



Update Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – ab dem 18. Lebensjahr ein Thema für jeden

Dr. Georg Schiffner

FA für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin

Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen gem. e. V.

30 Minuten plus

08.01.2025

Wilhelmsburger Krankenhaus „Gross-Sand“



Ökumenisches, bundesweites Netzwerk unterschiedlicher Berufe im Gesundheitswesen



verbindet seit 1986 Christen
im Umfeld des Gesundheitswesens –
in regionaler und bundesweiter **Vernetzung**



Foren zu **berufsbezogenem Austausch**
und Gebet in unterschiedlichen Regionen

Fachseminare und **Fachgruppen**

Angebote für Patienten wie
Seminare für Kranke und Angehörige,
ökumenische Patientengottesdienste



Christliche **Gesundheitskongresse**

ChrisCare – Magazin für Spiritualität und Gesundheit

Fachstelle für Gesundheitsfragen
in Kirchengemeinden



www.cig-online.de

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung



- 1. Gesetzliche Grundlagen**
2. Ärztliche Erfahrungen
und Patienten-Beispiele
3. Eine christliche Perspektive

Große Bedeutung von Vorausverfügungen



Die **Wahrscheinlichkeit**, dass ich irgendwann im Verlaufe meines Lebens **nicht mehr mit ausreichender Einwilligungsfähigkeit** über indizierte medizinische Maßnahmen entscheiden kann, **ist groß** – insbesondere im hohen Alter z.B. aufgrund einer Demenz (Risiko 30 – 50% bei Alter > 90 J.) oder anderen schweren Hirnerkrankung (z.B. Schlaganfall).

Deshalb sind **Vorausverfügungen in Zeiten der vollen Geschäftsfähigkeit sinnvoll und sehr zu empfehlen.**

2009 ist mit dem „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ der Umgang mit Patientenverfügungen gesetzlich geregelt worden. Ab 2023 ist ein reformierte Betreuungsrecht in Kraft, welches u.a. die Qualität der rechtlichen Betreuung verbessern soll.

Medizin und Selbstbestimmungsrecht des Patienten



Bei pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Maßnahmen bedarf es grundsätzlich der **Einwilligung des Patienten**.

Solange ein Mensch ausreichend bewussteinklar und einwilligungsfähig erscheint, lassen sich – in der Regel im direkten Gespräch – **Notwendigkeit, Chancen und Risiken einer Behandlung** klären.

Behandelnde Fachkräfte sind **an die diesbezüglich geäußerte Willensbekundung des Patienten gebunden**.

Nur für den Fall einer **nicht bestehenden Einwilligungsfähigkeit** – z.B. Bewusstlosigkeit oder Verwirrtheit – bedarf es einer rechtskräftigen Entscheidungsgrundlage anderer Art, die grundsätzlich über **fünf Wege** geschieht:

1. Notfall ohne erkennbaren Patientenwillen



Es liegt eine **unmittelbare Lebensbedrohung** vor ohne ausreichende aktuell verfügbare Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten.

Hier sind Ärzte und Pflegende gehalten, das fachlich indizierte **Vorgehen zur Lebenserhaltung** vorzunehmen.



2. Patientenverfügung

In einer „**Patientenverfügung**“ kann jeder Mensch für den Fall seiner Einwilligungs-Unfähigkeit benennen, **welche konkreten Maßnahmen er wünscht oder ablehnt**.

Grundsätzlich sind Pflegende und Ärzte an diese Vorausverfügungen gebunden, soweit sie

- eindeutig die aktuelle Situation betreffen,
- sich auf eine ärztliche Indikation beziehen,
- nicht gegen geltendes Recht verstoßen (z.B. keine aktive Sterbehilfe),
- es keinen Anhalt dafür gibt, dass der Patient in der Zwischenzeit seine Meinung geändert hat.

Typischerweise werden hier **Begrenzungen medizinischer Maßnahmen** genannt wie „keine künstliche Ernährung“, „keine maschinelle Beatmung“, „keine lebensverlängernden Maßnahmen“...

3. Vorsorgevollmacht



In einer „**Vorsorgevollmacht**“ benennt ein Mensch eine oder mehrere **Personen seines besonderen Vertrauens**, die im Falle seiner Unfähigkeit zur Willensäußerung ihn **bevollmächtigt vertreten**.

Diese **im privatrechtlichen Raum schriftlich niederzulegende Entscheidung** hat große Bedeutung und kann *die entscheidende Hilfe* sein in schwierigen Entscheidungsprozessen krisenhafter Gesundheitssituationen.

Denn was wir als Pflegende und Ärzte am Krankenbett mehr noch brauchen als Schriftformulare sind **nahestehende Menschen**, die bereit sind, mit Verantwortung zu übernehmen.

Dies stellt in der Tat **Ansprüche an die Auswahl der Bevollmächtigten**.
(*Unser Leben sollte es wert sein, dass wir uns gerade in den schwächsten Momenten auf Menschen verlassen dürfen, die ihre Fürsorge zugesagt haben!*)

4. Gesetzliche Betreuung



Das **Amtsgericht** setzt eine „gesetzliche Betreuung“ ein **für nicht einwilligungsfähige Patienten, die keine Vertrauensperson bevollmächtigt haben.**

Über Anregung der behandelnden Ärzte, Pflegenden oder anderer beteiligter Personen entscheidet das Amtsgericht, wer anstelle des Patienten rechtswirksame Entscheidungen treffen soll, möglichst Angehörige oder nahestehende Personen, die sich hierzu bereit erklären und geeignet erscheinen.

Im Sinne einer „**Betreuungsverfügung**“ kann jeder Volljährige zu Zeiten der Geschäftsfähigkeit diesbzgl. eine Vorausverfügung treffen.

4. Gesetzliche Betreuung



Wenn im persönlichen Umfeld keiner geeigneten Person eine gesetzliche Betreuung übertragen werden kann, werden vom Amtsgericht meist Mitarbeiter eines **Betreuungsbüros** beauftragt

Diese sind in der Regel für viele gesetzliche Betreuungen zuständig, **ohne in einer persönlich gewachsenen Beziehung zum Patienten zu stehen.**

Das neue Betreuungsrecht hat ab 1.1.2023 verschiedene Maßnahmen zur **Verbesserung der Qualität rechtlicher Betreuungen** wie der weitestgehenden Selbstbestimmung der unterstützungsbedürftigen Person verfügt (u.a. die Pflicht zur persönlichen Betreuung durch eine Kontakt- und Besprechungspflicht, eine Auskunftspflicht des Betreuers gegenüber nahestehenden Angehörigen und Vertrauenspersonen des Betreuten, Hinwirkung auf eine gesundheitliche Rehabilitation mit Wiedererlangung der rechtlichen Handlungsfähigkeit).

Die Arbeit der gesetzlichen Betreuer wird **vom Amtsgericht überwacht.**



5. Notvertretungsrecht für Eheleute

Ab dem 1.1.2023 ist im **neuen Betreuungsrecht** gesetzlich ein Notvertretungsrecht für Eheleute und eingetragene Lebenspartner geregelt (§ 1358 BGB):

In **Akut- oder Notsituationen** können Ehegatten zeitlich begrenzt den handlungsunfähigen Ehegatten in einer Krankheitssituation vertreten – ähnlich wie bei einer Vorsorgevollmacht.

Dieses Vertretungsrecht ist auf die **Angelegenheiten der Gesundheitssorge** und damit eng zusammenhängenden Angelegenheiten begrenzt (z.B. Behandlungsverträge, eilige Reha- oder Pflegemaßnahmen, Schadenersatz)

Es setzt voraus, dass **der behandelnde Arzt bestätigt** hat, dass der vertretende Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder einer Krankheit diese Angelegenheiten rechtlich nicht besorgen kann und gilt nur für diesen Zeitraum bis max. 6 Monate.

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung



1. Gesetzliche Grundlagen
- 2. Ärztliche Erfahrungen
und Patienten-Beispiele**
3. Eine christliche Perspektive



Patientenbeispiel 1

90 j. Herr D. kommt zur geriatrischen Frührehabilitation

Z.n. Hirnblutung aufgrund eines häuslichen Sturzes mit zunehmender Halbseitenlähmung, schwerer Schluckstörung, epileptischem Krampfanfall

Entlastungsoperation der Hirnblutung

Postoperative Verwirrtheit, Pat. anhaltend nicht geschäftsfähig oder einwilligungsfähig

Aufgrund ausgeprägter Schluckstörung Anlage einer PEG notwendig zur Ernährung und Gabe der Antiepileptika

Patientenverfügung Beispiel 1

Achtung: großer Interpretationsbedarf



„Ich versichere, dass ich im Fall eines
unheilbaren Leidens
nicht mit „künstlichen Mitteln“ am Leben
erhalten werden will.

Sofern keine vernünftige Aussicht auf meine
Gesundung
von körperlicher oder geistiger Krankheit
oder von einer Schädigung besteht,
von der angenommen werden muss,
dass sie mir **schweres Leiden** verursachen
oder mir bewusstes Existieren unmöglich
werden lässt,
fordere ich, dass man mich sterben lässt
und mich nicht durch **künstliche Mittel** am
Leben erhält.“

Patientenbeispiel 1



Patient äußert auf direkte Nachfrage, dass er weiter leben wolle und mit einer PEG einverstanden sei, kann aber in die PEG-Anlage nicht rechtswirksam einwilligen.

Sohn ist bevollmächtigt, fühlt sich an die Patientenverfügung gebunden und lehnt deshalb PEG ab.

Wie ist die ethisch „richtige“ Entscheidung zu finden?

Patientenbeispiel 1



Wiederholte Gespräche zwischen Behandlungsteam und Angehörigen

Im Beisein des Sohnes wird der Pat. nochmals nach seinem Lebenswillen gefragt – Sohn interpretiert danach die Patientenverfügung anders und stimmt einer PEG zu.

Trotz Halbseitenlähmung, Schluckstörung und Verwirrtheit macht der Patient Fortschritte in der Frührehabilitation.

Herr D. kann mit intensiver pflegerischer Betreuung und ambulanter Fortsetzung der rehabilitativen Therapien in seine Wohnung zurück entlassen werden. Der Sohn wohnt mit seiner Familie in direkter Nachbarschaft.

Patientenverfügung Beispiel 1

Achtung: großer Interpretationsbedarf



„Ich versichere, dass ich im Fall eines
unheilbaren Leidens
nicht mit „künstlichen Mitteln“ am Leben
erhalten werden will.

Sofern keine vernünftige Aussicht auf meine
Gesundung
von körperlicher oder geistiger Krankheit
oder von einer Schädigung besteht,
von der angenommen werden muss,
dass sie mir **schweres Leiden** verursachen
oder mir bewusstes Existieren unmöglich
werden lässt,
fordere ich, dass man mich sterben lässt
und mich nicht durch **künstliche Mittel** am
Leben erhält.“

Patientenbeispiel 2



Frau K., 87 Jahre, Patientin im Geriatrie-Zentrum, zugewiesen zum Versuch einer geriatrischen Frührehabilitation

Diagnosen:

Hirnblutung nach Sturz mit Halbseitenlähmung links und Krampfanfällen

Z.n. Schlaganfall 2004 mit bereits vorbestehender Teillähmung der linken Körperhälfte

Ethische Frage:

Aktuell keine Reha-Fähigkeit, stark eingeschränkte Prognose, eingetrübtes Bewusstsein (Somnolenz), aber keine Sterbephase

Keine Patientenverfügung, keine Vorsorgevollmacht vorhanden

Lebenserhaltende Maßnahmen / i.v.-Ernährung fortsetzen?

Patientenbeispiel 2



Wiederholte Gespräche zwischen Behandlungsteam und Angehörigen:

Die Angehörigen schildern glaubhaft die Lebensgrundeinstellung der Patientin anhand verschiedener Gespräche, die sie nach dem ersten Schlaganfall und vor der aktuellen Hirnblutung mit ihr geführt hatten.

Daraus geht für uns als Behandlungsteam ausreichend klar der mutmaßliche Wille der Patientin hervor, in der konkreten aktuellen Situation keine lebenserhaltenden weiteren Maßnahmen zu wünschen.

Frau D. wird palliativmedizinisch, pflegerisch und seelsorgerlich auf unserer Palliativstation begleitet unter Einbeziehung der Angehörigen und verstirbt friedlich nach wenigen Tagen.

Patientenverfügung Beispiel 2

hätte auch Anhalt für mutmaßlichen Willen sein können,
aber ebenfalls Interpretationsbedarf



Lebenserhaltende Maßnahmen sollen unterbleiben, wenn:

„ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde,

ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

zwei Fachärzte unabhängig von einander bestätigt haben, dass aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form künstlicher Ernährung zu mir nehmen kann.“

Ethik der ärztlichen Begleitung Schwerstkranker und Sterbender



BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Vorwort

Seit 1979 veröffentlicht die Bundesärztekammer Richtlinien, später Grundsätze genannt, zur ärztlichen Sterbebegleitung. Diese werden entsprechend den Entwicklungen in der Medizin (z. B. Palliativmedizin) und in der Rechtsprechung in unregelmäßigen Abständen überarbeitet. Nach dem Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz, das u. a. die Patientenverfügung und das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens geregelt hat, ist die Anpassung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 notwendig geworden. Dabei galt es auch, die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, insbesondere nach dem Urteil vom 25. Juni 2010 zur Sterbeminute, zu berücksichtigen.

Die ursprüngliche Struktur der Grundsätze wurde beibehalten. Den einzelnen Abschnitten ist eine Präambel mit wesentlichen Aussagen vorangestellt, die die Basis für die verschiedenen speziellen Abschnitte bildet. Nach der Berufsordnung haben Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden Beistand zu leisten. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist hingegen keine ärztliche Aufgabe. Das wird in der Präambel ausdrücklich klargestellt. Diese eindeutige Aussage bekräftigt die Grundaussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung. Sie tritt an die Stelle der bisherigen Feststellung, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten dem ärztlichen Ethos widerspricht. Damit werden die verschiedenen und unterschiedlichen individuellen Moravorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt, ohne die Grundaussagen und die grundsätzlichen Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung in Frage zu stellen.

Der Abschnitt I wurde an die geltende Rechtslage angepasst. Der Abschnitt II blieb im Wesentlichen unverändert. Der Teil, der sich mit der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen befasst, wurde in einem gesonderten Abschnitt neu gefasst (Abschnitt IV). Neu strukturiert wurde der Abschnitt III zur Behandlung bei schwerster ärztlicher Schädigung. Der Abschnitt IV zur Ermittlung des Patientenwillens wurde den neuen gesetzlichen Regelungen angepasst. Der letzte Abschnitt zu den vorsorglichen Willensbekundungen des Patienten enthält im Wesentlichen die zusammengefassten Kernaussagen aus den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis.

Diese Grundsätze sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden geben, auch wenn sie die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen können. Wir sind uns der großen Verantwortung bewusst, die Ärztinnen und Ärzte bei der Sterbebegleitung tragen, und hoffen, dass diese Grundsätze dazu beitragen, das Vertrauen, das Patientinnen und Patienten ihren Ärztinnen und Ärzten entgegenbringen, gestärkt wird.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztebundes

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschewürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Unbehagen sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfähigkeit soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Ein offensichtlicher Sterbeprozess soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf der Sterbende durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer geeigneten medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Unstöße des Einzelbegriffs getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Verlesungen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen, die dem Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverlängerung in Kauf genommen werden darf.

Die Unterbrechung des Sterbeprozesses über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt soll auch Angehörige des Patienten und dessen anstehende Person informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungszieles dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und kognitiven Funktionsstörungen haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen.

Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I. und II. beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Zudem sind in Bezug auf eine Änderung des Behandlungszieles zwei Gruppen von Patienten zu unterscheiden: von Lebensbeginn an nichtentscheidungsfähige Menschen sowie Menschen, die im Laufe des Lebens die Fähigkeit, ihren Willen zu bilden oder zu ändern, verloren haben. Eine Änderung des Behandlungszieles mit dem Patientenverweigerer zu beschreiben. Dies ist bei der ersten Gruppe das Wohl des Patienten, bei der zweiten Gruppe der zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille zu achten (vgl. Abschnitt IV. bis VI.).

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen. Die Behandlungsziele, die Indikation der daraus abgeleiteten Maßnahmen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und der mögliche Patientenwille müssen dabei im Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter erörtert werden.

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessenen aufzuklären und zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit dem aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei nichtentscheidungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgebend. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie er der Patient selbst genau hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzerrung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehleinschätzung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden.

Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, hat der Arzt im Regelfall das Betreuungsgericht zu informieren und die Bestellung eines Betreuers anzuregen, welcher dann über die Einwilligung in die ausstehenden ärztlichen Maßnahmen entscheidet.

Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI. 2.), hat der Arzt das Patientenverfügung anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzerrung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dieses Willens zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.

In Notfallmaßnahmen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Unstöße keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuweisen, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem Patientenwillen entspricht, die medizinisch indizierte Behandlung zu erhalten. Im weiteren Verlauf gehen die oben dargestellten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallindikation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getrennt. Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einreichung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen.

V. Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen gelten für die ärztliche Sterbebegleitung die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. Es ergeben sich aber Besonderheiten aufgrund des Alters bzw. der Minderjährigkeit dieser Patienten.

Für Kinder und Jugendliche sind die Sorgerechtsbescheide, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten

zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen als Sorgerechtsbescheide und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufzuklären und darin einwilligen.

Bei Verengungen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselerkrankungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach harter Diagnose und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder beendet werden. Gleiches gilt für extreme unreife Kinder, deren unumkehrbares Sterben absehbar ist, und für Neugeborene, die schwere zerebrale Schädigungen erlitten haben.

Wie bei Erwachsenen ist der Arzt auch bei diesen Patienten zu lebensdienlicher Behandlung und Zuwendung verpflichtet. Der Arzt soll die Sorgerechtsbescheide bei ihrer Entscheidung über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen zur Behandlung eines schwerstkranken Kindes oder Jugendlichen befragen und sie dabei unterstützen, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Gegen den Willen der Sorgerechtsbescheide darf er – außer in Notfällen – keine ärztlichen Maßnahmen beginnen oder fortsetzen. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass durch das Verhalten der Sorgerechtsbescheide das Wohl des Kindes gefährdet wird, soll er sich an das Familiengericht wenden.

Schwerkranke und sterbende Kinder oder Jugendliche sind wahrheits- und altersgemäß zu informieren. Sie sollen regelmäßig und ihrem Entwicklungsstand entsprechend in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden, soweit dies von ihnen gewünscht wird. Dabei ist anzumerken, dass schwerkranke Kinder und Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess durchlaufen. Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergehenden Behandlungen und deren Folgen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen, die bei der Entscheidungsfähigkeit berücksichtigt werden muss.

Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht ihm ein Verzicht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgerechtsbescheide einwilligen. Davon wird ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen.

Bei bedeutsamen oder risikoreichen ärztlichen Maßnahmen ist neben der Zustimmung des minderjährigen Patienten auch die Einwilligung der Sorgerechtsbescheide erforderlich. Ein Meinungsverschiedenheit zwischen Sorgerechtsbescheide und dem mit dem Minderjährigen für eine solche Entscheidung über die medizinische Betreuung oder Behandlung nicht ausgenutzt werden, muss eine familiengerichtliche (EG)-Entscheidung eingeholt werden.

VI. Vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten

Die Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer haben Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis erarbeitet.*

1. Bestellung einer Vertrauensperson

Die Auswahl und die Bestellung einer Vertrauensperson können in unterschiedlicher Weise erfolgen:

Mit der Vorsorgevollmacht bestellt der Patient selbst einen Vertreter (Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten). Das Betreuungsgericht muss in diesen Fällen keinen Vertreter (Betreuer) bestellen. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten kann die Vertrauensperson sofort tätig werden. Eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten muss vom Patienten eigenhändig unterschrieben sein und ärztliche Maßnahmen ausdrücklich umfassen. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit einer Vollmacht, soll sich der Arzt an das zuständige Betreuungsgericht wenden.

In einer Betreuungsverfügung schlägt der Patient dem Gericht eine Person vor, die als Betreuer bestellt werden soll. Die Bestellung zum Betreuer erfolgt durch das Betreuungsgericht, sofern der Patient seine Angelegenheiten nicht (mehr) selbst zu besorgen vermag. Das Gericht prüft dabei auch, ob der Vorschlag dem aktuellen Willen des Patienten entspricht sowie die vorgeschlagene Person als Betreuer geeignet ist, und legt den Aufgabenkreis fest. Die vorgeschlagene Person kann erst nach ihrer Bestellung zum Betreuer für den Patienten handeln.

2. Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung

Der Arzt und der Vertreter haben stets den Willen des Patienten zu achten. Der aktuelle Wille des einwilligungsfähigen Patienten hat immer Vorrang; dies gilt auch dann, wenn der Patient einen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) hat. Auf frühere Willensbekundungen kommt es deshalb nur an, wenn sich der Patient nicht mehr äußern oder sich zwar äußern kann, aber nicht einwilligungsfähig ist. Dann ist die frühere Willensbekundung ein Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen.

Seit der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung durch das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2009 sind folgende Formen von vorsorglichen Willensbekundungen zu unterscheiden:

Der Patient kann eine Patientenverfügung verfassen. Das Gesetz (§ 1901a Abs. 1 BGB) versteht darunter eine vorsorgliche Erklärung des Patienten, mit der er selbst in bestimmte ärztliche Maßnahmen, die nicht unmittelbar bevorstehen, sondern erst in Zukunft erforderlich werden können, im Vorhinein einwilligt oder diese untersagt. Sie muss dabei konkrete Festlegungen für bestimmte beschriebene Situationen enthalten. Diese Erklärung ist für andere verbindlich. Eine Patientenverfügung setzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten voraus; sie bedarf der Schriftform.

Außer Form der vorsorglichen Willensbekundung eines Patienten (z. B. mündliche Erklärungen) sind dabei keine Patientenverfügungen im Sinne des Gesetzes; sie sind aber als Behandlungswünsche oder als Indizien für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu beachten. Der Vertreter hat diese in den Behandlungsprozess einzuordnen und auf dieser Grundlage ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen.

Es nicht über die Präferenzen des Patienten bekannt, darf der Vertreter davon ausgehen, dass der Patient den ärztlich indizierten Maßnahmen zustimmen würde.

Berlin, den 21. Januar 2011

Vertrauen und Vorsorgevollmacht



Verantwortungsübernahme durch vertrauenswürdige und (frühzeitig) **bevollmächtigte Angehörige**

ist durch nichts zu ersetzen – auch nicht durch eine noch so „ausgefeilte“ Patientenverfügung.

Ab dem **18. Lebensjahr** ist die Erteilung einer **Vorsorgevollmacht** an eine Vertrauensperson sinnvoll - möglichst mit **Gesprächen** über die eigenen Wertevorstellungen zu Leben, Leiden und Sterben.

Textbeispiel einer Vorsorgevollmacht

Broschüre „Ich Sorge vor“, www.hamburg.de/betreuungsrecht,
S. 32 – 34, Stand Jan. 2023



Klara Mustermann
Beispielsweg 1
20000 Hamburg

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich, Klara Mustermann, geb. am 10.10.1940,
meinem Sohn Herrn Ernst Mustermann, geb. am 01.01.1960
in Hamburg, wohnhaft: Ort, Straße, Telefon
Vollmacht mich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges zu
vertreten, in denen eine Vertretung rechtlich zulässig ist.

Diese Vollmacht ist in vollem Umfang sofort wirksam. Sie bleibt auch im
Falle einer etwaigen Geschäftsunfähigkeit wirksam. Diese Vollmacht
soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf alle Angelegenheiten der
Personensorge, insbesondere der Gesundheitssorge.

Textbeispiel einer Vorsorgevollmacht

Broschüre „Ich Sorge vor“, www.hamburg.de/betreuungsrecht,
S. 32 – 34, Stand Jan. 2023



Ich entbinde alle Ärzte und Pflegepersonen gegenüber dem Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf für mich auch in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen oder für mich ablehnen.

Dies gilt auch für besonders risikoreiche Eingriffe, bei denen die Gefahr besteht, dass ich dadurch sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Die Einwilligung in solche Maßnahmen, deren Widerruf oder ihre Ablehnung bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die bevollmächtigte Person und die behandelnden Ärzt:innen sich nicht einig sind, ob die Maßnahme oder ihre Ablehnung meinem Willen entspricht. (§1829 BGB).

Textbeispiel einer Vorsorgevollmacht

Broschüre „Ich Sorge vor“, www.hamburg.de/betreuungsrecht,
S. 32 – 34, Stand Jan. 2023



Die bevollmächtigte Person ist ebenfalls berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen und insbesondere auch über eine notwendig werdende Einweisung bzw. dauernde oder zeitweise Unterbringung in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim mit Freiheitsentziehung zu entscheiden.

Er ist ebenfalls befugt in unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z. B. das Anbringen von Bettgittern bzw. Bauchgurten oder die medikamentöse Ruhigstellung, sowie in ärztliche Zwangsmaßnahmen bei stationärem Aufenthalt einzuwilligen.

Für die Einwilligung in diese Maßnahmen, die in den §§ 1831 und 1832 BGB geregelt sind, ist die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen.

Textbeispiel einer Vorsorgevollmacht

Broschüre „Ich Sorge vor“, www.hamburg.de/betreuungsrecht,
S. 32 – 34, Stand Jan. 2023



Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen und zu widerrufen. Dies gilt nicht in persönlichen Angelegenheiten.

Mir ist bewusst, dass diese Vollmacht umfassend und generell ist.

Wenn ich die Vollmacht widerrufe, muss mir die bevollmächtigte Person das Original dieser Vollmacht zurückgeben.

Sollte trotz dieser Vollmacht die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung erforderlich sein, wünsche ich, dass der Bevollmächtigte als rechtlicher Betreuer eingesetzt wird.

Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin /
des Vollmachtgebers

Vertrauen und Vorsorgevollmacht



Im **Älterwerden** können zusätzlich bei sich **gefestigten Wertevorstellungen** in Bezug auf das eigene Lebensende diese sinnvoll als Patientenverfügung niedergeschrieben werden – wiederum **begleitet von Gesprächen** mit den Vorsorgebevollmächtigten.

Je konkreter **Erkrankungen** auftreten **mit konkret absehbarem Krankheitsverlauf**, um so sinnvoller erscheint eine **detaillierte Patientenverfügung** - wiederum **begleitet von Gesprächen** mit den Vorsorgebevollmächtigten und den behandelnden Ärzten.

Stufenweise Begrenzung medizinischer Maßnahmen, die indiziert sein können



Maximaltherapie (Reanimationsversuch, Transplantation)

Umfangreiche invasiv-apparative Behandlungen (Beatmungsgerät, Dialyse, größere Operationen)

Invasive Diagnostik, kleinere Operationen, Strahlen-, Chemotherapie

Intensivmedizinische Behandlung (Katecholamine, i.v.-Antiarrhythmika)

Potentiell lebensverlängernde Medikation (Antibiotika, Herz-Kreislauf-Medikamente, Bluttransfusion, palliative Chemotherapie)

Ernährung (intravenös-kalorisch, PEG, transnasale MS)

Flüssigkeit (intravenös, subcutan)

Reine Palliation (Symptomlinderung, Pflege, Begleitung) - „Sterben lassen“ / „passive Sterbehilfe“ - „Therapie am Lebensende“ / „indirekte Sterbehilfe“, z.B. terminale Sedierung



Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung (keine Therapiebegrenzung)



keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
aber ggf. invasive (Tubus-)Beatmung



keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-)Beatmung



keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive oder noninvasive Beatmung,
keine intensivmedizinischen Maßnahmen



ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung



1. Gesetzliche Grundlagen
2. Ärztliche Erfahrungen
und Patienten-Beispiele
- 3. Eine christliche Perspektive**



Patientenbeispiel 3

Herr K., 83 J., geriatrische Frührehabilitation

- Herzleistungsschwäche
- Altersgebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) mit moderater kognitiver Störung
- Verschlechterung des Zustandes kurz nach stationärer Aufnahme bei neu auftretender Lungenentzündung

Die bevollmächtigte Schwiegertochter ist Ärztin,
aber die Entscheidung, ob nochmals Intensivmedizin
angemessen ist
oder ggfs. auch eine Beatmungstherapie, fällt schwer.

Patientenbeispiel 3



Inhaltlich kann Herr K. den differenzialtherapeutischen Überlegungen nicht ausreichend folgen.

Aber er sagt nachdrücklich: „ Wenn ich sterbe, bin ich bei Jesus. Das wäre gut. Und wenn ich noch weiter leben könnte, wäre es auch gut. Entscheidet ruhig, wie ihr es für richtig haltet.“

Dies entlastet die Familie, die den christlichen Glauben mit ihm teilt.

Patientenbeispiel 3



Ein begrenzter Therapieversuch auf der Intensivstation wird von der Tochter gewünscht und abgesprochen mit Atemunterstützung (NIV) ohne invasive Beatmungstherapie.

Der aus der Geriatrie vertraute Arzt besucht Herr K. auf der Intensivstation. Herr K. ist wach, aber sehr schwach. Gemeinsam beten sie, der Arzt spricht ihm Gottes Nähe und Segen zu. Die Seelsorge wird um weitere Begleitung gebeten.

Wenige Stunden darauf verstirbt Herr K. friedlich.

Christliches Vertrauen – „Heim-Gehen“ im Sterben



„Euer Herz lasse sich nicht verwirren.

Glaubt an Gott und glaubt an Mich.

Im Haus meines Vaters gibt es viele Wohnungen.

Wenn es nicht so wäre, hätte ich euch dann gesagt: Ich gehe, um
einen Platz für euch vorzubereiten?

Wenn ich gegangen bin und einen Platz für euch vorbereitet habe,
komme ich wieder und werde euch zu mir holen, damit auch ihr dort
seid, wo ich bin.“

Joh. 14, 1-3, Einheitsübersetzung

...und viele weitere Bibelstellen im NT, z.B. 2. Kor.4,14; 5,1-9

Christlicher Glaube und Auferstehungshoffnung



„ Der Tod ist kein hoffnungsloser Fall.“

„Wohin Gott durch den Tod uns führt, bleibt ein Geheimnis.
Mit einem Geheimnis aber kann man leben, wenn man Vertrauen hat.
Über ein Geheimnis kann man auch nachdenken und spekulieren, aber
man kann es nicht enträtseln wie den Mordfall in einem
Kriminalroman.

Wenn der Tod für uns aus einem menschlichen Rätsel zu einem
göttlichen Geheimnis wird, dann sind wir ein Stück weiter,
dann haben wir überhaupt die letzte uns mögliche Stufe menschlicher
Lebensweisheit erreicht und können „das Zeitliche segnen““.

Heinz Zahrnt, zitiert n. Margot Kässmann 2014, 219

Ein persönliches Wort...



Eine „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ besonderer Art?

Ich vertraue darauf, in diesem Geist sterben und „Heim-Gehen“ zu können.

Meine Familie weiß dies und – mehr noch – ist Teil dessen, gestaltet dies mit.

Vertrauen auf Gottes Fürsorge und auf Fürsorge meiner liebsten Menschen durchdringen sich.

Alle sind in der Verantwortung füreinander beteiligt – ab dem 18. Lebensjahr in besonderer Weise.

Wir haben im Familienkreis diskutiert: Was sollte geschehen, wenn ich im „Wachkoma“ liege? Oder bei anderer schwerer Hirnschädigung wie z.B. fortgeschrittener Demenz? Miteinander auf dem Weg...

Eine Patientenverfügung verdeutlicht

persönliche Überzeugungen und Werte. Hierdurch

werden Bevollmächtigte in der Vertretung unterstützt. (M)ein Beispiel:



„Mit meiner Familie habe ich zahlreiche Gespräche über meine Wünsche für die letzte Lebensphase geführt. Sie vertritt durch die Bevollmächtigten meinen Willen und die Interpretation dieser Patientenverfügung.

Lebenserhaltende Maßnahmen sollen unterbleiben, wenn ich mich in einer Krankheitssituation befinde, von der angenommen werden muss, dass sie mir dauerhaft schweres Leiden verursacht, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Insbesondere bei schwerer Hirnschädigung ist eine Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen auf 3 – 6 Monate möglich, wenn bei meinen Bevollmächtigten die Überzeugung gewachsen ist, dass ich lieber sterben als weiterleben würde.

Als Christ glaube ich, dass ich auch nach dem Sterben bei Gott sein werde und mein Leben und Sterben in Gottes Händen liegen.“

Vorsorgevollmacht – ja, aber....



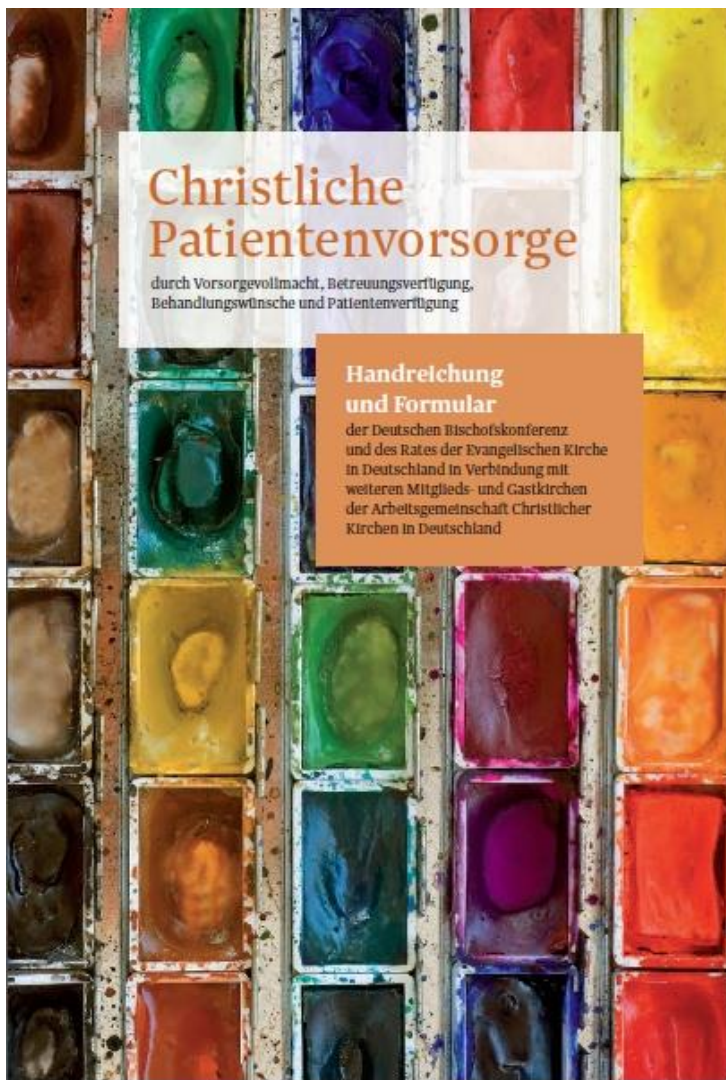
- **wenn wir keine Angehörigen haben**, die wir bevollmächtigen können?
- keine Kinder oder Kinder im Ausland
- „schwierige“ Familienverhältnisse
- Angehörige psychisch oder körperlich nicht belastbar
- ...

Christliche Gemeinschaft und Gemeinde können vertrauensvolle Beziehungen ermöglichen

- christliche Werte in Bezug auf Leben und Sterben teilen
- über Hauskreise, Gebetskreise, Gemeindegruppen oftmals langjährige Beziehungen gewachsen
- seelsorgerliche Unterstützung in schwierigen Entscheidungsprozessen einbeziehbar
- Gebet in der Gemeinde kann entlasten

Vorsorgebevollmächtigung passt gut zu christlichem Glauben und Gemeinschaft

Christliche Patientenvorsorge



Darstellung der komplexen Thematik auf 28 Seiten unter Bezug zum christlichen Glauben einschließlich Konkretion am Beispiel des sog. Wachkomas

Zumutung und Chance der intensiven Auseinandersetzung mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Take home message



1. Sprich mit ein oder zwei vertrauten Menschen über Deine Vorstellungen zum Lebensende – wiederholt.
2. Bevollmächtige sie schriftlich und Sorge dafür, dass die Vorsorgevollmacht im Notfall auffindbar ist.
3. Entsprechend Deines Lebensalters und Gesundheitszustandes formuliere eine Patientenverfügung. Lass dies reifen und sprich mit Deinen Bevollmächtigten und möglichst gelegentlich auch Gesundheitsfachleuten darüber. Passe dies jeweils an.
4. Lass Dich von der Bibel und Vorbildern her ermutigen und wachse im Vertrauen zu Gott und Menschen – auch in Bezug auf Dein Lebensende und den Übergang in die Ewigkeit bei Gott.



Ergänzend 2 Folien entsprechend der Diskussion des Abends:

Das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer



Der Gesetzgeber hat die Bundesnotarkammer 2005 beauftragt, das zentrale Vorsorgeregister zu führen.

Es dient dazu, **Betreuungsgerichte und behandelnde Ärzte** (seit 2023) über das Vorhandensein von Vorsorgeregelungen zu informieren.

Es können **Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Widersprüche gegen das Ehegattennotvertretungsrecht** registriert werden.

Seit 2005 mehr als 5.3 Mill. Registrierungen,
online, aber auch postalisch oder über den Notar.
Kosten einmalig ca. 20 – 30 Euro (je nach Umfang)

Das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer



Die Eintragung im Zentralen Vorsorgeregister **ersetzt grundsätzlich keine eigenständige Erstellung einer Vorsorgeverfügung**, etwa in Form einer Urkunde. Die Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister bildet aber den wesentlichen Inhalt einer oder mehrerer geregelter Vorsorgeangelegenheiten ab.

Es wird dafür nicht die Vorsorgeurkunde im Zentralen Vorsorgeregister hinterlegt oder gespeichert, sondern **lediglich der zentrale Inhalt der Vorsorgeverfügung typisiert wiedergegeben**.

Die Registrierung bezieht sich auf den Umfang der Vorsorgeverfügung, also die **Angabe der geregelten Vorsorgeangelegenheiten, die Angabe eines Aufbewahrungsorts, die Daten des Vorsorgenden sowie die Daten der benannten Vertrauensperson/en**.