Teil 2: Meine Psychosoziale Patientenverfügung

Ich heiße: und bin geboren am in:

ÜBERSICHT

Diese Psychosoziale Vorausverfügung ist gegliedert in einen persönlichen Teil A (Abschnitte 1-4), einen allgemeinen Teil B (Abschnitte 5-15) und ergänzend in eine Betreuungsverfügung (Abschnitt 16). Zur Orientierung im Einzelnen:

A. Persönlicher Teil meiner Psychosozialen Patientenverfügung

1. Festlegungen für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation
   a) Meine Erfahrungen bzw. Wünsche hinsichtlich Psychopharmaka, Elektroschocks, naturheilkundlichen Mitteln usw.
   b) Meine Erfahrungen bzw. Wünsche hinsichtlich Fixierung
   c) Meine persönlichen sowie familiären gesundheitlichen Vorbelastungen (körperliche Krankheiten) und Allergien
   d) Meine Wünsche bzw. Wertvorstellungen zur Überwindung einer möglichen Krise
   e) Welche Klinik?, und was sonst noch zu beachten ist
2. Telefon-, Post- und Besuchsverfügung
3. Benennung der Vertrauensperson(en)
4. Bestellung meiner Anwältin / meines Anwalts

B. Allgemeiner Teil meiner Psychosozialen Patientenverfügung

5. Grundlage meiner Willensbildung
6. Sofortige Zuziehung meiner Vertrauensperson und meiner Anwältin / meines Anwalts
7. Schweigepflicht; Offenbarungen ausschließlich an meine Vertrauensperson, gegebenenfalls zur Weitergabe an andere
8. Dokumentation und Akteneinsicht
9. Ermittlung und Durchsetzung meines Willens
10. Beachtlichkeit meines Willens nach geltendem Recht
11. Rechtswidrigkeit auch bei Verfahrensverstößen
12. Umfassender Auftrag und Vollmacht an Vertrauensperson(en)
13. Unterschriften
14. Erklärung der Bestätigungsperson
15. Anwaltlicher Überprüfungsvermerk

C. Anhang

16. Betreuungsverfügung

Zu meiner Psychosozialen Patientenverfügung

Die folgende Erklärung ist umfangreich. Bevor man daraus Bedenken bezüglich der Gültigkeit ableitet, muss man den Umfang vergleichen mit demjenigen von Allgemeinen Geschäftsbedingungen, wie diese zum Beispiel bei einer Krankenhausaufnahme gültig werden sollen.

A. Persönlicher Teil meiner Psychosozialen Patientenverfügung

1. Festlegungen für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation

Für meine Person erkläre ich Folgendes:
[Zutreffendes bitte ankreuzen, Nichtzutreffendes bitte streichen oder löschen] [1]

Eine Krisensituation erlebte / bewältigte ich in der Vergangenheit auf diese Weise bzw. könnte zukünftig etwa so aussehen:

.....

.....

.....

.....

.....

a) Meine Erfahrungen bzw. Wünsche hinsichtlich Psychopharmaka, Elektroschocks, naturheilkundlichen Mitteln usw.

Nachfolgend meine ich mit Psychopharmaka die Wirkstoffgruppen der Neuroleptika (»Antipsychotika«), Antidepressiva (Thymoleptika), Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisatoren) und Tranquilizer (Ataraktika, Anxiolytika). Mit Elektroschocks meine ich an einer oder beiden Schläfenseiten mit unterschiedlichen Stromarten hervorgerufene »therapeutische« Hirnkrämpfe. Der Elektroschock hat viele Namen – unter anderem Elektrokrampftherapie (EKT), Elektrische Durchflutungstherapie, Elektrisch ausgelöster Krampfanfall (EAK), Elektrokonvulsionstherapie, Elektrostimulation oder Schlaftherapie. Aber immer ist damit der Elektroschock gemeint.

<u>Hilfreiche Behandlungsmaßnahmen</u>

○ In einer psychischen Krise waren bisher folgende Behandlungsmittel bzw. Mittel aus der Substanzgruppen der ..... hilfreich, weshalb ich diese Behandlung in einer möglichen zukünftigen Krise erneut wünsche / Hilfe von folgenden Behandlungsmitteln bzw. Mitteln aus diesen Substanzgruppen erwarte:

.....

.....

[1] Die Verwendung der Word- oder rtf-Datei am PC ermöglicht unbegrenzten Platz für die Benennung von Behandlungs- und weiteren Vorgaben. Sollten Sie das Formular erst ausdrucken und danach handschriftlich ausfüllen, können Sie Absätze durchstreichen, die Sie nicht benötigen, oder Anlagen hinzufügen.
Die Textbausteine sind zugeschnitten auf Menschen mit unterschiedlichsten Bedürfnissen. Dementsprechend widersprechen sich einige Textteile. ➔ **Löschen bzw. streichen Sie oder kreuzen Sie all das nicht an, was sich nicht auf Ihre Situation und Ihre Optionen bezieht**.

.....

○ Welch gute Erfahrungen ich mit der Substanz ..... gemacht habe / mir von der Substanz ..... erhoffe:

.....

.....

.....

○ In einer Krise wünsche ich die Verabreichung dieser Behandlungsmittel / Mittel aus diesen Substanzgruppen, da ich mir von deren Wirkung Besserung erwarte, auch wenn ich bisher noch keine eigenen Erfahrungen damit gemacht habe: Welch gute Erfahrungen ich mit Substanzen dieser Psychopharmaka-Gruppe erhoffe:

Name der Psychopharmaka-Gruppe:

.....

.....

.....

○ Welch gute Erfahrungen ich mit Elektroschocks gemacht habe / erhoffe:

.....

.....

.....

○ Um meinen Organismus nicht zu überlasten, möchte ich in einer zukünftigen Krise keine Kombination von Psychopharmaka verabreicht bekommen, auch keine Kombination von Psychopharmaka mit Elektroschocks.

○ Ich stimme der Verabreichung von Psychopharmaka nur zu, wenn vor der Erstverabreichung mein Prolaktinspiegel / mein Blutzuckerspiegel / meine Blutfettwerte / meine Herztätigkeit / mein Augeninnendruck / mein Augenhintergrund untersucht wird und im weiteren Verlauf der Behandlung regelmäßige Gesundheitskontrolluntersuchungen durchgeführt werden.

○ Ich stimme der Verabreichung von Psychopharmaka nur zu, wenn mir vor der Erstverabreichung ein Arzt oder eine Ärztin an meinem Wohnort genannt wird, der bzw. die mich auch dann beim Ausschleichen der Psychopharmaka unterstützen wird, wenn er bzw. sie meinen späteren Entschluss zum Absetzen anders bewertet als ich.

○ Ich stimme der Verabreichung von Psychopharmaka / Elektroschocks nur nach einem negativen Schwangerschaftstest vor, um bei einer bisher noch unbemerkt eingetretenen Schwangerschaft Fehlbildungen oder sonstige Schäden eines Embryos ausschließen.

○ Sollten mir Psychopharmaka mit meiner Einwilligung verabreicht werden oder gegen meinen Willen, so bestehe ich darauf, dass die Adressen der Firmen, welche die mir verabreichten Substanzen in den Verkehr gebracht haben, in meine Behandlungsakte eingetragen werden.

○ Ich stimme der Verabreichung von Elektroschocks nur zu, wenn mir die Adresse der Firma, welche den verwendeten Apparat in Verkehr gebracht hat, sowie seine Typenbezeichnung in meine Behandlungsakte eingetragen werden.

○ Angesichts möglicherweise fulminant auftretender unerwünschter lebensbedrohlicher Wirkungen, die ein sofortiges Absetzen erforderlich machen, lehne ich Psychopharmaka ab, die in retardierter, also den Wirkstoff verzögert freisetzender Form (als Tabletten oder Spritzen) verabreicht werden.

○ Ich stimme gegebenenfalls nur einer Verabreichung von Neuroleptika oder Antidepressiva in minimal-effektiver Dosis zu.

○ In einer Krise möchte ich Cannabidiol zur Beruhigung verabreicht bekommen.

○ Sollte nach einer Dauer von vier / fünf / sechs / ..... Wochen nach dem ersten Tag der geschlossenen Unterbringung eine Verlegung auf eine offene Station wegen einer diagnostizierten erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung noch nicht möglich sein, erlaube ich die Verabreichung der nachfolgend genannten Psychopharmaka als Tropfen oder Tabletten auch ohne meine Zustimmung, wenn ich dafür auf eine offene Station verlegt werde:

1. ..... maximale Dosis ..... maximale Behandlungsdauer .....

2. ..... maximale Dosis ..... maximale Behandlungsdauer .....

○ In einer Krise haben mir außer den oben genannten Behandlungsmaßnahmen folgende Maßnahmen geholfen, so dass ich im Krisenfall deren erneuten Einsatz wünsche:

.....

.....

.....

○ In einer Krise möchte ich, dass mir anstelle von / zusätzlich zu Psychopharmaka folgende Maßnahmen angeboten werden, wie dies beispielsweise in verschiedenen Landeskliniken in Rheinland-Pfalz möglich ist:

○ Empathische geduldige Begleitung durch das Personal, Schutz vor zu vielen Reizen

○ Gespräche mit Mitpatientinnen und -patienten sowie mit GenesungsbegleiterInnen

○ Psychosoziale Hilfen und Sozialberatung (in Sachen Arbeit, Wohnen, Finanzen)

○ Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie / systemische oder tiefenpsychologische Verfahren)

○ Psychoseseminar

○ Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel (zum Beispiel Baldrian, Passionsblume, Johanniskraut), Aromatherapie, Akupunktur

○ Schlafentzug / Biofeedback[2]

○ Lichttherapie

○ Physiotherapie und Entspannungsverfahren (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training etc.)

○ Kreative Therapien und Ergotherapie (Tanz-, Musik-, Kunst- oder Beschäftigungstherapie, spezielle Ernährungsmaßnahmen)

[2] Unter Biofeedback versteht man verhaltensmedizinische Methoden, die unbewusste Körperfunktionen bewusst und kontrollierbar machen, wodurch das körperliche und psychische Wohlbefinden gefördert wird.

○ Kommunikation mit wohlwollenden Vertrauenspersonen, gegebenenfalls auch durch soziale Medien (zum Beispiel Skype, Zoom oder E-Mails)«

Außerdem

.....

.....

.....

Weniger hilfreiche Behandlungsmaßnahmen

○ In einer Krise waren bisher folgende Behandlungsmittel / Mittel dieser Substanzgruppen nicht hilfreich, weshalb ich die erneute Verabreichung ablehne:

Name der Psychopharmaka:

.....

.....

.....

○ Welch schlechte Erfahrungen ich mit Mitteln der Substanzgruppe
der ..... gemacht habe:

.....

.....

.....

○ Welch schlechte Erfahrungen ich mit Elektroschocks gemacht habe:

.....

.....

.....

○ Wegen des Risikos von Hirnschäden und verheerenden kognitiven, d.h. die Erkenntnisfähigkeit betreffenden Folgen, wie sie von den Herstellern von Elektroschockgeräten als mögliche Folgen von Elektroschocks in ihren Warnhinweisen genannt werden [3], und der von Betäubungsmitteln und Muskelrelaxanzien ausgehenden zusätzlichen Risiken untersage ich die Verabreichung von Elektroschocks gleich welcher Art und Bezeichnung auch bei behaupteter Lebensgefahr – beispielsweise bei einer perniziösen Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt – einem mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehenden Krankheitsbild), einem Raptus (»Bewegungssturm im Rahmen einer Katatonie«) oder einem Neuroleptischen Malignen Syndrom (MNS – Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung). In solchen Fällen bevorzuge ich krampflösende Mittel wie Dandrolen oder geeignete Benzodiazepine, bei einem MNS internistische Maßnahmen und das Aussetzen / Absetzen der für die aktuellen Probleme ursächlichen Antidepressiva und/oder Neuroleptika. Zudem verfüge ich in diesem Zusammenhang:

[3] Siehe: Somatics LLC (2024): »Thymatron® System IV. User Manual«, UM-TS4, Rev. 22, Venice, FL: Somatics LLC. Online-Ressource https://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Instruction_Manual_Rev22.pdf

.....

.....

.....

○ In einer Krise haben mir außer den oben genannten Maßnahmen folgende Verfahren nicht geholfen, so dass ich im Krisenfall deren erneuten Einsatz ablehne:

.....

.....

.....

b) Meine Erfahrungen bzw. Wünsche hinsichtlich Fixierung

○ Bei Suizidgefahr oder Gefahr der Selbstschädigung möchte ich auf keinen Fall fixiert werden, insbesondere wegen der erheblichen Thrombosegefahr und dem erhöhten Risiko, am Takotsubo-Syndrom zu sterben.[4] Lebensgefahr bei Fixierungen möchte ich auch angesichts der immer wieder auftretenden Brände in psychiatrischen Abteilungen vermeiden. Die Furcht vor einem solchen Risiko täte mir nicht gut. Stattdessen soll eine 1:1 Betreuung für Situationen sichergestellt werden, in denen ich akut suizidal eingeschätzt werde. Die Verantwortung für eine Selbstgefährdung, die trotz einer 1:1 Betreuung noch besteht, übernehme ich selbst.

○ Bei Fremdgefährdung möchte ich auf keinen Fall fixiert werden, insbesondere wegen der erheblichen Thrombosegefahr und dem erhöhten Risiko, am Takotsubo-Syndrom zu sterben. Lebensgefahr bei Fixierungen möchte ich auch angesichts der immer wieder auftretenden Brände in psychiatrischen Abteilungen vermeiden. Die Furcht vor einem solchen Risiko täte mir nicht gut. Stattdessen soll eine 1:1 Betreuung für Situationen sichergestellt werden, in denen ich andere gefährde. Die Verantwortung für eine Schädigung Dritter einschließlich haftungs- und strafrechtlicher Folgen trage ich selbst. Mir ist klar, dass eine Klinik unter diesen Umständen eine Aufnahme ablehnen und ich stattdessen in Polizeigewahrsam genommen werden kann.

○ Wegen Sturzgefahr möchte ich auf keinen Fall fixiert werden, insbesondere wegen der erheblichen Thrombosegefahr und dem erhöhten Risiko, am Takotsubo-Syndrom zu sterben. Stattdessen sollen alle Mittel zur Sturzprävention genützt werden, zum Beispiel weiche Matten vor dem Bett, ein Niedrigbett, Hüftprotektoren und Begleitung beim Umhergehen. Die Verantwortung für Stürze, die sich trotz dieser Maßnahmen ergeben, übernehme ich selbst.

c1) Meine gesundheitlichen Vorbelastungen (körperliche Krankheiten) und Allergien:

Ich leide bereits jetzt an

.....

.....

..... und

[4] Siehe: Lehmann, Peter, »Der Mensch als Tier – Über Parallelen beim Herztod in zoologischer Gefangenschaft und in der Psychiatrie«; Online-Publikation https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/herztod.htm vom 6. September 2015

○ bitte, diese gesundheitlichen Vorbelastungen bzw. Allergien bei einer psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen, so dass sie ich nicht über Gebühr geschädigt werde.

○ bitte, diese gesundheitlichen Vorbelastungen bzw. Allergien bei einer psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen, weshalb ich nicht mit Psychopharmaka / Elektroschocks behandelt werden möchte, deren mögliche »Nebenwirkungen« meine gesundheitlichen Vorbelastungen verschlimmern könnten.

○ lehne aus diesem Grund insbesondere diese Psychopharmaka ab, da ich weiß, dass in deren »Nebenwirkungs«-Profilen exakt die Störungen enthalten sind, die sich mit meinen gesundheitlichen Vorbelastungen bzw. Allergien decken.

○ vertraue den behandelnden Psychiatern, dass sie es schon richtig machen.

○ vertraue den behandelnden Psychiatern nicht, weshalb ich jegliche Verabreichung von Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika und Elektroschocks ablehne.

○ vertraue den behandelnden Psychiatern nicht, weshalb ich jegliche psychiatrische Untersuchung von vornherein ablehne.

○ bin nur dann bereit, mich psychiatrisch untersuchen zu lassen, wenn meine Vertrauensperson oder, sollte diese im Krisenfall nicht verfügbar sein, eine andere von mir genannte Person meines Vertrauens bei der Untersuchung anwesend ist. Außerdem

.....

.....

.....

c2) Familiäre Vorbelastungen (im Familienkreis aufgetretene körperliche Erkrankungen)

In meiner Familie traten gehäuft diese körperlichen Erkrankungen bzw. Allergien auf:

.....

.....

..... Deshalb

○ bitte ich, diese familiären gesundheitlichen körperlichen Vorbelastungen bzw. Allergien bei einer erneuten psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen und Psychopharmaka so auszuwählen, dass sie mich nicht über Gebühr schädigen.

○ bitte ich, diese familiären gesundheitlichen körperlichen Vorbelastungen bzw. Allergien bei einer erneuten psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen, weshalb ich es ablehne, mit Psychopharmaka / Elektroschocks behandelt zu werden, deren mögliche »Nebenwirkungen« meine gesundheitlichen Vorbelastungen verschlimmern könnten.

○ lehne ich aus diesem Grund insbesondere Psychopharmaka ab, deren »Nebenwirkungs«-Profile sich mit meinen gesundheitlichen Vorbelastungen und / oder Allergien decken.

d) Meine Wünsche bzw. Wertvorstellungen hinsichtlich der Überwindung einer Krise

Vertrauen und Garantie meiner Rechte

○ Ich vertraue in die Kompetenz von Psychiatern und überlasse ihnen im Krisenfall jegliche Entscheidung, wie sie mich behandeln wollen.

○ Im Krisenfall bestehe ich darauf, dass sich die behandelnden Psychiater an meine oben genannten Wünsche halten. Nur wenn ich weiß, dass sie meine Rechte respektieren, kann Vertrauen entstehen.

○ Die behandelnden Psychiater müssen sich mein Vertrauen erarbeiten. Ob sie das erreichen, kann ich jetzt noch nicht sagen. Deshalb lehne ich bis auf Widerruf jegliche Verabreichung von Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Tranquilizer und Elektroschocks ab.

○ Ich bestehe auf dem Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit und der Einhaltung der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung, die im Krisenfall auch für mich gilt, und möchte deshalb eine Behandlung gemäß den von mir genannten Optionen – so wie dies juristisch allgemein für ärztliche Behandlungen gilt. Eine Behandlung ohne meine informierte und ausführlich dokumentierte Zustimmung lehne ich ab.

○ Ich vertraue in die Kompetenz von Psychiatern und überlasse ihnen im Krisenfall die Entscheidung, wie sich mich behandeln wollen, bestehe jedoch darauf, dass sie vorab testen, ob ich zur Gruppe der sogenannten Langsam- oder Ultraschnell-Metabolisierer zähle und deshalb besonders zurückhaltend bzw. vorsichtig psychopharmakologisch behandelt werden muss.

○ Ich vertraue in die Kompetenz von Psychiatern und überlasse ihnen im Krisenfall die Entscheidung, welche Psychopharmaka sie mir verabreichen, erlaube allerdings nur Substanzen, bei denen keine Toleranzbildung, Gewöhnung oder Probleme beim Absetzen auftreten können.

○ Ich vertraue in die Kompetenz von Psychiatern und überlasse ihnen im Krisenfall die Entscheidung, wie sich mich behandeln wollen, bestehe jedoch darauf, dass die Entscheidung über die vorgeschlagene Verabreichung spezieller Psychopharmaka oder Elektroschocks nur in Einvernehmen mit meinem Hausarzt / behandelnden Psychiater getroffen wird, und zwar mit

.....

.....

(Hausärztin / Hausarzt, Name, Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

.....

.....

(Psychiater, Name, Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

○ Sollten die behandelnden Psychiater den Eindruck haben, dass sich meine Situation nicht bessert, dürfen sie nach freiem Ermessen – jedoch mit späterer Begründung – entscheiden, welche Substanzen bzw. Elektroschocks sie mir dann gegebenenfalls ohne meine informierte Zustimmung und notfalls unter Anwendung von Gewalt gegen meinen Willen verabreichen – so wie dies auch in Behandlungsvereinbarungen geregelt ist.

Meine Werte und meine Einstellung zu Notfallmaßnahmen

○ Ich weiß um die durchschnittlich um ca. 25 Jahre verringerte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten mit ernsten psychiatrischen Diagnosen und deren Begründung mit ungünstigen körperlichen Voraussetzungen und lehne deshalb jegliche zusätzliche gesundheitliche Belastung durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks gleich welcher Form ab.

○ Ich lebe gesundheitsbewusst, vermeide synthetische Stoffe in Umwelt, Wohnung und an meinem Körper und lehne deshalb auch jegliche Einverleibung synthetischer psychiatrischer Psychopharmaka in meinen Körper ab.

○ Ich lebe gesundheitsbewusst, vermeide synthetische Stoffe in Umwelt, Wohnung und an meinem Körper und lehne deshalb die Einverleibung synthetischer Psychopharmaka in meinen Körper ab – mit Ausnahme von Benzodiazepinen für ein paar Wochen im Krisenfall, speziell wenn die Krise mit Schlaflosigkeit einhergeht und diese nicht mit Schlaftees aller Art und in ausreichend großen Mengen zu bewältigen ist. In einem solchen Fall möchte ich (im Wissen um das Abhängigkeitsrisiko) ein Benzodiazepin mit mittellanger Halbwertszeit (Alprazolam / Bromazepam / Lormetazepam / Oxazepam / Temazepam / Tetrazepam) oder

……

angeboten bekommen, so dass ich einige Nächte schlafe und tagsüber keinen »Kater« habe.

○ Wenn ich erregt oder verängstigt oder demoralisiert bin oder halluziniere, möchte ich nicht, dass man mir noch zusätzlich mit Zwangsmaßnahmen droht. Ich weiß, dass ich über kurz oder lang wieder in meinen normalen Zustand zurückfinde, wenn man mich sein lässt, bei mir bleibt, wenn mein Freund / meine Freundin oder

.....

.....

.....

bei mir ist, wenn ich meinen Hund auf dem Klinikgelände ausführen kann, wenn man meine Hand hält etc. In einem Extremzustand mag man mich nicht verstehen; aber man soll meine menschliche Würde respektieren, auch wenn ich mich komisch benehme. Außerdem

.....

.....

.....

○ Bestehen Anhaltspunkte, dass ich mich töten möchte, so erwarte ich, dass mir dies auf jeden Fall unmöglich gemacht wird, und zwar durch die am wenigsten invasive, das heißt, meine körperliche Unversehrtheit einschränkende Maßnahme. Außerdem

.....

.....

.....

○ Substanzen oder Behandlungsverfahren, die nach der letzten Unterzeichnung meiner Psychosozialen Patientenverfügung auf den Markt kommen, möchte ich nicht an meinem Körper

angewendet haben. Auch wenn diese Substanzen und Behandlungsverfahren zugelassen sind, möchte ich nicht zu dem Personenkreis gehören, an denen die weitere Wirksamkeit und Sicherheit getestet wird.

○ Im Vertrauen darauf, dass Substanzen oder Behandlungsverfahren, die nach der jüngsten Unterzeichnung meiner Psychosozialen Patientenverfügung auf den Markt kommen, besser wirken als die schön länger zugelassenen, möchte ich, dass sie an meinem Körper angewendet werden. Ich möchte von dem medizinisch-pharmakologischen Fortschritt / den allerneuesten Anwendungsformen des Elektroschocks profitieren.

e) Welche Klinik?, und was sonst noch zu beachten ist

Die Benennung der folgenden Optionen hat keine rechtlich bindende Wirkung. Sie eignen sich eher für einen Krisenplan oder eine Behandlungsvereinbarung. Für den Fall, dass Sie davon ausgehen, sich früher oder später erneut einer Behandlung auf einer psychiatrischen Station unterziehen zu lassen, kann es aber sinnvoll sein, wenn Sie sich schon im Vorhinein Gedanken machen, wie Sie möglichst günstige Bedingungen für Ihre Klinikunterbringung schaffen.

○ Im Fall einer Unterbringung bevorzuge ich diese Klinik / Abteilung / Station mit / ohne Geschlechtertrennung:

.....

.....

.....

○ Da ich in dieser Einrichtung bzw. auf dieser Station traumatisierende Erfahrungen gemacht habe, möchte ich hier keinesfalls erneut einer Behandlung unterzogen werden:

.....

.....

.....

○ In der Klinik möchte ich bei mir haben: Foto der Kinder / Ehefrau / Freundin / Mutter / Enkelin / des Ehemanns / Freundes / Vaters / Enkels / mein Tagebuch / auf kein Fall mein Tagebuch / mein Kuscheltier / mein Smartphone / mein Tablet / mein Handy / meine Brille / Sonnenbrille / Lesestoff / Schreibgerät und Papier, außerdem

.....

.....

.....

○ Im Falle einer Unterbringung wünsche ich mir, dass der Sozialdienst der Klinik dafür sorgt, dass meine Geld- und Wohnungsangelegenheiten geregelt werden / sich darum kümmert, dass die Miete rechtzeitig überwiesen wird / fällige Rechnungen bezahlt werden / Fenster und Türen meiner Wohnung verschlossen sind / in meinem Haushalt lebenden pflegebedürftigen Angehörigen / Kinder / Haustiere versorgt werden / mein Briefkasten geleert wird. Dass ich keinen Rechtsanspruch auf eine solche Unterstützung habe, ist mir bekannt. Außerdem

.....

.....

.....

○ Ich mag es nicht, wenn man mir vorschreibt, wann ich zu Bett zu gehen habe oder dieses verlassen soll / mich zu Bastelarbeiten oder ähnlichen Tätigkeiten nötigt / in meinem Beisein über mich spricht und nicht mit mir / im Gespräch mit mir medizinische Fachbegriffe verwendet, ohne diese gleichzeitig und unaufgefordert zu erläutern / mich mit Psychoedukation manipulieren will. Außerdem

.....

.....

.....

○ Ich rauche regelmäßig. In einer psychischen Krise möchte ich nicht auch noch durch Nikotin-Entzugsprobleme belastet werden. Deshalb bitte ich sicherzustellen, dass ich jederzeit genügend Zigaretten / Tabak / Plättchen / Filter vorrätig habe und darauf zurückgreifen kann. Außerdem

.....

.....

.....

○ Ich trinke regelmäßig, jedoch nicht im Übermaß, Bier / Wein / …….. Deshalb bitte ich sicherzustellen, dass ich jederzeit – wie dies noch Anfang des letzten Jahrhunderts in der Psychiatrie möglich war – Zugang zu diesen mich beruhenden Genussmitteln habe. Außerdem

.....

.....

.....

○ Ich nehme nur vegetarische / vegane / koschere / Lebensmittel aus biologischem Anbau zu mir und möchte mich in der Klinik weiterhin auf diese Art ernähren. Außerdem

.....

.....

.....

2. Telefon-, Post- und Besuchsverfügung

Mit folgenden Personen möchte ich in einer Krise keinen Kontakt haben

.....

.....

.....

Diesen Personen darf Auskunft über mein Befinden und meine Behandlung gegeben werden:

.....

.....

.....

○ Diese Angehörige, Freunde und Freundinnen dürfen mich jederzeit, auch außerhalb der offiziellen Besuchszeiten, besuchen und gegebenenfalls auch über Nacht bei mir bleiben:

.....

.....

.....

Diese Personen (Name und Anschrift) dürfen Postsendungen für mich in Empfang zu nehmen:

.....

.....

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)

3. Benennung der Vertrauensperson(en)

Meine Vertrauenspersonen berufe ich in folgender Reihenfolge:

……....

(voller Name inkl. Geburtsname, Geburtsdatum, Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

……....

(voller Name inkl. Geburtsname, Geburtsdatum, Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

Es ist mindestens eine Vertrauensperson notwendig. Die nachfolgende Person ist zuständig, wenn die vorhergehende nicht zur Verfügung steht und solange sich dies nicht ändert, obwohl sie von der tätig werdenden Vertrauensperson sofort und schriftlich zum Tätigwerden aufgefordert worden ist. Die Vertrauenspersonen bitte ich, untereinander und mit mir in Kontakt zu bleiben, damit sie auch erreichbar sind.

Ich erlaube und bitte, im Notfall außer meiner Vertrauensperson / meinen Vertrauenspersonen und meinen bevollmächtigten Anwalt bzw. Anwältin zusätzlich sofort zu informieren:

.....

.....

.....

Name / Telefonnummer / Fax / E-Mail-Adresse

4. Bestellung meiner Anwältin / meines Anwalts

Zur Durchsetzung meiner hier niedergelegten Psychosozialen Patientenverfügung soll als Anwältin / Anwalt nach meinem Wunsch tätig werden:

.....

.....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

Sowohl meine zuständigen Vertrauensperson(en) als auch die hier genannte Anwältin / der hier genannte Anwalt dürfen eine andere Anwältin / einen anderen Anwalt benennen. Die hier bestellte Anwältin / der hier bestellte Anwalt darf den Auftrag kündigen. Sie/er ist befugt, mein hier niedergelegtes Interesse zu vertreten, solange ihr/ihm keine Umstände bekannt werden, nach denen sie/er dazu nicht berechtigt ist.

B. Allgemeiner Teil meiner Psychosozialen Patientenverfügung

5. Grundlage meiner Willensbildung

Ich bin über Maßnahmen in der Psychiatrie in demjenigen Umfang unterrichtet, der mir für die Bildung meines nachstehend erklärten Willens genügt. Ich benötige keine weitergehende Unterrichtung. An neuen Erkenntnissen »zu Risiken und Nebenwirkungen« psychiatrischer Anwendungen bin ich allerdings immer interessiert. Mein nachstehend erklärter Wille soll gelten ganz unabhängig davon, ob jemand den Stand meiner Kenntnisse, auf deren Grundlage ich meinen Willen gebildet habe, für genügend hält, ob er/sie die Risiken und potenziellen Nutzen der anstehenden Behandlung anders einschätzt als ich, ob er/sie die Folgen meiner Entscheidung und ihren Zusammenhang mit meiner Lebenssituation anders beurteilt als ich und ob er/sie mich für psychisch krank hält oder nicht. Der Bereich irreversibler Hirnschädigungen und der Sterbeprozess sind nicht Teil dieser Vorausverfügung.

6. Sofortige Zuziehung meiner Vertrauensperson(en) und meiner Anwältin / meines Anwalts

In Abschnitt 3 sind meine Vertrauensperson(en) benannt, in Abschnitt 4 meine Anwältin / mein Anwalt. Sie sollen sofort hinzugezogen werden, wenn eine amtliche oder sonstige berufliche Tätigkeit mit Bezug auf mein Geistes-, Seelen- oder Gemütsleben beabsichtigt oder begonnen wird, sei es innerhalb oder außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen und sonstigen Einrichtungen, in denen Psychopharmaka oder Elektroschocks verabreicht werden, beispielsweise bei einer Zwangsunterbringung, Benachrichtigung oder Tätigwerden des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Hinzuziehung eines Psychiaters oder Psychologen oder Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen der Psychiatrie.

Die sofortige Zuziehung soll erfolgen, gleichgültig, ob mein Einverständnis vorliegt oder vorzuliegen scheint oder nicht; mein Anwalt und meine Vertrauensperson(en) nehmen in Übereinstimmung mit mir gerne in Kauf, dass sie eventuell einmal unnötig hinzugezogen werden. Denn andererseits kann auch einmal der Anschein täuschen, ich sei einverstanden; dann ist die Hinzuziehung wertvoll.

7. Schweigepflicht, Offenbarungen ausschließlich an meine Vertrauensperson(en), gegebenenfalls zur Weitergabe an andere

Meine zuständigen Vertrauenspersonen dürfen jede ihnen geeignet erscheinende Information über meine Person einholen. Ausschließlich ihnen gegenüber sind alle Personen – natürliche und juristische Personen, Ämter, Behörden, Krankenhäuser, Behandlungspersonen, Sozialleistungsträger, Geldinstitute usw. – von Schweige- oder sonstigen Geheimhaltungspflichten entbunden. Diese Personen beauftrage ich hiermit zur vollständigen Offenbarung an meine Vertrauensperson(en). Diese ermächtige ich, nach ihrem eigenen Ermessen Informationen weiterzugeben, um Rat zu fragen, in meinem Namen zu beauftragen oder zu bevollmächtigen. Die Weitergabe von Informationen, auch soweit üblich wie in Arztbriefen, widerspricht meinem Willen. Einzige Ausnahme stellen Behandlungsmaßnahmen dar, die infolge unmittelbarer und konkreter Lebensgefahr erfolgt. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenhäuser usw. haben mein Einverständnis nur für Informationen an meine Vertrauensperson(en). In gleicher Weise bin ich einverstanden, dass man sich an meine Anwältin / meinen Anwalt wendet.

8. Dokumentation und Akteneinsicht

In den Fällen, in denen meine Vertrauensperson und mein Anwalt / meine Anwältin hinzuzuziehen sind, bestehen nach unserer Rechtsordnung Dokumentationspflichten. Mein Wille ist, dass pflichtgemäß dokumentiert wird. Mein Wille ist weiterhin, dass jederzeit sowohl ich als auch meine Vertrauensperson und mein Anwalt / meine Anwältin Gelegenheit erhalten, die Aufzeichnungen einzusehen und Kopien daraus zu fertigen. Dies erstreckt sich auf alle Aufzeichnungen, die mit der Dokumentation über mich verbunden sind, auch solche, die nicht hineingehören.

Soweit Behandler oder sonstige Personen in die Dokumentation Aufzeichnungen über ihre eigene Persönlichkeit einbringen, soll sich das Einsichts- und Kopierrecht hierauf erstrecken; diese Personen haben die Möglichkeit, solche Eintragungen zu unterlassen. Soweit diese Eintragungen Bedeutung für einen späteren Umgang mit mir haben, stellen sie einen wesentlichen Teil des Geschehens dar, dessen Geheimhaltung mir gegenüber ich nicht wünsche. Im Zweifel soll die Eintragung unterbleiben, damit der Rest gezeigt werden kann und muss. Ich bin nicht damit einverstanden, dass Behandler oder sonstige Personen ihre eigene Persönlichkeit in eine Dokumentation einbringen, wenn dadurch mein informelles Selbstbestimmungsrecht, das heißt mein Recht auf Einsicht in die Dokumentation und auf Fertigung von Kopien daraus, verloren geht. Solche Tätigkeiten, deren Dokumentation mir nicht zugänglich sein soll, müssen statt dessen unterbleiben. Ich brauche Offenheit. Von Dritten dürfen Behandler, Krankenhäuser usw. nur dann Informationen einholen, wenn sie zuvor die Dritten darauf hingewiesen haben, dass deren Angaben dokumentiert und mir zur Verfügung gestellt werden. Unaufgefordert zur Dokumentation gelangte Schriftstücke und Vermerke über unaufgeforderte mündliche

Informationen sind an den Absender zurückzugeben mit dem Hinweis, dass nur solche Angaben verwertet werden, die auch mir zur Verfügung gestellt werden können.

9. Ermittlung und Durchsetzung meines Willens

Meine Vertrauensperson beauftrage ich, meinen erklärten Willen durchzusetzen; ich bevollmächtige sie zu den Maßnahmen, die sie für geboten hält. Darüber hinaus können Entscheidungen, die ich für meine Person getroffen habe, eine Bedeutung in Zusammenhang mit Psychiatrie- und ähnlichen Maßnahmen haben oder bekommen. Meine Vertrauensperson soll auch diese meine Entscheidung durchsetzen. Liegt eine Entscheidung von mir nicht vor, zum Beispiel bei einer unvorhergesehenen Lebensgefahr, so soll mein mutmaßlicher Wille durch meine Vertrauensperson ermittelt, durch Bekanntgabe an Beteiligte festgelegt und durchgesetzt werden.

10. Beachtlichkeit meines Willens nach geltendem Recht

Mein Wille bezüglich meines Körpers, meiner Persönlichkeit und meiner persönlichen Freiheit ist zu beachten auch dann, wenn zum Beispiel aufgrund von elterlicher Sorge oder Einrichtung einer Betreuung eine andere Person für mein Wohl zu sorgen hat (Personensorge). Die Rechtsgüter, über die ich mit meinem hier erklärten Willen verfüge, sind höchstpersönlich. Die Entscheidung insoweit steht allein mir zu; sie ist unabhängig davon, ob ich zivilrechtlich als geschäftsfähig oder strafrechtlich als schuldfähig anzusehen bin. Es genügt die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit. In unserem Rechtssystem ist genügend klargestellt, was hiermit gemeint ist. Selbst wenn mir diese natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit einmal verloren geht, soll mein hier niedergelegter Wille weiter gelten.

Gelegentliche, manchmal gängige psychiatrische Praxis ist: Stimmen die Betroffenen den vorgeschlagenen Maßnahmen zu, werden sie deshalb als geschäfts-, selbstbestimmungs- und einwilligungsfähig beurteilt, ihr Wille wird respektiert. Lehnen sie dagegen dieselben Maßnahmen ab, so beweise diese Ablehnung, dass die Geschäfts-, Selbstbestimmungs- und Einwilligungsfähigkeit fehle, ihr Wille also unbeachtlich sei. Das Ergebnis ist dann, die Maßnahmen auf Grundlage einer Zustimmung eines Betreuers durchzuführen – trotz Vorliegen einer Patientenverfügung. Dieses Verfahren ist rechtswidrig.

Wer dies nicht beachtet – sei es als Pfleger, Betreuer, Psychiater, Arzt oder auch Richter –, macht sich strafbar und schadensersatzpflichtig auch dann, wenn er sein Vorgehen für rechtmäßig hält. Juristischer Rat, der das geltende Recht zur Zustimmung von sogenannten nicht geschäftsfähigen und nicht selbstbestimmungsfähigen Menschen zur Heilbehandlung erarbeitet und berücksichtigt, besagt nämlich, dass deren eigener Wille entscheidet. Das juristische Standardwerk »Strafgesetzbuch – Kommentar« erläutert § 223 StGB (Körperverletzung):

> »Einwilligungsberechtigt ist grundsätzlich der Patient selbst. Da es dabei um die Disposition über ein höchstpersönliches Rechtsgut geht, hängt die Einwilligungsbefugnis weder von der zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit noch von der strafrechtlichen Schuldfähigkeit, sondern entscheidend von der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit ab. Demzufolge kann auch ein noch minderjähriger oder psychisch Kranker allein und selbständig eine voll wirksame Einwilligungserklärung abgeben, wenn er die Bedeutung und Tragweite des vorzunehmenden Eingriffs in sein Für und Wider hinreichend zu beurteilen vermag. (...) Kann die tatsächliche Einwilligung des Patienten (bzw. bei eigener Entscheidungsunfähigkeit die seines Vertreters) nicht eingeholt werden (Bewusstlosigkeit, Unerreichbarkeit), so ist nach den Grundsätzen mutmaßlicher Einwilligung zu fragen, ob der Patient

(bzw. sein Vertreter) bei Kenntnis und Würdigung der Sachlage dem Eingriff zustimmen würde. Für solche Mutmaßungen ist jedoch nur insoweit Raum, als sich der Einwilligungsberechtigte nicht bereits unmissverständlich gegen die Behandlung ausgesprochen hat.«[5]

§ 223 Abs. 1 StGB (Körperverletzung) besagt:

»Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten befreit den Arzt vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung ist ein Eingriff ohne Einwilligung aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt.[6] § 823 Abs. 1 BGB regelt die daraus resultierende Schadenersatzpflicht:

»Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.«

§ 630d I 3 BGB (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) erlaubt zwar in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung. Doch diese muss am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet sein.[7] Auch § 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers) verfügt, dass Notfallbehandlung an deren Interesse und mutmaßlichen Optionen orientiert sein muss.[8]

Hierauf weise ich hin, weil Leserinnen und Leser dieser Psychosozialen Patientenverfügung dann ihre Handlungen nicht damit rechtfertigen können, sie hätten die Rechtslage nicht gekannt. Im Gegenteil, wer diese Rechtslage nicht erkennt, wird in der Regel als vorsätzlich handelnd zu betrachten sein.

11. Rechtswidrigkeit auch bei Verfahrensverstößen

Mein Einverständnis fehlt für jede Maßnahme insbesondere der Psychiatrie, die unter Verstoß gegen meinen obigen Willen geschieht, auch soweit ich dort das einzuhaltende Verfahren beschreibe.

12. Umfassender Auftrag und Vollmacht an Vertrauensperson(en)

Meinen zuständigen Vertrauensperson(en) erteile ich Auftrag und Vollmacht insbesondere auch dazu, straf- und zivilrechtlich vorzugehen gegen jede Person, die meinen Willen nicht beachtet.

---

[5] Adolf Schönke / Horst Schröder: »Strafgesetzbuch – Kommentar«, München: C. H. Beck Verlag, 20. Auflage 1980, § 223, IV. 2. d) aa, S. 1449f. (28., neu bearbeitete Auflage 2010)

[6] BGH v. 17.4.2007; Az. VI ZR 108/06 (OLG Braunschweig), in: Neue Juristische Wochenschrift, 60. Jg. (2007), S. 2771-2772 – https://openjur.de/u/77778.html

[7] »Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.«

[8] »Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.«

13. Unterschriften

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung unterzeichne ich nunmehr wie folgt:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung bekräftige ich hiermit:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung bekräftige ich hiermit:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung bekräftige ich hiermit:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung bekräftige ich hiermit:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

Meine vorstehende Psychosoziale Patientenverfügung bekräftige ich hiermit:

……..
(Ort, Datum, Unterschrift)

14. Erklärung der Bestätigungsperson

Ich habe mich im Wege des persönlichen Gesprächs vergewissert, dass jeder hier erklärte Punkt dem Willen der erklärenden Person entspricht. Bei der Leistung der vorstehenden Unterschrift war ich anwesend.

…….....

(Ort, Datum, Name, Geburtsdatum und Unterschrift der Bestätigungsperson)

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

15. Anwaltlicher Überprüfungsvermerk

Den vorstehenden allgemeinen Teil der Psychosozialen Patientenverfügung habe ich überprüft; er entspricht dem in Deutschland geltenden Recht.

Zusätzliche Ergebnisse der Überprüfung oder sonstige Hinweise des prüfenden Anwalts / der prüfenden Anwältin, zum Beispiel auf Landesrecht:

…….

…….

…….

(Stempel, Datum, Unterschrift)

Die rechtliche Voraussetzung für die psychiatrische Behandlung ist in den länderspezifischen Psychiatriegesetzen und im Betreuungsrecht geregelt. Diese Vorschriften stehen dem vorstehenden allgemeinen Teil der Psychosozialen Patientenverfügung nicht entgegen, im Gegenteil.

(Stempel, Datum, Unterschrift)

(Anschrift, Mail-Adresse, FAX- und/oder Telefonnummern)

C. ERGÄNZUNG

16. Betreuungsverfügung

Variante I (Betreuung durch eine Einzelperson)

Für den Fall, dass für/gegen mich ein Verfahren eingeleitet wird, mir einen Betreuer nach §§ 1896-1901 BGB zu bestellen, wünsche ich die Bestellung folgender Person/en als Betreuer:

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

Die Bestellung soll in der genannten Reihenfolge erfolgen. Die nachgenannten Personen sind in der Reihenfolge ihrer Aufführung Ersatzbetreuerpersonen für ausgeschiedene Betreuer/innen. Entspricht der von einem Betreuer oder einer Betreuerin für mich geäußerte Wille nach Ansicht des Betreuungsgerichts nicht meinem Wohl und der Betreuer bzw. die Betreuerin soll deshalb durch eine/n neue/n ersetzt werden, so ist die nächste von mir genannte Person als Ersatzbetreuer/in zu bestellen. Ich wünsche nicht, dass das Betreuungsgericht eine Person zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt, die ich nicht selbst vorgeschlagen habe. Kommen die hier von mir Aufgelisteten nicht als Betreuerpersonen in Frage, so haben diese Ersatzpersonen zu benennen, sollte ich persönlich niemand anderen vorschlagen. Erst wenn keine Betreuer/innen bestellt werden können, die ich oder die oben genannten Personen benannt haben, können andere zum Betreuer bestellt werden. Diese haben jedoch auch meine oben genannten Optionen durchzusetzen.

…….....

(Ort, Datum, Unterschrift)

Variante II (Gemeinschaftliche Betreuung durch mehrere Personen)

Für den Fall, dass für/gegen mich ein Verfahren eingeleitet wird, mir einen Betreuer nach §§ 1896-1901 BGB zu bestellen, wünsche ich, dass folgende Personen bestellt werden:

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

…….....

(voller Vor- und Zuname und Anschrift, Mail-Adresse, Tel.- & Fax-Nr.)

Die Betreuung soll durch mindestens 2 Betreuer/innen gleichzeitig erfolgen, die Bestellung geschieht in der genannten Reihenfolge. Die nachgenannten Personen sind in der Reihenfolge ihrer Aufführung Ersatzbetreuer/innen für ausgeschiedene Betreuer/innen. Entspricht der von einem Betreuer oder einer Betreuerin für mich geäußerte Wille nach Ansicht des Betreuungsgerichts nicht meinem Wohl, und der Betreuer bzw. die Betreuerin soll deshalb durch eine/n neue/n ersetzt werden, so ist die nächste von mir genannte Person als Ersatzbetreuer/in zu bestellen. Ich wünsche nicht, dass das Betreuungsgericht eine Person zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt, die ich nicht selbst vorgeschlagen habe. Kommen die hier von mir Aufgelisteten nicht als Betreuer/innen in Frage, so haben diese Ersatzpersonen zu benennen. Letzteres gilt für den Fall, dass ich niemand anderen vorschlage. Erst wenn keine Betreuer/innen bestellt werden können, die ich oder die oben genannten Personen benannt haben, können andere zum Betreuer bestellt werden. Diese haben jedoch auch meine oben genannten Optionen durchzusetzen.

Treten Meinungsverschiedenheiten unter meinen Wunschbetreuer/innen auf, soll die Meinung der Mehrheit meiner Wunschbetreuer/innen gelten. Bei einer Pattsituation soll die Meinung des in meiner Liste erstgenannten Wunschbetreuers bzw. der erstgenannten Wunschbetreuerin gelten.

…….....

(Ort, Datum, Unterschrift)