer Vorsorgevollmacht

## 12 Betreuungsverfügung

## 13 Patientenverfügung

13 Formalien

13 Rechtliche Wirkung

13 Inhalt

14 Hilfe bei schweren Entscheidungen

## 15 Organspende

## 16 Ehegattennotvertretung


## 18 Rechtliche Betreuung

## 19 Adressen

## 20 Anlagen (Vordrucke)

 Vorsorgevollmacht

 Patientenverfügung

 Betreuungsverfügung

 Vorsorgeausweis

 Organspendeausweis

## 38 Notizen

## 39 Impressum

Alle Inhalte dieser Broschüre wurden nach bestem Wissen und Gewissen ausgestaltet. Alle Formulare und Mustertexte sind auf den Einzelfall anzupassen. Eine Haftung für die Inhalte und deren Verwendung wird ausgeschlossen. Bitte beachten Sie, dass sich auch die Rechtslage und -auslegung jederzeit ändern kann.



„Ich möchte Ihnen ans Herz legen, sich über die verschiedenen Vorsorgemöglichkeiten zu informieren, um eine Regelung zu finden, die zu Ihnen und Ihrem Leben passt.“

**Prof. Dr. Christian Gerloff**  
Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender

## Vorwort

Liebe Leser:innen,

niemand möchte plötzlich in eine Situation geraten, in der es einem nicht mehr möglich ist, den eigenen Willen klar auszudrücken und die eigenen Wünsche zu äußern. Doch gerade solche Situationen können im Leben – oft unerwartet – eintreten, zum Beispiel infolge eines Unfalls oder einer schweren Krankheit.

Umso wichtiger ist es, sich im Vorfeld darüber Gedanken zu machen, wer einen in einer solchen Situation vertreten und wichtige Entscheidungen treffen soll. Insbesondere Entscheidungen über medizinische Maßnahmen sind hier von hoher Relevanz.

Oft wünschen sich die Menschen, dass ihre Ehepartner:innen oder ihre nahen An- und Zugehörigen dann für sie handeln können. Das geht – von einer für bestimmte medizinische Maßnahmen bestehenden Notvertretung unter Ehegatten abgesehen – jedoch nicht automatisch.

Vielmehr muss man durch geeignete Dokumente sicherstellen, dass die Wunschpersonen diese Aufgabe auch übernehmen können und der eigene Wille angemessen berücksichtigt wird. Hierzu sieht das deutsche Recht verschiedene Möglichkeiten der Vorsorge vor, die wir Ihnen in dieser Broschüre vorstellen.

Ich möchte Ihnen ans Herz legen, sich über die verschiedenen Vorsorgemöglichkeiten zu informieren, um eine Regelung zu finden, die zu Ihnen und Ihrem Leben passt.

Warum Vorsorgeregelungen so wichtig sind, welche Möglichkeiten bestehen und wie man die Dokumente erstellen kann, erfahren Sie auf den nachfolgenden Seiten. Ebenso finden Sie in unserer Broschüre Musterdokumente und Informationen darüber, wer Sie bei der Erstellung dieser Dokumente unterstützen kann.

Ihr

Prof. Dr. Christian Gerloff  
Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender

# Treffen Sie Vorsorge!

Das Gesetz sieht die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung vor, wenn eine volljährige Person aufgrund von Krankheit oder Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht mehr selbst regeln kann. Um ein gerichtliches Betreuungsverfahren zu vermeiden, sollten Sie frühzeitig Vorsorge treffen. Mit einer Vollmacht (zum Beispiel Vorsorgevollmacht) können Sie eine Vertrauensperson bestimmen, die für Sie insbesondere in Fragen der Gesundheitsvorsorge, Vermögensvorsorge und des Aufenthalts (zum Beispiel Unterbringung in einem Pflegeheim) Entscheidungen stellvertretend treffen darf. Eine umfassende Vollmacht kann eine rechtliche Betreuung vermeiden.

Alternativ und/oder zusätzlich zu einer Vollmacht kann eine Betreuungsverfügung erstellt werden. Sie haben mit der Betreuungsverfügung die Möglichkeit, dem Betreuungsgericht eine künftige Betreuungsperson vorzuschlagen. Zudem können Sie Ihre genauen Vorstellungen und Wünsche aufschreiben, wie die Betreuungsperson in Ihrem Sinne handeln soll (siehe Betreuungsverfügung, Anlage ■).

Mit einer Patientenverfügung können Sie Wünsche und Anweisungen festlegen, wie Sie in einer konkreten Situation medizinisch versorgt werden möchten, § 1827 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). So stellen Sie sicher, dass Ihr Selbstbestimmungsrecht auch dann zum Ausdruck kommt, wenn Sie krankheitsbedingt nicht mehr einwilligungsfähig sind. Als nicht mehr einwilligungsfähig gilt eine Person, die nicht mehr in der Lage ist, die Art, Bedeutung und Tragweite ärztlicher Maßnahmen voll zu erfassen, angemessen zu beurteilen und ihre Entscheidung danach zu treffen.

Wir möchten Sie dazu ermutigen, sich über die verschiedenen Vorsorgemöglichkeiten Gedanken zu machen und sich mit einer Vertrauensperson darüber auszutauschen.

## HINWEIS:

Ganz allgemein bestehen folgende Möglichkeiten der Vorsorge für den Fall, dass Sie nicht mehr selbst über Angelegenheiten Ihres Lebens bestimmen können:

- **(Vorsorge-)Vollmacht:** Sie können einer engen Vertrauensperson eine (Vorsorge-)Vollmacht erteilen, damit sie in Ihrem Sinne Entscheidungen treffen kann, die Ihre medizinische Behandlung oder andere rechtliche Belange wie zum Beispiel finanzielle Angelegenheiten betreffen.
- **Betreuungsverfügung:** Sie können durch eine Betreuungsverfügung anregen, dass eine von Ihnen ausgewählte Person vom Gericht als rechtliche:r Betreuer:in bestellt wird.
- **Patientenverfügung:** Sie können mit einer Patientenverfügung festlegen, welche medizinischen Behandlungen Sie zukünftig wünschen oder ablehnen.



# Vorsorgevollmacht

Es ist sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, wenn die betroffene Person (Vollmachtgeber:in) noch uneingeschränkt in der Lage ist, ihre Dinge zu ordnen. Die Vorsorgevollmacht soll erst dann zur Anwendung kommen, wenn die betroffene Person aufgrund schwerwiegender Ereignisse wie zum Beispiel Krankheit keine Entscheidungen treffen kann. Grundsätzlich gilt eine Vorsorgevollmacht **über den Tod hinaus**.

Das Erteilen einer Vorsorgevollmacht setzt ein **besonderes Vertrauensverhältnis** zwischen betroffener Person (Vollmachtgeber:in) und bevollmächtigter Person (Vollmachtnehmer:in) voraus.

## Grundlagen zur Vollmacht:

Jeder **volljährige** geschäftsfähige Mensch kann eine Vollmacht erteilen. Die Vollmacht – auch die Vorsorgevollmacht – wird wirksam, wenn die bevollmächtigte Person über die Vollmacht und deren Inhalt in Kenntnis gesetzt worden ist. Um als bevollmächtigte Person gegenüber Geschäftspartner:innen, Ärzt:innen, Behörden oder gegenüber dem Betreuungsgericht wirksam handeln zu können, benötigt die bevollmächtigte Person das **Original** oder **eine notariell beglaubigte Ausfertigung der Vollmacht**.

## Generalvollmacht und Vorsorgevollmacht:

Grundsätzlich kann einer anderen Person eine umfassende Vollmacht (Generalvollmacht) zur Vertretung bei allen anfallenden vermögensrechtlichen und nichtvermögensrechtlichen Angelegenheiten erteilt werden („...zur **Vertretung in allen rechtlichen Angelegenheiten**“). Hingegen bezieht sich eine Vorsorgevollmacht in der Regel nur auf einzelne Angelegenheiten.



## Praxistipp:

Schon mit dem Erstellen einer Vorsorgevollmacht sollten **Wünsche** formuliert werden, wie im Bedarfsfall gehandelt werden soll. Das können zum Beispiel Wünsche für das ärztliche und medizinische Vorgehen bei sehr schwerer Krankheit (zum Beispiel in einer Patientenverfügung), zum Aufenthaltsort oder finanzielle Angelegenheiten sein. Aus diesen Wünschen folgt – bei entsprechender Formulierung – **eine rechtliche Verpflichtung der bevollmächtigten Person für ihr Handeln**.

## Formalien

- Die Vorsorgevollmacht bedarf grundsätzlich keiner besonderen **Form** durch notarielle Beglaubigung oder Beurkundung. Sie sollte aus Gründen des besseren Nachweises **schriftlich** – handschriftlich oder maschinell – abgefasst und handschriftlich **unterschrieben** sein. Es empfiehlt sich auch, die Vollmacht mit **Datum** zu versehen. Sie können ein entsprechendes Formular benutzen (Anlage ■). Sie sollten darauf achten, dass die Unterschrift den Text der Vollmacht voll abdeckt. Das wird gewährleistet, wenn der Text auf eine Seite oder auf Vorder- und Rückseite eines Blattes begrenzt wird und deutlich wird, dass die Seiten zusammengehören.
- **Geldinstitute erkennen in der Regel Vollmachten nur an, wenn dazu entsprechende Formulare der jeweiligen Institute verwendet werden.**
- Für Immobiliengeschäfte, die Aufnahme von Darlehen und für Handelsgewerberegisterangelegenheiten ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.
- Insbesondere ältere oder erkrankte Menschen sollten die Vollmacht durch einen oder zwei **Zeug:innen** mitunterschreiben lassen, die durch ihre Unterschrift bestätigen, dass der:die Verfasser:in aus ihrer Sicht bei der Abfassung im Vollbesitz seiner:ihrer geistigen Kräfte war. Denn die Vollmacht ist nur wirksam, wenn ihr:e Verfasser:in geschäftsfähig war. Sollten Zeug:innen nicht zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, Ihre Unterschrift durch eine:n Notar:in oder eine andere offizielle Stelle beglaubigen zu lassen.
- Die Vollmacht wird erst **wirksam**, wenn der:die Bevollmächtigte über die Vollmacht und ihren Inhalt informiert worden ist. Um dies nachzuweisen, sollte die Vollmacht von der:dem Bevollmächtigten möglichst mitunterschrieben werden.
- **Händigen Sie die Originalvollmacht nach Ihrer Unterschrift an den:die Bevollmächtigte:n** aus mit der Bitte, diese im (medizinischen) Bedarfsfall den behandelnden Ärzt:innen (zum Beispiel im Krankenhaus) vorzulegen. **Sie können die Vollmacht auch leicht zugänglich für den:die**

## Bevollmächtigte:n verwahren und dem:der Bevollmächtigten eine Kopie überreichen.

- Außerdem ist es ratsam, eine Kopie der Vollmacht oder einen Hinweis auf das Vorhandensein einer Vollmacht unter Angabe des Namens und der Telefonnummer der:s Bevollmächtigten bei sich zu tragen (vgl. Muster eines sog. Vorsorgeausweises (Anlage ■)). Auch sollten Angehörige und/oder Ärzt:innen des Vertrauens (zum Beispiel Hausärzt:in, Hausarzt) über das Vorliegen einer Vollmacht informiert sein.
- Die Vollmacht kann von Ihnen jederzeit **widerrufen** werden, solange Sie geschäftsfähig sind. Fordern Sie in diesem Fall das Vollmachtsexemplar von dem:der Bevollmächtigten zurück!

## Inhalt

Bei der inhaltlichen Fassung einer Vorsorgevollmacht ist Folgendes zu beachten:

- Diese Broschüre enthält eine Mustervollmacht. Durch Ankreuzen können Sie auswählen, für welche Bereiche Sie eine Vertretung wünschen.
- Es ist empfehlenswert, die Vollmacht nicht nur auf die Gesundheitsvorsorge zu beschränken, sondern auch auf das **Aufenthaltsbestimmungsrecht** und **Behördenangelegenheiten** auszuweiten. Vorteil einer umfassenden Vollmacht ist, dass die bevollmächtigte Person damit während Ihres Krankenhausaufenthalts und der Zeit Ihrer Geschäfts- bzw. Einwilligungsunfähigkeit zum Beispiel auch bestimmte notwendige Behördenangelegenheiten regeln kann.
- Sie können auch **mehreren Personen**, etwa Ihren Kindern, eine Vollmacht erteilen. Hier ist eine zusätzliche Regelung des Innenverhältnisses der bevollmächtigten Personen empfehlenswert. Sie sollten darauf achten, dass jede bevollmächtigte Person für sich alleine Entscheidungen treffen darf, ohne die Zustimmung der anderen einholen zu müssen.
- Sie sollten für den Fall, dass die bevollmächtigte Person nicht in der Lage ist, die erteilte Vollmacht auszuüben (z. B. bei Urlaub, Krankheit oder Tod),

eine:n Ersatzbevollmächtigte:n benennen (einzutragen in der Anlage ■ Vorsorgevollmacht unter Nr. 10 „Weitere Regelungen“).

- Sie können in der Vorsorgevollmacht festlegen, dass die bevollmächtigte Person eine Untervollmacht an eine dritte Person erteilen kann (z. B. bei Krankheit oder Urlaub). Es ist ratsam, die Untervollmacht auf einzelne Aufgabenbereiche zu beschränken.
- Sollten Sie zur Erteilung einer Vollmacht an mehrere Personen, zur Ersatzbevollmächtigung und/oder Untervollmacht weitere Fragen haben, nehmen Sie eine weiterführende Beratung in Anspruch (siehe Seite 19).
- Die Vorsorgevollmacht bleibt nach dem Gesetz wirksam, auch wenn der:die Verfasser:in (Vollmachtgeber:in) geschäftsunfähig wird oder stirbt (§ 130 Abs. 2 BGB), wenn nichts anderes vereinbart ist. **Sie sollten trotzdem schriftlich in der Vollmacht festhalten, dass die Vollmacht auch nach Ihrem Tode fortbesteht.** Die bevollmächtigte Person bleibt dann handlungsfähig. Die Nachlassabwicklung kann erleichtert werden, bis die Erben die Geschäfte übernehmen.

## Besonderheiten bei schwerwiegenden Maßnahmen

Bei **bestimmten Maßnahmen**, wie etwa bei besonders schwerwiegenden Eingriffen in Ihre Gesundheit oder Ihre Persönlichkeitsrechte, sieht das Gesetz bestimmte Regelungen vor:

- Bei **besonders schwerwiegenden Eingriffen** im Sinne von § 1829 Abs. 1 BGB **oder schwerwiegenden Entscheidungen** i.S.v. § 1829 Abs. 2 BGB **kann die bevollmächtigte Person bzw. der:die Betreuer:in grundsätzlich für Sie handeln.** In diesem Fall ist aber entweder **Einvernehmen** zwischen ihr und der ärztlichen Seite erforderlich (vgl. § 1829 Abs. 4 BGB) **oder** es muss eine **betreuungsrechtliche Genehmigung** eingeholt werden. Die bevollmächtigte Person bzw. der:die Betreuer:in und der Arzt, die Ärzt:in haben im Rahmen der Entscheidungsfindung grundsätzlich den Willen des:r Betroffenen festzustellen und umzusetzen.

Genehmigungsbedürftige, besonders schwerwiegende Eingriffe sind zum Beispiel Eingriffe am offenen Herzen (auch Bypassoperationen), Transplantationen oder neurochirurgische Eingriffe an Gehirn und Rückenmark, da diese mit besonderen Risiken verbunden sind.

- Bei den in den **§§ 1830 – 1832 BGB** beschriebenen Maßnahmen ist trotz Einvernehmens zwischen Ärzt:in/Arzt und bevollmächtigter Person bzw. Betreuer:in **immer eine Genehmigung des Betreuungsgerichts** erforderlich. Die bevollmächtigte Person bzw. Betreuer:in muss für die Einwilligung, Widerruf oder Ablehnung einer Maßnahme eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen. Erst nach einer Entscheidung bzw. Zustimmung des Betreuungsgerichts kann entsprechend gehandelt werden. Zum Beispiel sind das folgende Maßnahmen:
  - **Unterbringungen, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind** (§ 1831 Abs. 1 BGB – zum Beispiel Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, einem geschlossenen Krankenhaus oder geschlossenem Heim);
  - **Maßnahmen, die einer Freiheitsentziehung gleichkommen** (§ 1831 Abs. 4 BGB – zum Beispiel kurzfristige Fixierungen wie der Verbleib hinter Bettgittern oder kurzfristige Fixierungen mit Gurten (abhängig von Dauer/ Häufigkeit));
  - **Ärztliche Zwangsmaßnahmen:** Maßnahmen, die dem natürlichen Willen des:r Betroffenen widersprechen (§ 1832 BGB – Betroffene:r zeigt zum Beispiel ablehnende Geste oder abwehrendes Verhalten in Bezug auf eine Maßnahme);
  - **Sterilisation einwilligungsunfähiger Erwachsener** (§ 1830 BGB).

## Erstellung

Es gibt zahlreiche Stellen, die bei der Erstellung einer Vollmacht unterstützen, zum Beispiel Betreuungsbehörden oder -vereine. Hilfestellung bei der Anfertigung einer Vollmacht sowie nähere Hinweise und Auskünfte erhalten Sie unter den Anschriften auf Seite 19.

Außerdem können Sie sich an Notar:innen und Rechtsanwält:innen wenden, die Ihnen allerdings ein Honorar in Rechnung stellen werden. Ist ein erhebliches Vermögen vorhanden mit umfangreichem Regelungsbedarf durch den Bevollmächtigten, empfiehlt sich eine ausführliche rechtliche Beratung sowie die Beurkundung der Vollmacht, damit diese auch von Banken, Behörden und Gerichten akzeptiert wird. Für Immobiliengeschäfte, die Aufnahme von Darlehen und für Handelsgewerberegisterangelegenheiten ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.

## Aufbewahrung

Die Vollmacht sollte **sicher aufbewahrt** werden. Sie können die Vollmacht für die bevollmächtigte Person zugänglich aufbewahren oder ihr sogleich übergeben. Wenn Sie die Ausweiskarte (Anlage ■) dieser Broschüre ausfüllen und stets mit sich führen, erleichtern Sie es Außenstehenden, sich über von Ihnen erteilte Vollmachten und andere Vorsorgemaßnahmen zu informieren. Auch besteht die Mög-

lichkeit, Notfallkontakte z. B. auf dem Smartphone zu hinterlegen/einen Notfallpass auszufüllen.

Zudem können Sie Ihre Vorsorgedokumente beim **Zentralen Vorsorgeregister** der Bundesnotarkammer gegen eine **einmalige** Gebühr hinterlegen (Adresse auf Seite 19). Aus diesem Register können **Gerichte und die behandelnden Ärzt:innen** von Vorsorgeverfügungen erfahren. Durch die Eintragung Ihrer Vollmachten und/oder Verfügungen im Register kann eine rechtliche Betreuung oder auch die falsche Annahme des Vorliegens einer Ehegattennotvertretung (siehe Seite 16) vermieden werden. Ein entsprechendes Anmeldeformular erhalten Sie bei der Bundesnotarkammer. Diese Möglichkeit besteht **für jede Vorsorgeverfügung**, also nicht nur für notariell beurkundete Schriftstücke.

## Vordruck einer Vorsorgevollmacht

Diese Broschüre enthält als **Anlage** einen Vordruck des Bundesministeriums der Justiz für eine Vorsorgevollmacht (Anlage ■). Grundsätzlich sind keine Formulierungen zwingend vorgeschrieben. Die Bevollmächtigung selbst und der Umfang sollten aber klar und eindeutig gefasst sein zum Schutz von Vollmachtgeber:innen und Bevollmächtigten. Der Vordruck kann um persönliche Angaben und Hinweise ergänzt werden, solange der Text eindeutig und klar bleibt. Auf eine vorhandene Patientenverfügung sollte in der Vollmacht hingewiesen werden.



# Betreuungsverfügung

Können Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln und liegt keine Vorsorgevollmacht vor, bestimmt das Betreuungsgericht eine:n rechtliche:n Betreuer:in. **Durch eine Betreuungsverfügung können Sie festlegen, welche Person(en) das zuständige Betreuungsgericht als rechtliche:n Betreuer:in auswählen soll** oder aus welchem Personenkreis die rechtliche Betreuung möglichst ausgewählt werden soll, zum Beispiel aus einer sozialen Einrichtung.

Sie können dem Betreuungsgericht auch mitteilen, **wer keinesfalls rechtliche:r Betreuer:in** sein soll.

Sie haben überdies die Möglichkeit, **konkrete Wünsche** niederzulegen, etwa in welchem Pflegeheim Sie leben möchten, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können. Darüber hinaus können Sie dem:der künftigen Betreuer:in Vorstellungen und Wünsche unterbreiten, die er:sie bei der Durchführung der Betreuung zu beachten hat. Bedenken Sie aber, dass die Betreuungsverfügung im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht das gerichtliche Betreuungsverfahren nicht ersetzt. Die Bestellung des:r Betreuer:in ist Sache des Gerichts.

Der Inhalt der Betreuungsverfügung wird vom Betreuungsgericht berücksichtigt, falls die Bestellung eines:r rechtlichen Betreuer:in für Sie erforderlich wird. Damit das Betreuungsgericht rechtzeitig informiert wird, können Sie die Verfügung beim zentralen Register der Bundesnotarkammer registrieren lassen (Adresse auf Seite 19).

Den Vordruck einer Betreuungsverfügung finden Sie in der **Anlage** (siehe Anlage ■). Sie können den Vordruck abändern oder ergänzen, damit der Inhalt Ihren Wünschen entspricht. Die Verfügung ist jederzeit und ohne Begründung widerrufbar.

## Hinweis:

Es ist wichtig, dass Sie Ihre **Wünsche ausdrücklich und möglichst konkret** beschreiben. Denn das Betreuungsgericht prüft, ob die Verfügungen im Sinne der zu betreuenden Person sind. Im Unterschied zu (Vorsorge-)Bevollmächtigten werden rechtliche Betreuer:innen vom Betreuungsgericht überprüft. Diese automatische zusätzliche Kontrollfunktion besteht bei einer Bevollmächtigung (zum Beispiel Vorsorgevollmacht) nicht.



# Patientenverfügung

Viele Menschen wünschen zum Beispiel für die letzte Phase ihres Lebens, dass ihnen Schmerzen erspart bleiben und sie in Würde sterben können. Mit einer Patientenverfügung können Sie Ihren Willen gegenüber Ärzt:innen, Angehörigen, gegenüber einer bevollmächtigten Person oder einem:r rechtlichen Betreuer:in zum Ausdruck bringen.

Patientenverfügungen sind seit Langem von der Rechtsprechung anerkannt und seit dem 1. September 2009 auch gesetzlich geregelt. Nach § 1827 Abs. 1 BGB kann eine Patientenverfügung nur von einem **einwilligungsfähigen Volljährigen schriftlich** abgefasst werden. Die Patientenverfügung muss Aussagen über **bestimmte ärztliche Maßnahmen**, die in **bestimmten Behandlungssituationen** vorgenommen oder unterlassen werden sollen, treffen.

Mit der Patientenverfügung können Sie also im Voraus festlegen, welchem ärztlichen Vorgehen Sie im Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit zustimmen oder welches Sie ablehnen. Damit bleibt Ihr Selbstbestimmungsrecht bestehen. Die getroffene Bestimmung besitzt eine hohe Verbindlichkeit.

## Formalien

Eine Patientenverfügung muss immer schriftlich abgefasst und von Ihnen eigenhändig unterschrieben sein. Dies schreibt das Gesetz vor, weil Sie sehr weitreichende Bestimmungen für Ihr Leben und Ihre Gesundheit treffen. Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos, also auch mündlich, widerrufen werden. Da die Patientenverfügung im Ernstfall den behandelnden Ärzt:innen vorliegen muss, sollten Sie in Ihrem Vorsorgeausweis (siehe Anlage ■) auch auf deren Vorhandensein hinweisen.

**Prüfung der Aktualität:** In gewissen Zeitabständen (zum Beispiel zwei- oder dreijährig) oder vor einem Krankenhausaufenthalt sollten Sie überprüfen, ob Ihr niedergelegter Wille noch fortbesteht. Hierzu genügt ein Vermerk auf der Verfügung mit Datum

und Unterschrift („bestätigt“). Sie können jederzeit eine neue Patientenverfügung abfassen oder die bestehende ändern.

## Rechtliche Wirkung

Die Bestimmungen in einer schriftlichen Patientenverfügung sind verbindlich, **wenn aus der Patientenverfügung Ihr Wille für eine konkret beschriebene Behandlungssituation eindeutig festgestellt werden kann**. Die Verfügung muss dann von allen Beteiligten beachtet werden.

Wenn sich die behandelnden Ärzt:innen und die bevollmächtigte Person oder der:die rechtliche Betreuer:in über das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung des Inhalts der Patientenverfügung nicht einigen können, ist eine Einbindung des Betreuungsgerichts erforderlich.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder bezieht sie sich nicht eindeutig auf eine konkrete Situation, muss auf den mutmaßlichen Willen des:r Betroffenen zurückgegriffen werden. Der mutmaßliche Wille wäre dann anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln, insbesondere anhand früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen und sonstiger persönlicher Wertvorstellungen des Betroffenen. Hierbei geht es darum, ein umfassendes Bild vom:von der Betroffenen zu erhalten, um sich dem tatsächlichen Willen bestmöglich anzunähern. Das kann zum Beispiel durch ein Gespräch mit den Angehörigen erfolgen.

## Inhalt

Bei der Abfassung einer Patientenverfügung sind die Regeln geltender Rechtspraxis zu beachten:

- Sie müssen die gesundheitliche Situation, in der Ihre Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll, möglichst genau („wenn...“) beschreiben.

- Sie müssen Ihre Behandlungswünsche („dann...“) eindeutig auf konkrete medizinische Sachverhalte beziehen.
- Allgemeine Angaben – beispielsweise „am Ende meines Lebens wünsche ich...“ – sind nicht ausreichend!

Die in der **Anlage** enthaltenen Textbausteine des Bundesministeriums der Justiz können Sie bei der Abfassung Ihrer Patientenverfügung unterstützen (siehe Anlage ■). Es ist möglich, die Textbausteine zu verändern oder zu ergänzen. Es kann sehr hilfreich sein, wenn Sie sich dazu von Ärzt:innen oder einer anderen geschulten Person beraten lassen. Darüber hinaus können Sie auch das Onlinetool der Verbraucherzentrale für die Erstellung Ihrer Patientenverfügung verwenden (abrufbar unter: [www.verbraucherzentrale.de/patientenverfuegung-online](http://www.verbraucherzentrale.de/patientenverfuegung-online)).



**Beispiel für eine konkrete Formulierung für den Verzicht auf künstliche Ernährung im Sterbeprozess:** „Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwehrbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.“

Beschreiben Sie in Ihrer Patientenverfügung Ihre ganz konkreten Vorstellungen! Wir empfehlen Ihnen, auch weiterführende Angaben aufzunehmen: beispielsweise Ihre Grundhaltung zu Fragen von Leben und Sterben, was Sie zum Abfassen der Patientenverfügung veranlasst hat und ob Sie bereits vergleichbare gesundheitliche Problematiken selbst oder bei Ihnen nahestehenden Personen erlebt haben und wie Sie durch diese Erlebnisse geprägt wurden.

#### **Ansprechpartner:innen für UKE-Patient:innen zu allen Fragen rund um die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht:**

##### **Sozialdienst**

Telefon: (040) 7410 - 53089  
E-Mail: [j.petereit@uke.de](mailto:j.petereit@uke.de)

##### **Krankenhauseelsorge**

Telefon: (040) 7410 - 57003  
E-Mail: [krankenhauseelsorge@uke.de](mailto:krankenhauseelsorge@uke.de)

##### **Ombudsfrau**

Dr. jur. Monika Hartges  
Telefon: (040) 7410 - 55384  
E-Mail: [ombudspersonen@uke.de](mailto:ombudspersonen@uke.de)

#### **Hilfe bei schweren Entscheidungen**

Bei der Auslegung und Anwendung einer Patientenverfügung kann die Situation eintreten, dass die Beteiligten (Ärzt:innen, Pflegende, Bevollmächtigte, rechtliche Betreuer:innen und Angehörige) zu einer unterschiedlichen Einschätzung über das beste Handeln im Sinne des:der Patienten/Patient:in gelangen. Ist dies der Fall, so besteht im UKE die Möglichkeit, unter Leitung der Klinischen Ethik des UKE eine gemeinsame Beratung durchzuführen.

Angehörige, Bevollmächtigte, rechtliche Betreuer:innen und die Mitglieder des Behandlungsteams können die Beratung der Klinischen Ethik anfordern. Ziel einer **ethischen Fallberatung** ist es, gemeinsam eine ethisch begründete Entscheidung oder Beurteilung der Situation zu finden.

Bitte nutzen Sie bei Bedarf dieses Angebot oder sprechen Sie das Behandlungsteam auf die Möglichkeit einer solchen Beratung an.

##### **Ethische Fallberatung (EFB)**

Telefon: (040) 7410 - 24500  
E-Mail: [kontakt.efb@uke.de](mailto:kontakt.efb@uke.de)

## Organspende

Im Zusammenhang mit Ihrer Patientenverfügung sollten Sie auch darüber nachdenken, wie Sie zur Frage der Organspende stehen. Eine Erklärung, ob Sie einer Organspende zustimmen oder nicht, kann in die Patientenverfügung aufgenommen werden.

Damit Organe nach der Feststellung des Hirntodes gegebenenfalls transplantiert werden können, müssen bestimmte intensivmedizinische Maßnahmen fortgeführt werden. **Falls Sie einer Organspende zugestimmt haben, sollte kein Widerspruch bestehen zwischen Ihren in der Patientenverfügung geäußerten Behandlungswünschen und einer kurzfristigen intensivmedizinischen Weiterbehandlung für die Durchführung einer Organspende.** Für diesen Fall sollten Sie daher festlegen, dass für eine in Frage kommende Organspende eine intensivmedizinische Weiterbehandlung erfolgen darf.

Organspenderausweise erhalten Sie bei vielen Ärzt:innen, Apotheken und der DSO oder in Anlage ■.

#### **Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)**

##### **Theodorhof – Haus P**

Theodorstraße 41  
22761 Hamburg  
Telefon: (040) 8906 - 6888, 8816 - 8451 / - 52  
[www.dso.de](http://www.dso.de)





# Ehegattennotvertretung

Seit dem 01.01.2023 ist es vorgesehen, dass sich Ehegatten in Notsituationen in Gesundheitsangelegenheiten automatisch gegenseitig vertreten können (§ 1358 BGB). Diese Möglichkeit haben auch eingetragene Lebenspartner:innen. Für andere Angehörige wie Geschwister, Freund:innen und Lebensgefährte:innen sieht das Gesetz **keine** automatische Vertretung vor.

Das Notvertretungsrecht kommt nur zur Anwendung, wenn keine anderweitige Vorsorge (zum Beispiel durch Vorsorgevollmacht) getroffen wurde bzw. keine rechtliche Betreuung vorliegt, also kein:e Betreuer:in bestellt wurde.

Wenn ein Ehegatte plötzlich das Bewusstsein verliert oder schwer erkrankt, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall, kann eine **Notsituation** entstehen. Und wenn er in dieser Notsituation auch nicht mehr selbst entscheiden kann und auch keine Vorsorge getroffen hat, darf der andere Ehegatte **bestimmte Entscheidungen ausnahmsweise** treffen. Der andere Ehegatte darf nur in bestimmte ärztliche Maßnahmen einwilligen und Verträge im Krankenhaus für den betroffenen Ehegatten abschließen (§ 1358 Abs. 1 BGB). Andere Maßnahmen, wie zum Beispiel Geldangelegenheiten, darf er:sie hingegen nicht entscheiden. Grundlage für die wirksame Vertretung durch den Ehegatten ist eine **Ärztliche Bescheinigung über den Krankheitszustand und die damit einhergehende Vertretungsbedürftigkeit**. **Wenn der betroffene Ehegatte wieder selbst für sich entscheiden kann, endet die Notvertretung automatisch.**

Insgesamt darf der Ehegatte **höchstens sechs Monate** für den betroffenen Ehegatten entscheiden.

Das Notvertretungsrecht gilt **nicht**:

- für Geschwister, Freund:innen, nicht-eingetragene Lebenspartnerschaften oder andere Vertrauenspersonen;
- bei getrenntlebenden Ehegatten;
- bei anderweitig getroffener Vorsorge (durch Bevollmächtigung oder Betreuung);
- bei Ablehnung der Notvertretung durch einen Ehegatten.



## Hinweis:

Aufgrund der **zeitlichen Begrenzung** des Notvertretungsrechts (maximal sechs Monate) und des eingeschränkten Anwendungsbereichs („bestimmte Gesundheitsangelegenheiten“) empfiehlt es sich, vorher anderweitig Vorsorge zu treffen.

**Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer** (siehe Seite 19): Auch ein Ausschluss/eine Ablehnung des Ehegattennotvertretungsrechts kann im Zentralen Vorsorgeregister vermerkt werden. Näheres hierzu unter: [www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.html](http://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.html).



< BMJ - Broschüren und Infomaterial - Betreuungsrecht dort Seite 57–58 (Stand: 03.01.2024)



# Rechtliche Betreuung

Eine rechtliche Betreuung wird notwendig, wenn eine Person wegen Krankheit oder Behinderung rechtliche Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln kann und vorher keine Vollmacht an eine andere Person erteilt hat (§ 1814 Abs. 1 BGB).

Das Betreuungsgericht prüft die Voraussetzungen für eine rechtliche Betreuung und bestellt eine:n rechtliche:n Betreuer:in für **einzelne Aufgabenbereiche**. Aufgabenbereiche können zum Beispiel die Gesundheits- und/oder Vermögenssorge sein.

Bei Änderungen im Betreuungsbedarf muss das Betreuungsgericht eine erneute Anordnung treffen.

Das Einrichten einer rechtlichen Betreuung ist **zeitlich sehr aufwändig**. Nur wenn ein akuter Handlungsbedarf besteht, gibt es die Möglichkeit, über das Krankenhaus eine rechtliche Betreuung im Eilverfahren beim Gericht anzuregen.

Viele Betreuungen werden ehrenamtlich von Familienangehörigen übernommen. Das Gericht wird geeignete Angehörige oder vorgeschlagene Bekannte grundsätzlich als erstes bei der Auswahl berücksichtigen und einsetzen, wenn diese dazu bereit sind.

Kommt die Betreuung durch Angehörige oder Bekannte nicht in Betracht, wird ein:e **Berufsbetreuer:in** bestellt. Durch das Betreuungsrecht werden dabei strenge Anforderungen an den Zugang zum Betreuer:innenberuf gestellt. Die rechtlichen Betreuer:innen müssen nachweisen, dass sie über die persönliche Eignung und Zuverlässigkeit sowie ausreichende Sachkunde für die Tätigkeit verfügen.

# Adressen

## Ansprechpartner:innen für UKE-Patient:innen und Zugehörige

Wichtigste Ansprechpartner:innen zum Thema Vorsorge sind die behandelnden Ärzt:innen.

Weitere Unterstützung erhalten Sie durch:

### Sozialdienst des UKE

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 53089  
E-Mail: j.petereit@uke.de

### Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik

Dr. Katharina Woellert  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 57260  
E-Mail: k.woellert@uke.de

### Krankenhausseelsorge

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410 - 57003  
E-Mail: krankenhausesorge@uke.de

### Ombudsfrau

Dr. jur. Monika Hartges  
Telefon: (040) 7410 - 55384  
E-Mail: ombudspersonen@uke.de

### Ethische Fallberatung (EFB)

Telefon: (040) 7410 - 24500  
E-Mail: kontakt.efb@uke.de

Einige weitere Adressen:

### Patientenberatung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Weidestraße 122b, 22083 Hamburg  
Telefon: (040) 2022 - 99222  
www.patientenberatung-hamburg.de

### Verbraucherzentrale Hamburg Patientenberatung

Kirchenallee 22, 20099 Hamburg  
Telefon: (040) 2483 - 2130  
www.vzhh.de

Für die Registrierung von Vollmachten und Betreuungsverfügungen:

### Bundesnotarkammer Zentrales Vorsorgeregister

Postfach 080151, 10001 Berlin  
Telefon: (0800) 3550 500  
www.vorsorgeregister.de

### Beratungsstelle Hamburg für rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht

Winterhuder Weg 31, 22085 Hamburg  
Telefon: (040) 428 63 6070  
E-Mail: beratungrechtlichebetreuung@altona.hamburg.de



# Anlagen

In den folgenden Anlagen finden Sie Vorschläge für die Abfassung einer Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung. Sie können die Vorlagen heraustrennen und verwenden, sie ändern oder ergänzen oder auch als Anregung für die Anfertigung eigener Schriftstücke benutzen.

Wir möchten Sie zudem auf folgende Quellen verweisen, wo Sie weitere Vorlagen auf rechtlich aktuellem Stand finden können.

**Bundesministerium der Justiz**  
BMJ - Vorsorge und Betreuungsrecht



[www.bmj.de/DE/themen/vorsorge\\_betreuungsrecht/vorsorge\\_betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmj.de/DE/themen/vorsorge_betreuungsrecht/vorsorge_betreuungsrecht_node.html)

**Freie und Hansestadt Hamburg**  
Hilfen nach dem Betreuungsgesetz



[www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/bezirke/altona/themen/soziales/betreuungsrecht](http://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/bezirke/altona/themen/soziales/betreuungsrecht)

Wir danken dem Ministerium der Justiz für die Verwendung der Textbausteine für Vorlagen in dieser Broschüre (Bitte achten Sie auf den jeweiligen Datumsstand).



## Vorsorgevollmacht

[www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Vorsorgevollmacht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Vorsorgevollmacht.pdf?__blob=publicationFile&v=7)



## Textbausteine Patientenverfügung

[www.bmj.de/DE/service/formulare/form\\_patientenverfuegung/form\\_patientenverfuegung\\_node.html](http://www.bmj.de/DE/service/formulare/form_patientenverfuegung/form_patientenverfuegung_node.html)



## Betreuungsverfügung

[www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Betreuungsverfuegung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Betreuungsverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=5)

## Vollmacht

Quelle: Bundesministerium der Justiz; www.bmj.de  
Stand: Januar 2023

**Ich,**

(Vollmachtgeber:in, Vollmachtgeber)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, E-Mail

**erteile hiermit Vollmacht an**

(bevollmächtigte Person)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

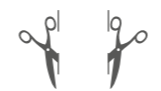
PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder 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.

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



### 1. Gesundheitsvorsorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).  ja  nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzt:innen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzt:innen und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.  ja  nein
- Solange es erforderlich ist, darf sie
  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)  ja  nein
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB)  ja  nein
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB), entscheiden.  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  ja  nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.  ja  nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.  ja  nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.  ja  nein
- \_\_\_\_\_

### 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.  ja  nein
- \_\_\_\_\_

### 4. Vermögensvorsorge

- Sie 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, zurücknehmen, namentlich  ja  nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**)  ja  nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  ja  nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**)  ja  nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**)  ja  nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.  ja  nein
- \_\_\_\_\_
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können: \_\_\_\_\_

#### HINWEIS:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.6 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögensvorsorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die:den Bevollmächtigt:en zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihr:ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

## 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.  ja  nein

## 6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  ja  nein

## 7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.  ja  nein

## 8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer:in zu bestellen.  ja  nein

## 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  ja  nein

## 10. Weitere Regelungen

---

---

---

---

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmer:in/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeber:in/des Vollmachtgebers



## Patientenverfügung

Quelle: Bundesministerium der Justiz; www.bmj.de  
Stand: Juni 2023

Von

Vorname Name

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

Geburtsdatum Telefon

Ich bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

### 1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn...

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt:innen (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines 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.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

## 2. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten. *oder*  dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen. *oder*  wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

*oder*

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

*oder*

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### Wiederbelebung

a) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

*oder*

- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.



- dass eine Notärzt:in, ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.

b) Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab.

*oder*

- lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. *oder*  dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann. *oder*  dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. *oder*  Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. *oder*  keine Antibiotika.

### Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann. *oder*  die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. *oder*  keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

### 3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

---

---

- Beistand durch eine Vertreter:in oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

- hospizlichen Beistand.

### 4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzt:innen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

---

### 5. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzt:innen und/oder dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein:e Vertreter:in – z. B. Bevollmächtigte:r/Betreuer:in – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Vertreter:in (z. B. Bevollmächtigte:r/Betreuer:in) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:



(Alternativen)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.

- meiner/meinem Betreuer:in.

- der behandelnden Ärzt:in, dem behandelnden Arzt.

- anderer Person: \_\_\_\_\_

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzt:innen/ das Behandlungsteam/mein:e Bevollmächtigte:r/Betreuer:in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.

- meiner/meinem Betreuer:in.

- der behandelnden Ärzt:in, dem behandelnden Arzt.

- anderer Person: \_\_\_\_\_

### 6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

#### Bevollmächtigte:r

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der/des Betreuer:in erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuer:in besprochen).

#### Gewünschte:r Betreuer:in

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

## 7. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte: \_\_\_\_\_

## 8. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender:in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann...

(Alternativen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## 9. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

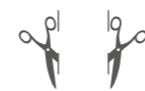
## 10. Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## 11. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch \_\_\_\_\_

und beraten lassen durch \_\_\_\_\_



## 12. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum                                  Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine:n Notar:in bestätigt werden.

## 13. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

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

(Alternativen)

- in vollem Umfang.

oder

- mit folgenden Änderungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum                                  Unterschrift





## Betreuungsverfügung

Ich

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, E-Mail

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

### Zu meinem Betreuer/meiner Betreuer:in soll bestellt werden:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, E-Mail

### Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuer:in bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, E-Mail

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

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax, E-Mail \_\_\_\_\_

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuer:in habe ich folgende Wünsche:

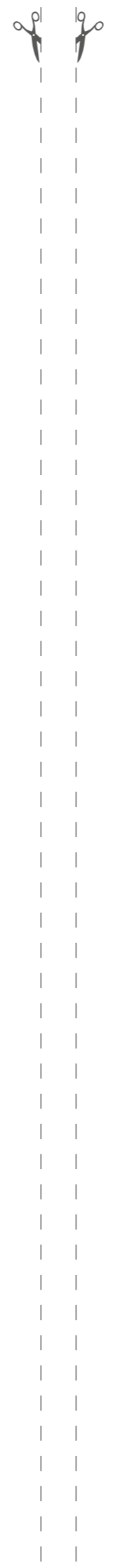
1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Ich habe eine **Betreuungsverfügung** geschrieben.  
Benachrichtigen Sie bitte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vorsorgeausweis**

**Vorsorgeausweis von**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Bitte bewahren Sie diese Karte zusammen mit Ihrem  
Personalausweis auf.

Ich habe eine **Vorsorgevollmacht** geschrieben.  
Bevollmächtigt ist/sind:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Vorsorgeausweis von**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Bitte bewahren Sie diese Karte zusammen mit Ihrem Personalausweis auf.

Ich habe eine **Vorsorgevollmacht** geschrieben.  
Bevollmächtigt ist/sind:

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** geschrieben.  
Benachrichtigen Sie bitte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vorsorgeausweis**



**Organspendeausweis**   
nach § 2 des Transplantationsgesetzes  
**Organspende**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

 **UKE** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf   
**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer **0800 / 90 40 400**.

**Organspendeausweis**   
nach § 2 des Transplantationsgesetzes  
**Organspende**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

 **UKE** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf   
**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer **0800 / 90 40 400**.



**Erklärung zur Organ- und Gewebespende**

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann **folgende Person entscheiden:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

**Erklärung zur Organ- und Gewebespende**

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann **folgende Person entscheiden:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

# Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Impressum

**Herausgeber:** Vorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, 20246 Hamburg | **Verantwortlich:** Dr. Katharina Woellert (Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik) | **Redaktion:** Dr. Holke-Leonie Doench, Dr. Katharina Woellert, Hildegard Emmermann, Laura Lichtenberg, Johannes Petereit | **Gestaltung:** Sabine Wuttke | **Fotos:** Eva Hecht, Axel Kirchhof | **Druck:** Hanse Print & Service GmbH, Holstenhofweg 49, 22043 Hamburg | **Auflage:** 6.000 Exemplare | **Stand:** Januar 2025

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträgern nur mit Genehmigung des Herausgebers.

