



PATIENTENVORSORGE

durch Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung/ Patientenverfügung

Diese Vollmacht ist ausgefüllt von:

Bitte füllen Sie die
Hinweiskarte aus und
nehmen Sie diese zu
Ihren Ausweispapieren.

A large white rectangular area with rounded corners, intended for a note or card. It is positioned on the right side of a green background.

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

durch den Fortschritt in Medizin und Pflege erfahren viele Menschen in unserer Gesellschaft Heilung und Wohlergehen. Dies verdanken wir zum einem einer modernen Medizintechnik als auch der professionellen Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Trotz oder auch gerade wegen dieser Bedingungen entstehen jedoch nicht selten Fragen. So kann manchmal der individuelle Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod einen Kontrast bilden zu den Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen.

Es gibt zu diesem Themenkreis viele Fragen: Kann ich selbst bestimmen, welche Behandlungen an mir vorgenommen werden sollen und welche nicht? Werde ich am Ende meines Lebens in ein Krankenhaus gebracht, obwohl ich zuhause sterben möchte? Gibt es bei einer schweren Demenz den Punkt, wo bestimmte Therapien nicht mehr durchgeführt werden sollen? Wer wird meinen Willen und meine Haltung vorbringen und durchsetzen, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann?

Diese und viele weitere Fragen berühren zutiefst wichtige Lebensthemen. Gestalten Sie diese selbst! Der erklärte Wille eines Menschen, der als Patient in ein Krankenhaus oder als Bewohner in eine Pflegeeinrichtung kommt, ist immer die Grundlage für ärztliches und pflegerisches Handeln. Dieser Wille ist gesetzlich im Jahr 2009 im „Patientenverfügungsgesetz“ (siehe Anhang) bekräftigt worden. Durch das dort aufgeführte Instrumentarium (Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung) kann die Situation bei Einwilligungsunfähigkeit oder am Ende des Lebens individuell vom Patienten bzw. Bewohner gestaltet werden.

Als Ethikkomitee im Katholischen Hospitalverbund Hellweg erleben wir in der Vielfalt der dort vertretenen Berufsgruppen aus unseren Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen immer wieder, wie wichtig eine gute Vorsorgeplanung und deren zielgerichtete Kommunikation ist. Durch diese Broschüre möchten wir dazu einen Beitrag leisten, dass Menschen ihre Wertehaltungen im Voraus beschreiben und damit den Abschnitt in einer schweren Lebenslage nach ihrem Ermessen gestalten können. Aus unserm Leitbild heraus fühlen wir uns ermutigt, die Selbstbestimmung eines jeden Menschen zu fördern und damit der christlichen Menschenwürde Ausdruck zu verleihen.

Uns ist bewusst, dass Autonomie und Selbstbestimmung immer auch mit der Verantwortung gegenüber dem Nächsten zusammengesehen werden muss. Daher wünschen wir uns, dass Sie dieses Dokument auch als Diskussionsgrundlage für Gespräche mit den Ihnen nahestehenden Personen nutzen. Weiterhin empfehlen wir Ihnen, bei der Bearbeitung eine Experten- und Fachmeinung (z.B. Hausarzt) hinzuzuziehen. Wenn Sie letztlich dann noch Ihre Entscheidung transparent kommunizieren, haben Sie eine wichtige und verbindliche Entscheidungsbasis für Ärzte und Pflegepersonal geschaffen. Wir sind überzeugt: Diese Sicherheit wird sich positiv und entlastend für Ihr weiteres Leben, als auch für Ihre Angehörigen und den Ihnen nahestehende Menschen auswirken.

Das Ethikkomitee im Katholischen Hospitalverbund Hellweg

Ich,

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

erteile hiermit Vollmacht als Person/ Personen meines besonderen Vertrauens

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Nachrangig soll diese Vollmacht gelten für

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Die obengenannte/n Person/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch die Erteilung dieser Vollmacht soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung im Falle meiner Einwilligungsunfähigkeit vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte, und soll auch über meinen Tod hinaus in Geltung bleiben. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person/en die Vollmachtsurkunde besitzt/besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann/können.

1. GESUNDHEITSSORGE / PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

BETREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Die o.g. Person (bzw. Personen) darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits-
sorge und einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege entscheiden und ist
befugt, meinen in einer Patientenverfügung (falls vorhanden) geäußerten Willen
durchzusetzen.

JA NEIN

Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes,
in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder
widerrufen. Diese Vollmacht gilt auch, wenn Maßnahmen mit Lebensgefahr ver-
bunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesund-
heitlichen Schaden erleiden oder versterben könnte (§ 1904 Abs. 1 u. 2 BGB).
Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensver-
längernder Maßnahmen erteilen.

JA NEIN

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilli-
gen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal
gegenüber meiner hier angegebenen bevollmächtigten Vertrauensperson von
der Schweigepflicht.

JA NEIN

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906
Abs.1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung
(§1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter,
Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs.
4 BGB) entscheiden.

JA NEIN

2. AUFENTHALTS- UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Miet-
vertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen, sowie meinen Haushalt auf-
lösen.

JA NEIN

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

JA NEIN

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (ehemals
Heimvertrag) abschließen und kündigen.

JA NEIN

3. VERTRETUNG VOR BEHÖRDEN

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern
vertreten.

JA NEIN

4. VERTRETUNG VOR GERICHT

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

JA NEIN

5. POST- UND FERNMELDEVERKEHR

Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

JA NEIN

6. VERMÖGENSSORGE

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:

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- Verbindlichkeiten eingehen
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

JA NEIN

JA NEIN

JA NEIN

JA NEIN

JA NEIN

Anmerkung:

- 1) Für Immobiliengeschäfte, Handelsgewerbe oder bei der Aufnahme eines Verbraucherdarlehens muss die erforderliche Form der Vollmacht (durch Notar/ Urkundsbeamten) beachtet werden.
- 2) Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto-/ Depotvollmacht zurückgreifen.

7. UNTERVOLLMACHTEN

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

8. GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

Die bevollmächtigte Person darf meine Bestattung nach meinen Wünschen regeln.

JA NEIN

9. HINWEIS AUF EINE EXISTIERENDEN PATIENTENVERFÜGUNG

Ich besitze eine Patientenverfügung. Der/die Vorsorgebevollmächtigte(r) hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu achten. Ich habe mit meinem/meiner Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

JA NEIN

Eine Patientenverfügung habe ich nach eingehender Überlegung nicht erstellt. Mein(e) Bevollmächtigte(r) hat das Recht und die Pflicht meinen mutmaßlichen Behandlungswillen festzustellen und diesem Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

JA NEIN

10. GELTUNG ALS BETREUUNGSVERFÜGUNG

BETREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Im Falle einer erforderlichen gesetzlichen Vertretung („rechtliche Betreuung“) sollen der/die oben bezeichnete(n) Person(en) als Betreuer bestellt werden.

JA NEIN

11. WEITERE REGELUNGEN UND FÜR MICH RELEVANTE WICHTIGE ERGÄNZUNGEN

12. UNTERSCHRIFTEN

Bestätigung durch den/die Bevollmächtigten/Bevollmächtigte (nicht zwingend erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers zu orientieren.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Bevollmächtigten

Bestätigung der/ des Vollmachtgeber/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Vollmachtgeber/in

Ich,

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

lege hiermit - gegebenenfalls in Ergänzung zur vorangehenden Vollmachtserklärung - für den Fall, dass ich infolge von Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Zu meinem gesetzlichen Vertreter (Betreuer/ Betreuerin) soll bestellt werden:

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Falls die vorstehende Person nicht zum gesetzlichen Vertreter (Betreuer/ Betreuerin) bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Auf keinen Fall soll zum gesetzlichen Vertreter (Betreuer/ Betreuerin) bestellt werden:

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Zur Wahrung meiner Angelegenheiten durch den gesetzlichen Vertreter (Betreuer/ Betreuerin) habe ich folgende Wünsche:

BETREFFENDES BITTE ANKREUZEN

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der nachfolgenden Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll Beachtung finden.

JA NEIN

2.

3.

Ort, Datum

Unterschrift



Für den Fall, dass ich,

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann – insbesondere am Ende meines Lebens – bestimme ich, dass alle, die mich begleiten, sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren sollen.

1. SITUATIONEN, FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GELTEN SOLL:

• wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. JA NEIN

• wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. JA NEIN

• wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.* JA NEIN

* In Bezug auf die sog. Reichweitenbegrenzung bei „Wachkoma“ oder schwerster Demenzerkrankung kann es zu Gewissenskonflikten mit der katholischen Sichtweise kommen.

• wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankungen), auch mit ausdauernder Hilfestellung, nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.* JA NEIN

* In Bezug auf die sog. Reichweitenbegrenzung bei „Wachkoma“ oder schwerster Demenzerkrankung kann es zu Gewissenskonflikten mit der katholischen Sichtweise kommen.

• Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände, sollen entsprechend mit meinem Bevollmächtigten im o.g. Sinn beurteilt werden. JA NEIN

2. IN ALLEN NUR UNTER NUMMER 1 BESCHRIEBENEN UND ANGEKREUZTEN SITUATIONEN VERLANGE ICH:

BETREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Sollte eine der beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen eingetreten sein, wünsche ich die **Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen**.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege (insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls) sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

JA NEIN

Auf weitere - mit Beschwerden einhergehende - **diagnostische Maßnahmen** soll verzichtet werden (Punktion, CT, etc.)

JA NEIN

Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden. Sollte ein Notarzt hinzugezogen werden, muss dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

JA NEIN

bei einem implantierbaren Kardioverter/ Defibrillator (ICD)

Um mein Sterben nicht sinnlos zu verlängern, erwarte ich das Ausschalten der ICD-Funktion.

JA NEIN

Es soll keine **künstliche Ernährung** durch ärztliche Eingriffe (z.B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise durch Essen gestillt werden, gegebenenfalls mit Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

JA NEIN

Die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit** soll nur zur Beschwerdelinderung erfolgen. Durstgefühl soll auf natürliche Weise durch Trinken gestillt werden, gegebenenfalls mit Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.

JA NEIN

Auf **künstliche Beatmung** soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

JA NEIN

Es soll keine **Dialyse** (künstliche Blutwäsche) durchgeführt werden, bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.

JA NEIN

Es soll keine Behandlung mit **Antibiotika** durchgeführt werden (außer zur Beschwerdelinderung).

JA NEIN

Auf die Gabe von **Blut oder Blutbestandteilen** soll verzichtet werden (außer zur Beschwerdelinderung).

JA NEIN



Verfügung zur **Organspende**

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

JA NEIN

Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.

JA NEIN

• (wenn Ja) Ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/ Gewebe:

• (wenn Ja) Ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

Über Ja oder Nein soll dann folgende Person entscheiden:

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefon / Mobil

Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

Aufenthalt und Begleitung (für die unter 1. beschriebenen Situationen)

BETREFFENDES BITTE ANKREUZEN

• Medizinische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus/ Pflegeeinrichtung/ Hospiz sollen nur dann erfolgen, wenn der dortige Aufenthalt der Beschwerdelinderung dient und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden kann.

JA NEIN

• Wenn möglich, möchte ich in meiner vertrauten Umgebung bleiben können und hier die notwendige Pflege (z.B. durch einen Hospiz- oder ambulanten Palliativdienst) erhalten.

JA NEIN

• Ich möchte nach Möglichkeit seelsorgliche Begleitung erhalten.

JA NEIN

(wenn ja, meine Religion/Konfession: _____)

• Persönliche Ergänzungen zum Aufenthalt und zur Begleitung:

3. ERGÄNZENDE FREIWILLIGE ANGABEN UND UNTERSCHRIFT

Eine ärztliche Aufklärung/Beratung durch eine Fachstelle wird empfohlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Patientenverfügung ist.

Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung fachlich beraten.

JA NEIN

(wenn ja, Kontaktdaten des Arztes oder der Fachstelle für evtl. Rückfragen:

Name	Stempel
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon / Telefax	

Hinterlegung

Ich habe eine Kopie/ Zweitschrift dieser Patientenverfügung an anderer Stelle hinterlegt.

JA NEIN

(wenn ja, wo? _____)

Persönliche Ergänzungen zur Lebensanschauung und Wertvorstellung:**Widerruf**

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Wille befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte/ Betreuer Sorge für dessen Umsetzung trägt.

Wenn aber der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter/ Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den hier festgelegten Verfügungen doch behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

JA NEIN

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit formlos ändern oder widerrufen kann. Bis zu einer Änderung, bzw. zum Widerruf behält diese Patientenverfügung ihre Geltung.

JA NEIN

Wirksamkeit und Verbindlichkeit

Mein schriftlich vorausverfügter Patientenwille soll verbindlich sein, wenn die eingetretene Lebens- und Behandlungssituation in meiner Patientenverfügung konkret beschrieben ist und keine Hinweise auf eine Änderung meines Willens festzustellen sind.

Mir ist bekannt, dass mein mutmaßlicher Wille durch meine(n) Bevollmächtigten und meinen behandelnden Arzt ermittelt werden muss, falls meine Patientenverfügung die eingetretene Situation nicht konkret beschreibt. Zur Feststellung meines Patientenwillens sollen nahe Angehörige und Vertrauenspersonen einbezogen werden, wenn dieses möglich und sinnvoll ist.

Wesentliche Grundlagen für die Feststellung meines Behandlungswillens sind meine Wertvorstellungen und von mir geäußerte Behandlungswünsche.

Mein behandelnder Arzt prüft mögliche Behandlungsmaßnahmen und bespricht diese mit meinem Bevollmächtigten. Auf Grundlage meines festgestellten Patientenwillens hat mein Bevollmächtigter zu entscheiden, ob er der ärztlich vorgeschlagenen Behandlung zustimmt oder diese ablehnt.

Mir ist bekannt, dass das Betreuungsgericht zuständig ist, wenn mein Patientenwille nicht einvernehmlich festgestellt werden kann und die Entscheidung zu einer medizinischen Behandlung nicht ohne Nachteile für mich aufgeschoben werden kann.

Unterschrift des Verfassers

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift

§1896 Voraussetzungen

(1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden.

(4) Die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betreuten und über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten seiner Post werden vom Aufgabenkreis des Betreuers nur dann erfasst, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat.

§1897 Bestellung einer natürlichen Person

(3) Wer zu einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, in welcher der Volljährige untergebracht ist oder wohnt, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden.

(4) Schlägt der Volljährige eine Person vor, die zum Betreuer bestellt werden kann, so ist diesem Vorschlag zu entsprechen, wenn es dem Wohl des Volljährigen nicht zuwiderläuft. Schlägt er vor, eine bestimmte Person nicht zu bestellen, so soll hierauf Rücksicht genommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Vorschläge, die der Volljährige vor dem Betreuungsverfahren gemacht hat, es sei denn, dass er an diesen Vorschlägen erkennbar nicht festhalten will.

§1901 Umfang der Betreuung, Pflichten des Betreuers

(1) Die Betreuung umfasst alle Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe der folgenden Vorschriften rechtlich zu besorgen.

(2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

(3) Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zumutbar ist. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.

(4) Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Wird die Betreuung berufsmäßig geführt, hat der Betreuer in geeigneten Fällen auf Anordnung des Gerichts zu Beginn der Betreuung einen Betreuungsplan zu erstellen. In dem Betreuungsplan sind die Ziele der Betreuung und die zu ihrer Erreichung zu ergreifenden Maßnahmen darzustellen.

(5) Werden dem Betreuer Umstände bekannt, die eine Aufhebung der Betreuung ermöglichen, so hat er dies dem Betreuungsgericht mitzuteilen. Gleiches gilt für Umstände, die eine Einschränkung des Aufgabenkreises ermöglichen oder dessen Erweiterung, die Bestellung eines weiteren Betreuers oder die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts (§ 1903) erfordern.

§1901a 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) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

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

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

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

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

§1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§1901c Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht

Wer ein Schriftstück besitzt, in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat, hat es unverzüglich an das Betreuungsgericht abzuliefern, nachdem er von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers Kenntnis erlangt hat. Ebenso hat der Besitzer das Betreuungsgericht über Schrift-

stücke, in denen der Betroffene eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, zu unterrichten. Das Betreuungsgericht kann die Vorlage einer Abschrift verlangen.

§1902 Vertretung des Betreuten

In seinem Aufgabenkreis vertritt der Betreuer den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich.

§1903 Einwilligungsvorbehalt

(1) Soweit dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, ordnet das Betreuungsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (Einwilligungsvorbehalt). Die §§ 108 bis 113, 131 Abs. 2 und § 210 gelten entsprechend.

(2) Ein Einwilligungsvorbehalt kann sich nicht erstrecken auf Willenserklärungen, die auf Eingehung einer Ehe oder Begründung einer Lebenspartnerschaft gerichtet sind, auf Verfügungen von Todes wegen und auf Willenserklärungen, zu denen ein beschränkt Geschäftsfähiger nach den Vorschriften des Buches vier und fünf nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters bedarf.

(3) Ist ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet, so bedarf der Betreute dennoch nicht der Einwilligung seines Betreuers, wenn die Willenserklärung dem Betreuten lediglich einen rechtlichen Vorteil bringt. Soweit das Gericht nichts anderes anordnet, gilt dies auch, wenn die Willenserklärung eine geringfügige Angelegenheit des täglichen Lebens betrifft.

(4) § 1901 Abs. 5 gilt entsprechend.

§1904 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 § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

§1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden

ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

- auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
- zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

- der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
- zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
- die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
- der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
- der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. § 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

KONTAKT

Ethikberatung

im Katholischen Hospitalverbund Hellweg

Telefon 02303 / 100-2624

ethik@hospitalverbund.de

www.hospitalverbund.de

WO SIE UNS FINDEN

Katharinen-Hospital Unna

Obere Husemannstraße 2 • 59423 Unna

Sozialdienst Tel. 02303 / 100-2750

Mariannen-Hospital Werl

Unnaer Straße 15 • 59457 Werl

Sozialdienst Tel. 02922 / 801-2701

Marienkrankehaus Soest

Widumgasse 5 • 59494 Soest

Sozialdienst Tel. 02921 / 391-1700

St. Bonifatius Wohn- und Pflegeheim Unna

Mühlenstraße 7 • 59423 Unna

Sozialdienst Tel. 02303 / 25694-24

St. Elisabeth Wohn- und Pflegeheim Körbecke

Hospitalstraße 1 • 59519 Möhnensee-Körbecke

Sozialdienst Tel. 02924 / 8711-556

Heilig-Geist-Hospiz Unna

Klosterstr. 77 • 59423 Unna

Sozialdienst Tel. 02303 / 98660-0

Wir gehören zum Katholischen Hospitalverbund Hellweg, weitere Informationen finden Sie unter www.hospitalverbund.de



**KATHOLISCHER
HOSPITALVERBUND
HELLWEG**