



# EEG

## Europäische Euthanasie-Gegner

### in deutschsprachigen Ländern

EEG - Postfach 61 - D-69518 Abtsteinach/Odw. - Gegründet innerhalb der Aktion Leben e.V. Deutschland

[www.aktion-leben.de](http://www.aktion-leben.de)  
D-EEG-13:GAAB

# Vorsorgliche Willensbekundung in Bezug auf medizinische Behandlung und Pflege

*Viele Menschen sind der Meinung, daß sie mit einer „Patientenverfügung“ eine Lösung gefunden haben, ihre „letzten Dinge“ zu regeln. Nach intensiver Beschäftigung mit dieser Problematik sind die „Europäischen Euthanasie-Gegner“ zu der Überzeugung gelangt, daß die „Patientenverfügung“ gerade in einer Zeit knapper Kassen und enormer Probleme aufgrund der Bevölkerungsstruktur **nicht dem Leben und einem Sterben in Würde dient, sondern der Einführung der ersten Stufe der Euthanasie (passive Euthanasie).***

Vorgänger der „Patientenverfügung“ ist der amerikanische „Living Will“, der 1967 von Luis Kutner, Professor an der Yale Law School, unter der Bezeichnung „Euthanasietestament“ innerhalb der anglo-amerikanischen Euthanasiegesellschaft entwickelt worden ist und in großem Ausmaß von den Euthanasiegesellschaften in der Welt gefördert wird.

Es ist geboten, die „Patientenverfügung“ im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 1901 BGB (Betreuungsgesetz) vom 1. September 2009 zu sehen und den damit in Verbindung stehenden „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom 11.9.1998 und der Verbreitung **passiver Euthanasie**. Passive Euthanasie wird über kurz oder lang unweigerlich die Tür zur **sog. aktiven Euthanasie** öffnen.

„**Passive Euthanasie**“ wird in Deutschland als „**passive Sterbehilfe**“ bezeichnet und bedeutet nicht Hilfe **beim** Sterben, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, sondern Hilfe **zum** Sterben in der Absicht, den Tod herbeizuführen durch Unterlassen oder Abbruch ärztlicher Maßnahmen - einschließlich Nahrung und Flüssigkeit. Nach § 1901 BGB können diese Maßnahmen „**unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung**“ durchgeführt werden. Wenn keine „Patientenverfügung“ vorhanden und kein Bevollmächtigter ernannt ist, gilt sogar der vom Arzt und Vormundschaftsgericht (evtl. Ernennung eines amtlichen Betreuers) ermittelte „**mutmaßliche Wille**“.

Das Beste am Gesetz vom 1. September 2009 ist: „Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden.“ Sie darf auch nicht zur

Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden (1901a (4)).

Der Wortlaut einer „Patientenverfügung“ erweckt oft den Eindruck, als handele es sich nur um die Forderung nach Unterbindung der Verlängerung des Sterbens und der Hinauszögerung des Todeskampfes durch extreme medizinische Maßnahmen. Dazu bedürfte es jedoch keiner „Patientenverfügung“, denn die Verlängerung des Sterbens gehört nicht zum ärztlichen Auftrag und wäre (u. U. strafbarer) Mißbrauch der Medizin. Daß sowohl Hilfe **zum** Sterben als auch Hilfe **beim** Sterben als „Sterbehilfe“ bezeichnet werden, trägt zur Verwirrung bei und verwischt die oftmals todbringende Bedeutung in Umlauf befindlicher „Patientenverfügungen“.

Gott allein ist Herr über Leben und Tod! Darum gibt es weder ein Verfügungsrecht über das eigene Leben (aufgrund eines vermeintlichen Selbstbestimmungsrechts) noch über das Leben anderer Menschen.

Menschlich gesehen mag es schwierig sein, sich dem Sog des Zeitgeistes mit seinen negativen Auswirkungen zu entziehen. Deshalb sollte unser ganzes Trachten auf das Übernatürliche gerichtet sein, ohne eine vernünftige diesseitige Vorsorge außer Acht zu lassen. Dazu finden Sie auf den folgenden Seiten einen Vorschlag: die „Vorsorgliche Willensbekundung“.

Es ist notwendig, mit vertrauten Personen darüber zu sprechen und sich im Gebet stets der Möglichkeit der Abberufung bewußt zu sein. Katholische Christen werden um den Empfang des Sterbesakramentes/der Krankensalbung bitten. Die Sterbestunde ist die wichtigste Stunde unseres Lebens!

## Allgemeine Hinweise

Die „Vorsorgliche Willensbekundung“ besteht aus zwei Teilen:

1. der **„Anweisung für meine medizinische Behandlung und Pflege“** im Falle Ihrer Äußerungsunfähigkeit. Sie legen Ihre Ablehnung der Euthanasie/Sterbehilfe, ob durch Unterlassen oder Handeln, klar dar.
2. der **„Vorsorgevollmacht“**. Damit können Sie eine Person, der Sie vertrauen, ermächtigen, an Ihrer Stelle Entscheidungen mit bindender Wirkung in Übereinstimmung mit Ihrer Anweisung zu treffen, sofern Sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind.

Eine mit Ihrer Originalunterschrift versehene Kopie Ihrer Anweisung sollte Ihrem Arzt gegeben und gegebenenfalls in die Krankenhausakte aufgenommen werden. Falls Sie mit einer Vorsorgevollmacht einen Bevollmächtigten und evtl. Ersatzbevollmächtigte benannt haben, sind diesen Personen handschriftlich unterzeichnete Kopien beider Dokumente auszuhändigen.

Sowohl die Anweisung als auch die Vorsorgevollmacht können jederzeit widerrufen werden (schriftlich, mündlich oder durch Vernichtung der Exemplare). Es handelt sich bei der „Vorsorgevollmacht“ **nicht** um eine Regelung finanzieller oder anderer Belange.

Nachstehend finden Sie ein Muster für die **„Anweisung für meine medizinische Behandlung und Pflege“** und ein Muster für die **„Vorsorgevollmacht“**. Diese Materialien gelten nicht als Rechtsauskunft.

Außerdem bieten wir Ihnen die Anweisung und die Vorsorgevollmacht einzeln im DIN A4 Format an. Beide Schriftstücke sollten möglichst jährlich durch neues Datum und Unterschrift aktualisiert werden.

## Anweisung für meine medizinische Behandlung und Pflege

Diese Anweisung ist meine vorsorgliche Willensbekundung in Bezug auf meine medizinische Behandlung und Pflege. Das gebräuchliche Muster für sogenannte Patientenverfügungen ist tendenziell auf den Tod gerichtet und entspricht nicht meinen Absichten. Diese Anweisung soll zugunsten des Weiterlebens interpretiert werden. Es handelt sich bei diesem Weiterleben nicht um das Hinauszögern des unausweichlichen Sterbeprozesses mit allen medizinischen Mitteln.

Die Bestimmungen in dieser Anweisung sind anzuwenden bei jeglicher Diagnose, ob terminal (das Ende betreffend) oder nicht, und gelten für jeden Zeitraum, währenddessen ich wegen Krankheit oder Verletzung nicht in der Lage bin, meine ausdrückliche Zustimmung zu geben. Diese Anweisung ist gültig bis auf Widerruf.

Da das menschliche Leben als von Gott geschaffenes Gut unantastbar und der Verfügungsgewalt des Menschen entzogen ist, weise ich alle Personen, die mich im Falle von Krankheit oder Verletzung behandeln oder betreuen oder die auf andere Weise die Herrschaft über meinen Körper ausüben oder Einfluß nehmen, an, nichts zu tun oder zu unterlassen, um absichtlich meinen Tod herbeizuführen, ungeachtet der Begründung. Es soll mir weder Nahrung noch Flüssigkeit vorenthalten werden. Die meinem Zustand angemessene medizinische Behandlung und Pflege sind zu gewährleisten, wenn sie zur Lebenserhaltung, Heilung, Besserung oder Erleichterung der Symptome meines Leidens notwendig sind. Wertungen wie „Lebensqualität“ kommen nicht in Betracht. Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um Schmerzen zu lindern und die zur Basisbetreuung gehörende Pflege zu gewährleisten.

Falls ich schwanger sein sollte, ist alles zu tun, um mein Leben und das Leben des Kindes zu retten. Für Organentnahme und nicht-therapeutische Eingriffe stehe ich nicht zur Verfügung.

Im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung bitte ich um den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft.

Ich verbiete aktive oder passive Euthanasie/„Sterbehilfe“; d. h. eine Handlung oder Unterlassung, die beabsichtigt den Tod herbeiführt.

(Bitte in Druckbuchstaben)

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

unterzeichnet am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

- Dieser Anweisung füge ich meine Vorsorgevollmacht bei, in der ich meinen Bevollmächtigten bestimme als jene Person, die meine Wünsche geltend machen und die gewährte Vollmacht ausüben soll.

# Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

## bestimme hiermit

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**zu meinem/er Bevollmächtigten in medizinischen und pflegerischen Angelegenheiten gemäß § 1896 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (Deutschland), § 273 Abs. 2 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (Österreich), Art. 32 Abs. 1 und Art. 6 OR (SR 220) (Schweiz).**

Diese Vollmacht tritt nur in Kraft, falls ich unfähig bin, bewußt Willensäußerungen hinsichtlich meiner medizinischen Behandlung und Pflege zu machen und gilt nur für die Dauer dieser Unfähigkeit.

Der/die Bevollmächtigte hat das Recht, für mich bzw. an meiner Stelle entsprechend den in meiner „Anweisung für meine medizinische Behandlung und Pflege“ festgelegten Werthaltungen, Wünschen und Bestimmungen, Entscheidungen zu treffen und für deren Ausführung zu sorgen. Die letzte Entscheidung über „angemessene“ oder nicht angemessene Behandlung steht meinem/er Bevollmächtigten zu.

Aktualisiert am: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die von mir ermächtigte Person ist mit dieser Bevollmächtigung einverstanden und hat sich bereit erklärt, entsprechend zu verfahren.

Falls die von mir ermächtigte Person nicht erreichbar ist oder die Aufgabe nicht wahrnehmen kann oder will, bestimme ich die folgende(n) Person(en) in angegebener Reihenfolge:

## Erste(r) Ersatzbevollmächtigte(r)

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Zweite(r) Ersatzbevollmächtigte(r)

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Falls es notwendig wird, daß ein Betreuer für mich bestellt wird, benenne ich dieselben Personen in der gleichen Reihenfolge.

unterzeichnet am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Aktualisiert am: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nachstehend finden Sie weitere Hinweise und Benachrichtigungskarten.



## Rückseiten

Rückseite

Ich \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse:

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

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

### Kontaktadressen:

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

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Rückseite

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

# Hinweise zu den Benachrichtigungskarten

Der Zweck der Benachrichtigungskarte ist, Ihnen zu helfen, falls Sie in einer Notsituation nicht fähig sind, sich zu äußern. Sie wird diejenigen, die für Ihre medizinische Versorgung verantwortlich sind, darauf hinweisen, daß Sie die notwendige Behandlung und Pflege - einschließlich Nahrung und Wasser - wünschen.

Durch diese Benachrichtigungskarte soll auch der Kontakt zwischen den Personen, die für Sie medizinisch Sorge tragen, und denjenigen, mit denen Sie Ihre „Vorsorgliche Willensbekundung“ besprochen haben, bzw. mit Ihren Bevollmächtigten hergestellt werden.

Vervollständigen Sie die Benachrichtigungskarte mit Ihrem Namen, Ihrer Adresse und Telefonnummer. Geben Sie auf der Rückseite die Daten Ihres Bevollmächtigten und Ersatzbevollmächtigten an. Je

mehr Telefonnummern Ihrer Bevollmächtigten angeführt sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die behandelnden Ärzte jemanden erreichen.

Zudem finden Sie eine weitere Benachrichtigungskarte, in der Sie mitteilen können, daß Sie für Organspende und die zusätzlich aufgeführten Punkte nicht zur Verfügung stehen.

Tragen Sie die Benachrichtigungskarten immer bei sich (z. B. in der Geldbörse oder Brieftasche, zusammen mit dem Führerschein).

Auf Wunsch schweißen wir Ihnen die Karten gerne in Kunststoff ein, damit sie haltbarer sind. Bitte senden Sie dazu die ausgefüllten Karten zusammen mit einem frankierten Rückumschlag und Briefmarken für die entstehenden Portokosten an die Anschrift der EEG.

Herausgeber: EEG - Europäische Euthanasie-Gegner, gegründet innerhalb der AKTION LEBEN e.V., Postfach 61, D-69518 Abtsteinach, www.aktion-leben.de, E-Mail: post@aktion-leben.de  
Spenden an: Volksbank Überwald e.G., Bankleitzahl 509 616 85, Kontonummer 17 914  
BIC: GENODE51ABT - IBAN: DE83509616850000017914

Kontaktadresse Österreich: A-4030 Linz, Wiener Str. 262a, Spendenkonto: 771-3055.13, Oberbank BLZ 15000

Kontaktadresse Schweiz: CH-6344 Meierskappel, Postfach 25, Spendenkonto: 60-751865-1, PostFinance

Wir danken der AMERICAN LIFE LEAGUE, Stafford, USA, für die wertvollen Anregungen bei der Abfassung dieser „Vorsorglichen Willensbekundung“. Auch danken wir Elisabeth Backhaus und Doris Laudenbach für deren Mitarbeit.

## Anmerkung:

Wenn sich keine geeignete Person finden läßt, der man eine „Vorsorgevollmacht“ anvertrauen kann, gibt es noch die Möglichkeit, eine „**Betreuungsverfügung**“ abzufassen, welche als separates Blatt erhältlich ist.

**„Herr, mein Gott, schon jetzt nehme ich den Tod, wie er auch nach Deinem Willen mich treffen mag, mit all seinen Ängsten, Peinen und Schmerzen aus Deiner Hand ergeben und willig an.“**

Pius X.

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

**Benachrichtigungskarte  
in gesundheitlicher Notsituation**

Ich, \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

wünsche die notwendige medizinische Behandlung und Pflege, einschließlich Nahrung und Wasser. Bitte nehmen Sie Kontakt auf zu den umseitig genannten Personen:

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

**Ich bin kein Organspender!**  
*I am not an organ donor! / Je ne suis pas donneur d'organe!*

Ich verbiete \* Hirntoddiagnose  
\* Organentnahme  
\* fremdnützige Eingriffe  
\* Euthanasie.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bin evangelischer Christ.  
 Ich bin katholischer Christ und wünsche im Falle einer lebensbedrohlichen Situation den Beistand eines Priesters und die Sterbesakramente.

Diese Karte den Ausweispapieren beilegen!

Bitte wenden!