

Der **VORSORGEN!** Ordner



2

**Denkanstöße zur
VORSORGEN!-
Mappe**



WWW.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE

*Wir
unterstützen
die Charta*

Sammelband 2023, 2024 und 2025

schöner leben ... Ein gut verständliches, lebensnahes Quartalsmagazin mit den verschiedensten Informationen rund um das Leben.

Die Inhalte sind größtenteils zeitlos. Da weiterhin Interesse an den „alten“ und inzwischen vergriffenen Heften besteht, bieten wir alle Jahrgänge als Sammelbände an. Die einzelnen Hefte wurden so überarbeitet, dass die Artikel mit rein aktuellem Bezug inhaltlich zeitlos angepasst wurden.

schöner leben ... Sammelband 2023

Band 1 „Ein Koffer für die letzte Reise“

Band 2 „Der beste Freund“

Band 3 „Werbung fürs Sterben?“

Band 4 „Mein Wille geschehe!“

140 Seiten 20 EUR

schöner leben ... Sammelband 2024

Band 5 „Loslassen. Sterben zulassen.
Wie geht das in der Praxis?“

Band 6 „Kleine Patienten.
Kinderhospiz und Kinderpalliativ.“

Band 7 „Pflege im Alter –
Daheim oder im Heim?“

Band 8 „Bestattungen –
Ein aussterbendes Kulturgut“

286 Seiten 30 EUR

schöner leben ... Sammelband 2025

Band 9 „Hospiz und Palliativ.
Viele Wege führen zum Ziel“

Band 10 „Ernährung. Hohe Kunst oder
nur Nährstoffaufnahme“

Band 11 „Leiden lindern.
Möglichkeiten und Grenzen.“

Band 12 „Lebenshilfe. Sterbehilfe. Tötungshilfe.
Aktueller Stand, Rückblick und Ausblick.“

260 Seiten 35 EUR

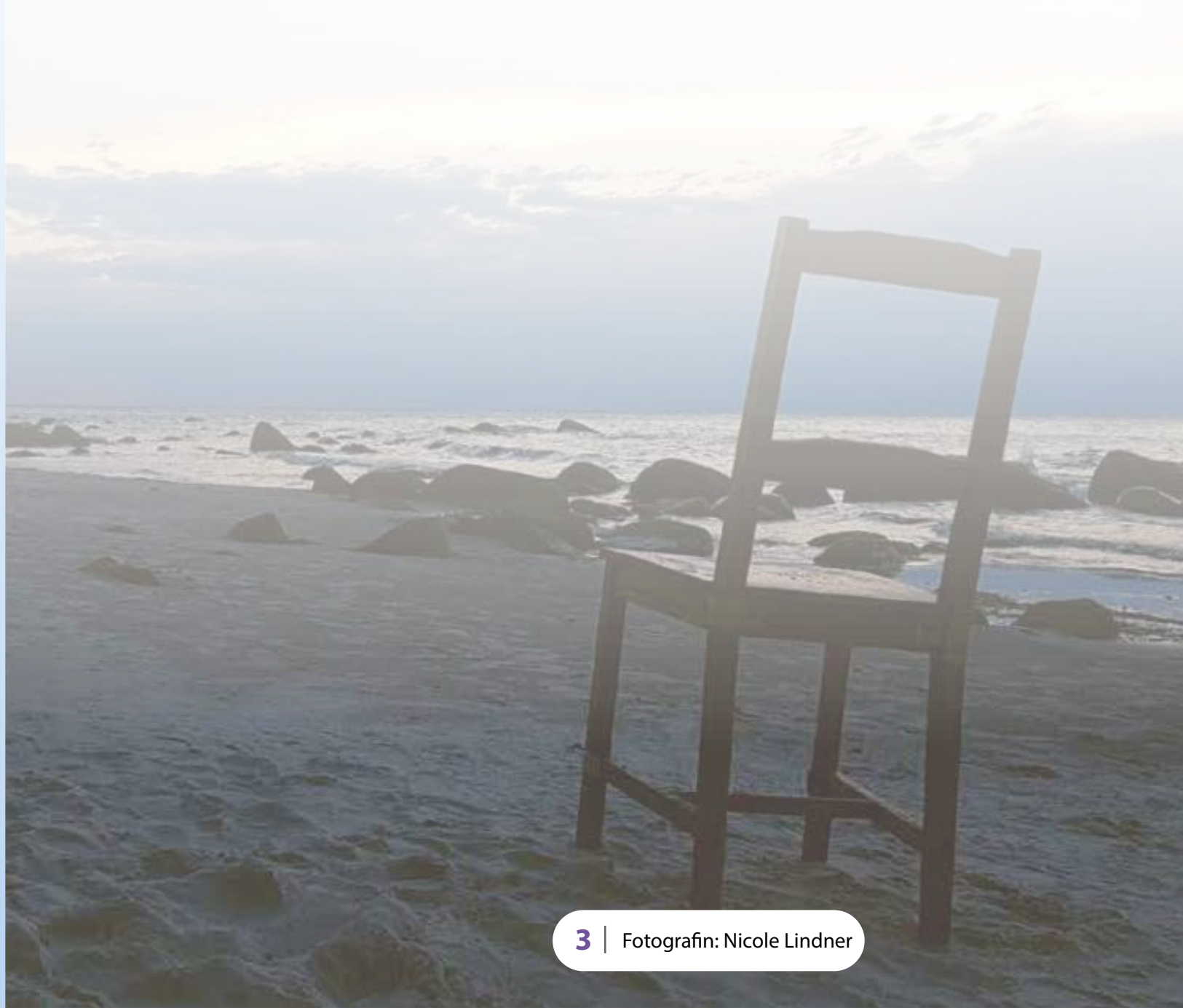
Im Dreierpack kosten Sammelband 2023, 2024 und 2025
zusammen statt 85 EUR nur 40 EUR!

Preise inklusive Versandkosten



Inhaltsverzeichnis

Ein weiterer Impuls für die VORSORGEN!-Unterlagen	4
Der kleine Unterschied: Die VORSORGEN!-Mappe	5
Patientenverfügung Ein etwas anderer Blick.	6
Natalie. Ein dornenvoller Weg	11
Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille und Entscheidungen des Gerichts am Ende des Lebens	17
Glossar	18
Außerdem erhältlich	22



Ein weiterer Impuls für die VORSORGEN!-Unterlagen

Im ersten Teil zu den Erläuterungen für unseren VORSORGEN!-Ordner haben wir Ihnen recht konkrete Erklärungen zum Ausfüllen der VORSORGEN!-Unterlagen gegeben.

Wenn Sie dazu noch Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an. Wir werden die häufigen Fragen auch immer wieder ins Begleitheft mit aufnehmen, das regelmäßig aktualisiert wird.

Dieses ist der zweite Teil mit einigen weiterführenden Gedanken und Entscheidungshilfen.

Der dritte Teil befasst sich speziell mit dem Thema Bestattung und allem, was dazu gehört.

Im vierten Teil kommen dann Überlegungen dazu, welche Spuren Sie vielleicht hinterlassen wollen.

Bitte denken Sie immer daran. Jetzt können

Sie klar äußern, was Ihnen wichtig ist, was Sie für sich selbst wollen. Es kann aber sein, dass Sie sehr bald oder auch erst in vielen Jahren zeitweise oder dauerhaft nicht in der Lage sind, sich verständlich mitzuteilen. Ab dem 18. Geburtstag darf kein Angehöriger für Sie entscheiden, wenn Sie zum Beispiel nach einem Unfall oder plötzlicher schwerer Krankheit in einer Klinik liegen und sich nicht äußern können, weil sie im Koma liegen. Es muss dann erst eine gericht-

liche Betreuung angeordnet werden. Wenn man die derzeit gültige Rechtslage genau nimmt, dürften Sie nicht einmal erfahren, ob und wo ihr Ehepartner, Kind oder Eltern teil im Krankenhaus liegt und wie es ihm geht.

Eine in guten Tagen ausgestellte Vollmacht kann hier vieles erleichtern und absichern. Mit diesem Begleitheft, dem VORSORGEN!-Ordner und den zugehörigen VORSORGEN!-Vordrucken haben Sie vielfältige Möglichkeiten Ihren Weg bis zum Lebensende und darüber hinaus so mitzugestalten, dass es für Sie und Ihre Angehörigen angemessen ist. Das wird bei den verschiedenen Menschen sehr verschieden sein. So wie wir Menschen eben sind: verschieden, bunt, vielfältig. Im Aussehen, in der Einstellung, in unseren Vorlieben und Wünschen, auch zu dem, was wir zu tragen und zu ertragen bereit sind.

Das gilt im Kleinen wie im Großen, bei Ihrem ganz persönlichen Geschmack für Kleidung, Wohnen, Essen, und auch bei der Einstellung zum eigenen Leben, Sterben und Tod!

Wir können Ihnen mit diesen Unterlagen helfen, dass es Ihre Angehörigen, Ihre Pfleger, Ärzte und alle anderen leichter haben, wenn Sie nicht für sich sprechen können. Vielleicht wird sich Ihre Einstellung im Laufe der Jahre ändern.



Deshalb sollten Sie die Unterlagen immer wieder einmal überdenken und anpassen.

Zusätzlich zu diesen Unterlagen ist die Deutsche PalliativStiftung mit einem Partner dabei, eine Möglichkeit zu schaffen, dass Sie ein vertrauliches in einem Gespräch mit einem künstlichen Partner darüber führen können, was Ihnen im Leben wichtig war und ist. Daraus wird dann ein Text erstellt, den Sie noch anpassen können und als Wertvorstellungen den VORSORGEN!-Unterlagen beifügen können. Das ist besonders hilfreich für die Entscheider in schwierigen Situationen.

Solche Situationen können wir kaum vorausplanen.

Wir wollen Ihnen mit einer eindrücklichen Geschichte zeigen, was passieren kann, wenn keine VORSORGEN!-Unterlagen vorhanden sind. Und auch, wie solche schwierigen Situationen mit Wissen und Engagement gelöst werden können. Der Herausgeber selbst hat Natalie begleitet.

Wir sind Familie R. sehr dankbar, dass wir über den Verlauf hier so offen schreiben dürfen.



Der kleine Unterschied: Die VORSORGEN!-Mappe

Es gibt inzwischen viele und sehr unterschiedliche Vorsorgeunterlagen bei allen möglichen Verbänden, Institutionen, Behörden oder einzelnen Aktivisten. Einige sind gut und allgemein verständlich. Andere sind ausgezeichnet und präzise formuliert. Manche sollen juristisch, notariell erarbeitet und bestätigt werden. Andere kann man schnell online ausfüllen und wieder andere einfach in zehn Minuten beim Hausarzt in der Sprechstunde. Mit „Beizeiten begleiten“ dauert es dann eher schon drei bis vier Stunden, bis die Unterlagen komplett sind. Viele sind kostenlos, manche kosten eine Kleinigkeit, einige viele hundert Euro. Und bei einigen zahlt man mit seinen Daten.

Die Spanne ist sehr groß. Wie soll sich ein Laie da auskennen?

Die Gründer der PalliativStiftung sind beruflich alle schon seit vielen Jahrzehnten mit den Fragen der Vorsorgeunterlagen befasst. Und sie haben alle im beruflichen Alltag unterschiedliche, teils ausgesprochen leidvolle Erfahrungen dabei gemacht. Deswegen war es schnell ein wichtiges Anliegen der Pallia-

tivStiftung, Vorsorgeunterlagen zu erarbeiten, die ...

1. ... juristisch so einwandfrei wie möglich sind. 100 % geht leider nie. Recht wird erst vom Richter gesprochen.
2. ... von Laien mit Unterstützung relativ einfach auszufüllen sind. So ganz einfach kann es nicht sein. Es geht schließlich um die letzten Fragen, Fragen um Leben und Tod.
3. ... dann auch in der Praxis, am Krankenbett wirklich wirksam und durchsetzungsfähig sind. Die juristische Situation kann kompliziert sein. Dazu mehr in einem späteren Kapitel.

Die PalliativStiftung hat sich die Formulierungsvorschläge des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz als Vorbild genommen. Sie hat mit Praktikern aus Pflege, Medizin, Verwaltung, Rechtsprechung und einigen mehr daran gefeilt und immer wieder geändert, angepasst, aktualisiert. Die verschiedenen Versionen wurden immer wieder direkt in der Praxis erprobt

und die Rückmeldungen aus der Praxis ernst genommen und einfließen lassen. So ist die PalliativStiftung froh und auch stolz, dass nach den Rückmeldungen, die sie erhielt, diese Vorlagen zu den Besten gehören, die gefunden werden können.

In den Beiträgen zu den verschiedenen Vorlagen wird erklärt, worauf man achten sollte, wenn man andere, vorhandene Vorsorgeunterlagen auf Ihre (Alltags)Tauglichkeit überprüfen will. Eine Kleinigkeit als Beispiel: Anfangs wurde die Ankreuzversion so gestaltet, wie es sonst oft üblich ist: Es war so formuliert, dass die übergroße Mehrheit der Menschen durchgehend einfach ein „ja“ ankreuzen würde. Bald fiel auf, dass die ja-Kreuze öfters ohne rechtes Nachdenken und Verständnis gesetzt werden. Oder auch versehentlich das Gegenteil, „nein“, überall angekreuzt wird.

So muss der Leser jetzt bei den VORSORGEN!-Unterlagen schon bei jeder einzelnen Frage etwas überlegen. „Einfach auf die Schnelle“ geht nicht mehr.

Patientenverfügung

Ein etwas anderer Blick

Der Spagat zwischen regeln und gestalten

Von Heiner Melching,
Deutsche Gesellschaft für
Palliativmedizin e.V.
Und Stiftungsrat der
Deutschen PalliativStiftung

Heiner Melching (Jg. 1963) ist seit vielen Jahren der Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Dabei ist er kreativ, humorvoll und durchaus wortgewaltig. Eigentlich hat er Sozialpädagogik studiert (das hilft wohl auch gut im Umgang mit schwierigen Ärzten) und auch schon in einem Bestattungsinstitut gearbeitet. Er hat einen speziellen, interessanten und sehr pragmatischen Blick auf das Thema Patientenverfügung. Seine Überlegungen dazu und seine eigene Verfügung dürfen wir hier abdrucken.

In einer zunehmend der Ökonomie unterworfenen Gesellschaft scheint alles regel- und organisierbar zu sein; wann und wie und welche Kinder auf diese Welt kommen, welche Event-Agentur die Kindergeburtstage plant, welche Sprachen und Fähigkeiten schon im Kindergarten und der Schule erlernt werden müssen, um den Märkten und der Wirtschaft der Zukunft gerecht werden zu können, welchen Wedding-Planer oder Paartherapeuten wir brauchen, wie Raucher:innen sich auf zugigen Bahnsteigen in kleinen gelben Rechtecken einzufinden haben und wie wir uns gegen alles

Mögliche versichern können. Dabei schützt uns weder eine Unfallversicherung vor Unfällen noch eine Sturm- und Wasserschadenversicherung vor Umweltkatastrophen, und auch wenn man sich inzwischen gegen über 300 Krebsarten versichern kann, wird dadurch das Krebsrisiko nicht geringer. Wir können uns allenfalls materielle Entschädigungen ermöglichen, oder wenn man es etwas boshaft formulieren möchte, können wir ein materielles Interesse an Schadensereignissen generieren.



In diesen Zeiten, in denen nahezu alles geregelt, organisiert, gemanagt und im Voraus geplant werden soll, liegt es nahe, auch das Lebensende durch Vorausverfügungen zu regeln. Die Fragen, die sich dabei stellen, sind vielfältig und ich möchte drei davon etwas genauer betrachten:

1. Was sind die Gründe für den Boom an Patientenverfügungen und Vorausplanungen wie BVP, GVP, ACP, usw.?
2. Wann führen Vorausverfügungen zum gewünschten Ergebnis und wann nicht?
3. Brauchen wir wieder mehr Mut und Letztverlässlichkeit, um uns anderen anvertrauen zu können?

1. Zu den Gründen

Die moderne Medizin hat sich bereits im letzten Jahrhundert zunehmend technisiert und spezialisiert, was auch dazu geführt hat, eine Entwicklung von einer fürsorgenden und umsorgenden Behandlung hin zu einer versorgenden und organ- und therapiefokussierten Dienstleistung zu befördern. Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung hierzu mit großem Erfolg einen Gegenentwurf etabliert hat, der den Menschen als Ganzes mit seinem sozialen Umfeld betrachtet, und auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung das Beziehungsgeschehen und die Wünsche von Patient:innen die entscheidende Rolle spielen, ist in vielen Bereichen der hoch spezialisierten Medizin und besonders im Krankenhaus zu beobachten, dass sich Behandlungen häufig an dem orientieren, was machbar ist und nicht unbedingt an dem, was sinnvoll und von den Betroffenen gewünscht ist. Nach Schätzungen ist bei ca. 20 % aller Sterbefälle in Deutschland in den letzten vier Wochen eine intensivmedizinische Behandlung zum Einsatz gekommen.

Diese Entwicklung ist sicherlich mitverantwortlich dafür, dass viele Menschen die Sorge haben, am Ende ihres Lebens einer Medizin ausgeliefert zu sein, der sie sich nicht erwehren können und die nicht gewünscht wird. Auch wenn es aus rein rechtlicher Sicht keinen Grund für solche Sorgen und Ängste gibt, da jeder ärztliche und pflegerische Eingriff das Einverständnis der Betroffenen erfordert und andernfalls den Straftatbestand einer

Körperverletzung erfüllen kann, erfahren wir immer wieder aus unserem Umfeld oder den Medien von Fällen, in denen Menschen ohne eine vernünftige Indikation oder ohne ausreichende Berücksichtigung ihres Willens reanimiert, operiert, beatmet, künstlich ernährt und maximal therapiert werden. Die meisten Patientenverfügungen (PV) sind darauf ausgelegt, solche unerwünschten Maßnahmen zu verhindern, wenngleich aus rein juristischer Perspektive die Notwendigkeit einer PV größer ist, wenn dadurch das nötige Einverständnis zu ärztlichen Eingriffen ausgedrückt wird.

2. Was muss alles gelingen, damit meine Patientenverfügung den gewünschten Erfolg hat?

Zunächst muss ich es schaffen mir vorzustellen, was ich in einer bestimmten Situation möchte, die ich mir zunächst nur theoretisch vorstellen kann. Was werde ich wollen, wenn ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann? Z. B. nach einem Unfall, einem Schlaganfall oder im Verlauf einer schweren Erkrankung. Wie sich das dann für mich anfühlen wird, kann ich nur vermuten, weshalb es wichtig sein wird, meine formulierten Vorgaben in regelmäßigen Abständen neu zu hinterfragen und zu überprüfen und diese mit den mir nahestehenden Menschen zu besprechen. Um verstehen zu können, was einzelne Maßnahmen, die ich für mich in Anspruch nehmen möchte oder verhindern will, bedeuten, brauche ich auch die Beratung von medizinischen Fachleuten, wobei sich aus

meiner Sicht Hausärztinnen und Hausärzte, die mich gut kennen, am besten eignen. Was bedeuten eine Chemotherapie, eine Reanimation, eine Beatmung, eine PEG oder eine extrakorporale Membranoxygenierung und weitere Interventionen, die ich nur vom Hörensagen oder aus dem Fernsehen kenne?

Wenn es mir dann gelungen ist, meine Wünsche auf Papier oder in eine Datenbank zu bringen, ist es natürlich wichtig, dass diese auch schnell von den richtigen Leuten, wie Pflegepersonal, Rettungsdienst, Notärzt:innen und Krankenhauspersonal gefunden werden können. Nun kommt aber etwas sehr Entscheidendes: diejenigen, die meine Patientenverfügung dann zu lesen bekommen, sollen sie genauso verstehen, wie ich es gemeint habe. Und das, ohne mich näher zu kennen, weshalb immer häufiger empfohlen wird, neben konkreten Handlungsanweisungen auch etwas zur eigenen Persönlichkeit und den allgemeinen Wertvorstellungen aufzuschreiben. Dennoch ähneln Patientenverfügungen zunehmend Checklisten und werden als eine Art „Gebrauchsanleitung“ für das gute Sterben verstanden, was dazu führen kann, dass Ärztinnen und Ärzte mehr auf eine Verfügung und deren Rechtmäßigkeit schauen als auf den Patienten. Ein großes Problem sind auch die vermutlich unvermeidbaren Interpretationsspielräume einzelner Formulierungen. So werden vom Bundesministerium für Justiz z. B. folgende Formulierungen als Textbausteine empfohlen:

„Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...“

Hier werden einige ambitionierte Intensivmediziner:innen vermutlich eine ganz eigene Vorstellung davon haben, ob ein Sterbeprozess zunächst „abwendbar“ ist und der unmittelbare Sterbeprozess überhaupt schon begonnen hat. Des Weiteren wird als Textbaustein empfohlen:

„Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.“

Auch hier wird es diejenigen geben, die ein Endstadium eher nicht vermuten, solange der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Auch bei der Textempfehlung: „In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.“ bleibt die Frage offen, was einzelne Mediziner:innen für möglich und sinnvoll erachten. Somit bleibt es in einigen Fällen eine Glückssache, ob eine Patientenverfügung auch im eigenen Sinne umgesetzt wird oder nicht. Hinzu kommt das Dilemma, dass Ärzt:innen sich in einer nicht absolut eindeutigen Akutsituation eher durch Unterlassen als durch Handeln angreifbar machen. Die Grundlage für medizinische Entscheidungen ist also nicht unbedingt die Überzeugung etwas Sinnvolles zu tun, sondern die Angst vor Konsequenzen im Falle der Therapiebegrenzung.

Auf jeden Fall erscheint es mir aber so, dass solche „Checklisten-Verfügungen“ nicht an die Verantwortung von Ärzt:innen appellieren, sondern ihnen die Verantwortung geradezu abnehmen und sie eher zu Dienstleister:innen oder Wunscherfüller:innen werden lassen. Verantwortung wird delegiert an eine Verfügung oder an eine bevollmächtigte Person, was gut sein kann, aber auch eine Überforderung auslösen kann, wenn es auf die Spitze getrieben wird, wie in folgendem Fall, der mir aus einer sehr zuverlässigen Quelle berichtet wurde und hoffentlich eine absolute Ausnahme ist. Dabei war es so, dass ein junger Intensivmediziner die bevollmächtigte Ehefrau eines Patienten anrief und ihr am Telefon sinngemäß sagte:

„Sie sind ja die Bevollmächtigte Ihres Mannes, der hier bei uns liegt und sich jetzt akut sehr verschlechtert hat. Wir mussten ihn reanimieren und sind jetzt schon seit über 15 Minuten damit beschäftigt. Möchten Sie, dass wir weitermachen, oder sollen wir die Reanimation beenden?“

3. Die Gestaltung des Lebensendes als „technische Disziplin“ oder als verantwortungsvolles Miteinander?

Klaus Dörner hat in seinem Buch „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ Ärzt:innen empfohlen ein Schild in ihrem Wartezimmer aufzuhängen auf dem steht: „Wir erfüllen keine Wünsche – dafür übernehmen wir Verantwortung.“

Wer bereit ist Verantwortung zu übernehmen, dem kann ich mich, wenn alles gut läuft auch – zumindest in einigen Situationen – anvertrauen. Wer „nur“ meine Wünsche umsetzen soll, dem muss ich genau

sagen, was er zu tun hat. Und in gewisser Weise empfinde ich Patientenverfügungen auch als eine Art „Misstrauensvotum“ gegenüber dem Gesundheitssystem – und somit auch gegenüber denen, die dort unter schwierigen Bedingungen hart arbeiten.

Neben der zunehmend verbreiteten Haltung, dass im besten Fall immer ein anderer verantwortlich und somit auch schuld ist, wenn etwas schief läuft, wächst in unserer Gesellschaft aber auch ein eigenartiges Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung. Wir wollen also auf der einen Seite möglichst wenig Verantwortung für uns und andere übernehmen und auf der anderen Seite in absoluter Selbstbestimmung leben – wie passt das zusammen?

In dem oben bereits erwähnten Buch hat Klaus Dörner auch geschrieben:

„Wir haben zwei Prinzipien, die das gesellschaftliche Hilfesystem der Moderne im 19./20. Jahrhundert geprägt haben: Zum einen die Institutionalisierung des Helfens, zum anderen die Professionalisierung des Helfens.“

Das kann dazu führen, dass Bereiche des Helfens aus dem Verantwortungs- und Kompetenzbereich der Gesellschaft und aus dem eigenen „entführt“ werden.

Das könnte bedeuten, dass uns in unserem Innersten gar nicht daran gelegen ist, Verantwortung abzugeben – wir wollen sie übernehmen – aber wir trauen es uns nicht mehr zu. Überall lauern Profis und Expert:innen, oder Anweisungen – in allen Lebensbereichen. Unsere Smartwatch informiert uns darüber, ob der Puls beim Laufen ok ist, und

nicht unser eigenes Körpergefühl, dem wir dadurch immer weniger trauen. Wir schauen morgens nicht mehr in den Himmel, um zu sehen, wie das Wetter wird, sondern aufs Handy, und wir schauen mehr auf Laborwerte und Verfügungen als auf den uns anvertrauten Menschen. Und auch zu allen anderen Themen sind die sozialen Medien und die Talkshows voll von Experten. In vielen Bereichen scheint das Vertrauen und das Zutrauen in uns selbst attackiert zu werden. Wer sich selbst nicht mehr trauen kann, der traut auch keinem anderen. Vielleicht resultiert aus dem von Dörner beschriebenen Gefühl, dass Bereiche des Lebens und des Miteinanders aus dem eigenen Kompetenz- und Verantwortungsbereich „entführt“ werden, auch zu dem großen Drang nach Selbstbestimmung. Aber auch dort entlarvt sich der Mythos der absoluten Selbstbestimmung schnell. Wie selbstbestimmt bin ich, wenn ich bei strömendem Regen mit dem Hund rausgehe? Wenn der Wecker klingelt und ich zur Arbeit muss? Oder ich nachts das weinende Kind tröste?

Wir leben seit jeher als soziale Wesen in Beziehungen und Abhängigkeiten. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Geborgenheit, wobei das eine die Ablösung von dem anderen erfordert. Und ich wünschte mir, dass wir uns auch im Alter oder im Sterben mit einem guten und sicheren Gefühl wieder anderen anvertrauen können, wie sich das Baby seinen Eltern anvertraut. Hierzu braucht es aber natürlich auch diejenigen, die sich dieses Vertrauen erwerben und die bereit sind, die damit verbundene Verantwortung zu übernehmen. Vielleicht würden dann auch Patientenverfügungen nicht aussehen wie Checklisten, sondern wie ein „sich zeigen“.

Eine solche „Patientenverfügung“ hat meine Freundin vor einiger Zeit vorgefunden, als sie als Notärztin in ein Pflegeheim, wegen Luftnot einer Bewohnerin, gerufen wurde. Nachdem weder Hausarzt noch Angehörige zu erreichen waren, wurde ihr von einer Pflegerin ein handgeschriebener Zettel der luftnötigen und allem Anschein nach, sterbenden Dame gegeben. Darauf stand nur:

„Ich habe 87 Jahre lang ein gutes Leben gelebt. Ich würde gerne 120 werden, aber nicht um jeden Preis.“

Die Notärztin hat die Dame daraufhin nicht mit Blaulicht oder unter Reanimation in die Klinik gebracht, sondern sie vor Ort mit allem nötigen versorgt und sie gut begleitet und ohne belastende Symptome sterben lassen. Das mag richtig oder falsch gewesen sein – aber auf jeden Fall war es mutig und die Notärztin hat die Verantwortung für die Dame und ihr Sterben getragen.

Ich habe mir daraufhin auch überlegt, wie ich mit meiner Patientenverfügung dazu beitragen kann, Ärzt:innen und Pflegenden etwas zuzutrauen und ihnen Verantwortung zu übertragen, die sie nur schwerlich wegdelegieren können. Wichtig ist, dass meine Patientenverfügung keine Blaupause und schon gar keine Empfehlung sein soll – es ist mein ganz persönliches Wagnis mich jemandem anzuvertrauen und ich weiß, dass das gut gehen kann oder auch nicht – so, wie fast jede andere Patientenverfügung auch. Und so sieht sie aus:

Liebe Pflegekraft, liebe Ärztin, lieber Arzt,

hier liege ich nun vor Ihnen und kann meinen Willen und meine Wünsche für das, was Sie tun sollen, nicht mehr äußern. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Verfügung wusste ich nicht, wie mein Zustand jetzt ist – bin ich am Ende einer schweren Erkrankung, hat mich ein plötzliches Ereignis wie ein Schlaganfall oder ein Unfall hierhergeführt, liege ich auf dem Rücken oder auf dem Bauch? - keine Ahnung. Und selbst, wenn ich mir alle nur erdenklichen Szenarien im Vorfeld überlegt hätte, wüsste ich nicht, wie es mir jetzt geht – wie sich das anfühlt – und was Sie am besten damit machen sollten. Somit möchte ich das Wagnis eingehen mich Ihnen, Ihrem Wissen, Ihren Fertigkeiten und vor allem Ihrer Menschlichkeit anzuvertrauen. Schauen Sie mich an, überlegen Sie, was mir guttun könnte, hören Sie ebenso auf Ihren Verstand, wie auf Ihr Bauchgefühl und machen Sie das Beste draus.

Grundsätzlich gibt es zu mir zu sagen, dass ich ein ausgesprochen gutes und erfülltes Leben hatte, in dem ich nahezu nichts ausgelassen habe. Die Vorstellung zu sterben, beglückt mich zwar nicht sonderlich, aber wenn es dann so ist, ist das auch ok – und zudem irgendwann ohnehin unausweichlich. Eine besondere Sehnsucht nach dem Tod habe ich aber auch nicht, da ich davon ausgehe, auf jeden Fall lange genug tot zu sein, worunter ich mir nur ein völlig unaufregendes Nichts vorstelle.

Somit kommt es für mich auf ein paar Tage oder Wochen mehr oder weniger nicht an – es gibt also keinen Grund zur Hektik oder zur Eile – wenn es aus Ihrer Sicht Sinn macht, können Sie also auch mal etwas Unkonventionelles mit mir ausprobieren, solange es mir aus Ihrer Sicht ein würdevolles Leben oder Sterben ermöglicht.

Sprechen Sie mit meiner Lebensgefährtin und mit meinem Sohn, wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind – die beiden sind von mir bevollmächtigt meinen Willen wiederzugeben und die kennen mich am besten.

Ich danke Ihnen von Herzen für jede Sekunde, die Sie sich Zeit für mich nehmen, für jeden Gedanken, für jedes Mitgefühl und für alles, was Sie tun - und vor allem auch für alles, was Sie aus guten Gründen unterlassen.

Ich hoffe, ich mache Ihnen nicht allzu viel Stress – und wenn doch, hoffe ich, dass Sie dafür wenigstens gut bezahlt und gut behandelt werden.

*Vielen Dank und
herzliche Grüße*

Heiner Melching

PS. Eins noch: Sollte jemand auf die aberwitzige Idee kommen, mir an meinem Sterbebett aus dem kleinen Prinzen vorzulesen oder meine Hand mit den Worten tätscheln „Sie können jetzt ruhig loslassen“ – schmeißen Sie diese Person bitte raus :-)



Natalie R.

* 29. September 1993
+ 9. Februar 2018

Natalie. Ein dornenvoller Weg

Dies ist ein Bericht über eine wahre Begebenheit, die genau so geschehen ist. Es kann sein, dass dies Emotionen und Gefühle auslöst, bei denen sich der Leser Hilfe suchen sollte.

Aus der richterlichen Stellungnahme zu Natalies mutmaßlichem Patientenwillen.

„Die Betroffene wurde am 18.06.2017 Opfer einer Straftat, in dessen Verlauf sie solange gewürgt wurde, dass es zu einer längerfristigen gravierenden Einschränkung der Sauerstoffzufuhr gekommen ist ... Eine wesentliche Besserung der kognitiven und neuropsychologischen Funktionen erscheine aus neurologisch-medizinischer Sicht ausgeschlossen.“

Natalie wurde von ihrem Exfreund auf einem Feldweg gewürgt, bis ein Landwirt mit dem Traktor zufällig vorbeikam und der Täter flüchtete.

Der Landwirt kam zu spät, denn durch den Sauerstoffmangel war ein schwerster Hirnschaden eingetreten. Natalie erlitt mit 23 Jahren also „nur“ einen sehr schweren Hirnschaden. Der ganze übrige junge Körper blieb intakt und kerngesund. Oder kam der Bauer zu früh? Denn Natalie starb nicht, sie überlebte und es begann gerade dadurch eine schlimme Leidensgeschichte.

„schöner leben ...“ hat mit Natalies Mutter gesprochen.

Dieser Bericht wurde aus Interviews erstellt, die allen Beteiligten schwerfielen. Und es wird auch für die Leser keine leicht verdauliche Kost.

Wir haben die Gespräche in der Gewissheit geführt, dass es in Natalies Sinne ist. Die Texte haben wir dann mit der Mutter abgestimmt aus ihrer Sicht zusammengefasst.

Rechtzeitig vorsorgen, kann schwere Wege deutlich erleichtern.

Natalies Mutter erzählt:

Natalie war bis zu diesem Tag eine lebenslustige junge Frau. Sie war gerade in der Phase, wo sie den Führerschein machen wollte, eine Arbeit hatte, eine eigene Wohnung ... dann kam der Tag.

Sonntag ist es passiert. Wir waren gerade in Kreta im Urlaub, bekamen den Anruf und sind sofort zurück. Im Krankenhaus hatte die Kripo alles abgesperrt und ich konnte trotzdem die erste Nacht bei ihr bleiben. Sie war ins künstliche Koma versetzt worden und sollte wieder wach werden. Dann hat sie aber so gegen den Atemschlauch gewürgt, dass sie gleich wieder eine Narkose bekommen musste. Sie wollte ja nie irgendeinen Schlauch haben! Das hatte sie vorher einige Male ganz klar gesagt, wenn man das mal im Film gesehen hat.

Dann lag sie im Wachkoma und nach drei Wochen war klar: Das wird nichts mehr. Die Reha danach war für Natalie die schlimmste Zeit, man konnte zusehen, wie sie immer mehr abgebaut hat. Sie hat sich auch gegen alles gewehrt. Dort bekam sie dann auch einen Luftröhrenschnitt. Sie war ständig angespannt. Immer war irgend etwas, das sie nicht wollte.

Danach kam sie in ein Pflegeheim für Menschen mit Beatmung und musste weiter immer wieder abgesaugt werden. Sie hatte nach dem Mordversuch auch furchtbar Angst vor Männern. Wenn ein Mann in ihrem Zimmer sprach, konnte man gleich sehen, dass sie total verkrampfte. Die Stimmen hat sie irgendwie mitgekriegt, auch wenn sie nicht die Worte verstanden hat, was gesagt wird.

Als das Palliativteam ins Boot geholt wurde, konnte endlich der Beatmungsschlauch entfernt werden, den sie nicht wollte. Das war schon eine Riesenerleichterung. Die anderen Ärzte hätten das wohl nicht gemacht, sich nicht getraut. Ich hatte dabei immer noch diese Hoffnung, dass sie dann irgend etwas zu uns sagen kann.

”

Natalie war bis zu diesem Tag eine lebenslustige junge Frau

”

Das Dahinsiechen wäre für Natalie immer schlimmer gewesen, wenn es noch lange gedauert hätte.

Es war besser. Gut war es noch lange nicht. Mit dem Schlauch konnte sie fast keine Töne machen. Ohne Schlauch hat sie manchmal stundenlang immer wieder geschrien, sie wurde ganz heiser davon. Das war schon eine Nervensache. Da kamen auch solche Laute die klangen, als ob sie sagen wollte „Hilf mir, mach was!“ Natürlich redet man sich das als Mutter auch ein. Aber es war für mich einfach so. Die Psychologin vom Palliativteam hat viel mit Natalie gesprochen. Langsam ist das mit dieser Angst vor Männern zum Glück auch besser geworden.

i

Oft denken wir „Der kriegt das nicht mehr mit.“ Trotzdem sollten wir am Patientenbett immer so sprechen, als ob der Patient alles hören und verstehen würde. Das schadet uns und ihm nie und kann dem Patienten sehr, sehr viel helfen.

Mindestens jeden zweiten Tag bin ich etliche Stunden dort gewesen. Es war ja gleich klar: Sie wollte so nicht am Leben erhalten werden.

Das Herz hat funktioniert. Du hängst Dich ja an jeden Strohhalm. Da war immer diese Hoffnung, dass ein Arzt kommt und sagt, er hat die Lösung für ihr Problem. Ihr Kopf war kaputt. Und der Körper hat sich immer mehr verändert. Sie ist so langsam zerfallen. Bei jedem Besuch war sie wieder weniger. Als das mit dem Schreien richtig los ging, das sage ich auch offen und ehrlich, da dachte ich manchmal:

Nimm jetzt das Kissen.

Ich mach's. Ende. Sie will nicht mehr. Meine Familie sagte sogar zu mir, Mutter, wenn Du's machst, wir kriegen Dich da wieder raus. Aber da ist irgendwo eine Hemmschwelle, die du dann doch nicht überschreitest.

Über das Sterbenlassen hatten wir immer wieder schon gesprochen, nachdem das mit Natalie passiert war. Auch gleich schon. Mit Ärzten, Schwestern. Aber die wollten nicht so. Da hieß es immer „hier nicht“, „jetzt nicht“. Ich wäre nie auf die Idee gekommen, dass das dann doch gehen könnte, Natalie so zu erlösen. Wir hatten mehrfach, fünfmal, sechsmal lange Konsile und Gespräche, ethische Fallbesprechungen. Irgendwie fühlte ich mich dabei meistens allein gelassen, trotz der Hilfen.

Der Neurologe und die anderen Ärzte hatten alle und auch einige Male gesagt, es wird nicht besser werden. Und die ganze Zeit war es so: Mal hat meine Tochter mehr gelitten, mal weniger. Zufrieden, richtig entspannt war sie in den schlimmen acht Monaten nie. Auch zur großen Schwester hatte sie doch vorher mehrfach und ganz klar gesagt, dass sie nie so liegen wollte.

Wir hatten schon festgelegt, keine Wiederbelebung und keine Krankenhauseinweisung. Das hatten die Ärzte akzeptiert. Der Herzschlag war durch das kaputte Gehirn einmal ganz langsam geworden und da hatten wir das gemeinsam mit der ganzen Familie so beschlossen. Das hatten die Ärzte akzeptiert. Das hat man auch so in der Patientenakte dokumentiert.

Zum Glück ist da eine dicke Hemmschwelle. Wenn ein liebender Mensch Leiden beim Kranken erlebt, sind auch solche Impulse völlig normal. Nahezu jede Mutter mit schwerstkranken Kindern hat schon einmal solche Gedanken erlebt. Es ist nicht nur emotional ein himmelweiter Unterschied zwischen dem Sterben zulassen, das medizinisch und ethisch geboten ist und dem Töten eines Menschen, bei dem wir dadurch ein Leiden beenden wollen. Mark Twain hat einmal gesagt, der Unterschied zwischen dem richtigen und dem fast richtigen Wort ist wie der Unterschied zwischen einem Blitz und einem Glühwürmchen. Das verhält sich auch so beim Sterben zulassen und dem Leben beenden durch das Töten eines Patienten.

Bevor Sie es tun: Holen Sie sich qualifizierten Rat.

Am Anfang hatten sie mir das nicht geglaubt, dass Natalie so nicht leben möchte. Da kam ich mir vor als will ich mein Kind umbringen. Wir saßen bei den Konsilen wie auf der Anklagebank. Das war richtig schwierig für uns.

Die erste Unterstützung kam vom Palliativteam. Die Mitarbeiter vom Palliativteam haben uns als allererste so richtig verstanden.

Und sie haben uns nicht verurteilt. Wir hatten so viele Emotionen aufgestaut. Da gab es gleichzeitig noch die Gerichtsverhandlung gegen den Täter. Das war auch eine große Belastung neben all dem direkt mit Natalie.

Dann haben wir uns an das Betreuungsgericht gewandt. Es wurde vom Gericht noch neben mir ein zweiter Betreuer zur Unterstützung eingesetzt. Er war ein Rechtsanwalt und kannte sich gut aus. Und das Gericht hat den mutmaßlichen Willen noch einmal genau ermittelt. Da kam es zu so einer Art Gerichtsverhandlung mit allen Zeugen zusammen auf der Krankenstation. Erst habe ich gedacht, was kommt da auf mich zu. Aber ich war froh, dass es dieses Gespräch gab. Der Richter war sehr menschlich. Er hatte selber eine Tochter, die etwas jünger als Natalie war. Jeder ist gefragt worden, die Pflegekräfte, Psychologen, Seelsorger, Ärzte, Krankengymnasten, die Geschwister, mein Mann.

Wenn ein Beteiligter große Zweifel hat, was wohl der mutmaßliche Patientenwille ist, sollte man sich nicht selber als Bevollmächtigter oder Betreuer zu sehr quälen und unsicher sein. Dann kann man das Betreuungsgericht informieren. Dort gibt es in der Regel erfahrene Richter, die sehr viel helfen können. Und so ein „Richterspruch“ wird von den Beteiligten oft besser akzeptiert.

Alle sind gefragt worden, was man weiß und denkt. Alle waren sich einig, sie hätte so nicht liegen wollen. Aber es waren nicht alle einverstanden mit dem Sterben-Zulassen.



Foto: Privat

Der Richter hat dann festgestellt, dass er nichts feststellen musste und im Sinne von Natalie die Lebenserhaltung nicht weitergehen darf! Da war es sehr gut, dass wir so darüber geredet hatten, was Natalie gewollt hätte. Und natürlich, dass sich die ganze Familie dabei einig war. Sonst wäre das ein längerer und für uns auch schmerzhafterer Weg gewesen. Das Dahinsiechen wäre für Natalie immer schlimmer gewesen, wenn es noch lange gedauert hätte.

Wenn man Natalie frühzeitig eine Spritze gegeben hätte, um sie zu töten, wäre es auch nicht leichter für Natalie und uns gewesen. So ist sie dann gegangen, als sie bereit war zu gehen. Und wir konnten Abschied nehmen.

”

*Aber es waren
nicht alle einver-
standen mit dem
Sterben-Zulassen*

”

„Hallo Herr Dr. Sitte, Natalie geht es unverändert ... kämpft und ‚leidet‘ um zu sterben. Morphium steht mittlerweile auf 10,0.

”

Einmal war ein Arzt da und der fing an zu weinen, als er ihr Foto gesehen hat.

20. Juli 2017. Es kommt zu einem ersten Gespräch mit dem Palliativteam und der Familie im Pflegeheim. Ins Pflegeheim kam Natalie, weil es höchst unwahrscheinlich war, dass man noch irgendeine Besserung ihres Zustandes erreichen konnte. Das erste Gespräch ist ein Abtasten und Kennenlernen. Natalie hat einen sehr schweren Hirnschaden. Über solche Menschen bekommen wir immer wieder zu hören „der kriegt nix mehr mit!“

Aber Natalie zeigt sofort und immer Panik bei Männerstimmen. Sie zeigt Panik, wenn man ihren Hals berührt, sie wäscht, oder den Atemschlauch (Trachealtubus) versorgt. Da kann niemand ernsthaft behaupten, sie bekommt nichts mit und sie könnte deshalb nicht leiden.

Mit Natalies Mutter führen wir dann im August 2023 ein Gespräch. Ihr Ehemann und ihre Tochter stehen ihr bei.

Die Mutter: „Natalie ist gegangen, als sie bereit war, zu gehen. Vorher war es ein mehrmonatiger Prozess, bis die klare Feststellung kam, dass Natalie sterben darf.“

Die Mutter: „Es war in der Klinik trotzdem nicht so einfach durchzusetzen, trotz der vielen Gespräche. Immer stand das Strafverfahren im Raum. Erst war es Körperverletzung, dann vollendeter Totschlag.“

Zwischen den Jahren, am 28. Dezember 2017, erfolgte dann die Übernahme aus dem Pflegeheim auf die Palliativstation.

Die Mutter: „Erst am 9.2. ist Natalie endlich gestorben, ich war immer an ihrer Seite, Tag und Nacht. Nur zum Essen bin ich manchmal von meinem Mann abgeholt worden. Wenn Du jetzt

weg gehst, dachte ich ... Immer wieder hieß es ja, sie wird die Nacht nicht überleben ... und dann haben sie mir ein Bett hingestellt und das Ganze ging über 24 Tage.“

Der Ehemann: „Immer war sie unruhig, wollte gleich wieder zurück, wenn wir eine Viertelstunde weg von der Station waren.“

Die Mutter: „Man kann ja auch nicht richtig schlafen. Immer wieder gibt es Medikamente, sie wird gedreht, die Matratze brummt. Da gibt es ständig Störungen.“

Der Ehemann: „Fast habe ich mir mehr Sorgen um meine Frau gemacht. Ob das gut für meine Frau und den Rest der Familie gewesen wäre, wenn das noch viele Monate so weitergegangen wäre.“

Aus der Krankenakte: **Donnerstag, 18.01.2018, 14:00:**

Vater, Mutter, Bruder und ehrenamtliche Hospizlerin sind da. Schwerster Erstickungsanfall. Stridor (Massive Verengung der Luftröhre). Hierdurch relative Bradypnoe (langsame Atmung) und Zyanose (Sauerstoffmangel).

Ich gebe zweimal vier Hub nasales Fentanyl 100 je Mikrogramm.

Danach entspannt sich Frau R. wieder, Stridor und muskuläre Hypertonie (hohe Anspannung) sind weg, die Zyanose bessert sich zusehends. Eindeutiger Wunsch der Familie: Solche Situationen darf Natalie nicht erleben. Das schlimmstmögliche wäre eine Erstickung für Frau R.

Niemand geht von uns - er geht nur voraus
überall sind Spuren Deines Lebens.
Gedanken, Bilder, Augenblicke und Gefühle
sie werden uns an Dich erinnern und uns
glücklich und traurig zugleich machen.

Obwohl wir dir die Ruhe gönnen,
ist voller Trauer unser Herz,
Dich leiden sehen und nicht helfen können,
das war für uns der größte Schmerz.



Natalie R... (Nana)

* 27.09.1993 † 09.02.2018

Wir werden Dich vermissen:

Mama Inge & Thomas und Papa Fritz
Norman
Belinda & David mit Calvin & Joel
sowie Großeltern und Verwandten

Bad Hersfeld, im Februar 2018

Die Trauerfeier mit anschließender Urnenbeisetzung findet am Dienstag,
dem 27. Februar 2018 um 11.00 von der Friedhofskapelle Hohe Luft aus statt.

Von Kranz- und Blumenspenden sowie von Beileidsbekundungen bitten wir
höflichst Abstand zu nehmen.

Die Mutter: „Es war schrecklich,
wie sie manchmal so da lag und
versucht hat, schwer zu atmen.
Das war nicht das, was wir woll-
ten. Da gab es immer mal eine
Situation, wo die Zunge nach
hinten gefallen ist, dann kam der
Nachtarzt und hat wieder einen
Schlauch reingesteckt. Aber das
wollte Natalie nicht, das wollten
wir ja auch nicht. Da kommt
jeder an seine Grenzen.“

**Samstag, 20.01.2018
um 20:04 SMS vom Ehemann**

„Können Sie einschätzen, wie
lange Natalie noch so liegen
muss ... zurzeit ist es wieder ganz
schlimm, eben mit meiner Frau
telefoniert ... kann meine Frau
auch nicht davon abbringen bei
ihr zu bleiben ... verstehe ja auch
... ich selbst schaffe es immer
nur ein paar Stunden da zu sein.“

Am 24. Januar 2018 gab es endlich
die eindeutige und völlig klare Ent-
scheidung und Anweisung:

**Keine Fortführung der
künstlichen Lebenserhaltung!**

Die Mutter: „Wir hatten ein Foto
am Bett, damit jeder sehen
konnte, wie sie vorher aus-
gesehen hat und wie sie jetzt
dalag. Einmal war ein Arzt da
und der fing an zu weinen, als er
das Bild gesehen hat. Da habe
ich gedacht, das sind nicht nur
die Götter in Weiß, sondern sie
haben auch ihre Emotionen, das
sind auch nur Menschen. Sogar
die Kriminalpolizistin, die für das
Gericht noch einen Film aufneh-
men musste, hat dabei richtig
geweint, als sie Natalie so filmen
musste. Da hatte Natalie gerade
einen richtig schweren Tag mit
der Atmung, als ob sie zeigen
wollte: „So geht es mir.“

”

*Sie wünschen nicht
Ihrer Tochter, dass
sie tot ist.
Sondern, dass sie
sterben darf.*

Ich will nicht mehr!’ Oft dachte ich, Natalie bekommt viel mehr mit, als alle glauben.

Deshalb war es mir wichtig, dazubleiben. Manche haben gesagt, da könne Natalie vielleicht nicht sterben. Aber ich habe nicht geklammert, immer wieder habe ich ihr gesagt, dass sie jetzt gehen darf, wenn sie Atemaussetzer gehabt hat. Aber immer wieder fing sie dann wieder an zu atmen.“

SMS vom Ehemann

ALLERDINGS muss jede Erhöhung mit einem Bitten und Betteln bei den Ärzten erkämpft werden. Das Herz ist stark! Keiner kann sagen, wie lange es noch geht. Meine Frau hat einen Wechselzustand zwischen Wut und Resignation. Sie ist seit dem 19.01.Tag und Nacht bei ihr. Sie bat mich Ihnen zu antworten, da sie selbst es zurzeit nicht kann.

Wir wissen oder ahnen wohl, dass sie nicht „freiwillig“ Urlaub haben, aber das macht die Situation natürlich 10 mal so schwer zu ertragen, da sie unsere Vertrauensperson sind.

Zudem fühlen wir uns wie Verbrecher ... dieses Gefühl wird einem in Deutschland vermittelt, wenn Ärzte und Familie einem Patienten helfen bzw. seinen Wunsch erfüllen wollen ...!“

Wir haben dann eine Sedierung mit möglichst wenig Flüssigkeit gemacht.

Die Mutter: „Man hat gemerkt, die Medikamente halfen gut. Erst war sie viel zu unruhig. Sie war dann entspannter, nur beim Absaugen hat sie immer auf den Schlauch gebissen.

Aber dann zwischendurch wieder jemand, der behauptet, sie brauche mehr Flüssigkeit. Das ging hin und her. Deshalb hat sie dann noch so lange gelebt.“

Man hätte auch sagen können, wir saugen nicht mehr ab. Wir können sie nach Hause holen.

Die Mutter: „Besser war es so im Krankenhaus. Auch mit dem hin und her. Emotional hätte ich das zuhause nicht geschafft. So konnte ich mal weggehen. Ich hatte zwischendurch etwas Abstand. Ehrenamtliche waren auch da, wenn wir für vier, fünf Stunden im Gericht waren. Ich hatte immer Angst, wenn ich weg bin, stirbt sie ...“

Die Mutter: „Ja, nachts, ich lag neben ihr. Dann wurde ich wach und sie war tot.

Ich habe ihr gesagt, warum hast Du das jetzt gemacht? Ich wollte doch bei Dir sein. Ich wollte Deine Hand halten. Und dann ging das so schnell. Es war dann zu schnell. Und dann war sie tot. Ich war doch ganz auf sie fokussiert. Jetzt kannst Du sie nicht mehr waschen, nicht mehr pflegen. Jetzt sitzt Du da und denkst, was jetzt? Ich war immer bei ihr. Und plötzlich war sie weg. Wie geht es weiter, also das war schon ...“

Die Mutter: „Ja das ist ein Riesenunterschied. Trotzdem, es ist emotional einfach sehr schwierig. Jetzt war es zu Ende. Ende. Nicht vor acht Monaten. Jetzt.“

Es ist großartig, dass Sie zu diesem schweren Gespräch bereit waren. Und man sieht, Ihr Mann und Ihre Tochter als Unterstützung helfen auch jetzt sehr gut. Und auch beim langen Sterben damals waren Sie nicht allein.

Die Mutter: „sie waren immer da, wenn ich sie gebraucht habe.“

Wie wichtig das Umfeld ist, merkt man meist erst in der Not. Wir müssen uns soziale Beziehungen aufbauen und pflegen, ein Netzwerk, das uns auffängt.

Die Mutter: „Wenn da nicht eine Familie ist, die hinter Dir steht, Dich unterstützt, dann geht das nicht. Eine richtige Unterstützung von außen hatten wir überhaupt erst vom Palliativteam bekommen.

Wir wussten ja gar nicht, wie wir Natalies Willen durchsetzen könnten.“

Der Ehemann: „Bis zu Natalies Vorfall hatte niemand eine Vollmacht und Verfügung. Jetzt hat das jeder bei uns. Wir haben es weitererzählt. Sogar der 18-jährige Neffe hat eine gemacht. Jeden kann es jederzeit treffen, nicht nur durch ein Gewaltverbrechen.“

Die Mutter: „Ich finde das wahnsinnig wichtig. So einen Stress, solche Belastung durchzumachen, wenn die Sorgen um das Kind schon so riesig sind. Dann kommt noch dazu, dass es nichts schriftlich zum Willen gibt.

Es ist so wichtig, dieses eine Dokument!“

Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille und Entscheidungen des Gerichts am Ende des Lebens

Dr. Philipp Gescher
Vizepräsident des
Amtsgerichtes Kassel

Im Zentrum jeder freiheitlichen Rechtsordnung steht die Autonomie des Menschen. Aufgrund ihrer Menschenwürde und Freiheitsgrundrechte hat eine einwilligungsfähige Person stets selbst darüber zu entscheiden, ob sie eine ärztliche Behandlung bzw. deren Fortführung in einer schwierigen oder ausweglosen medizinischen Situation wünscht.

Wenn die betroffene Person allerdings nicht in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite eines Eingriffs in ihren personalen Bereich zu erkennen, ist sie einwilligungsunfähig und kann nicht länger selbst über die Durchführung ärztlicher Maßnahmen entscheiden. Die fehlende tatsächliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung lässt ihr Selbstbestimmungsrecht aber nicht entfallen. Die Fürsorgeperson (Betreuer, Bevollmächtigter) hat vielmehr die Pflicht, zu prüfen, ob eine antizipierte Entscheidung der volljährigen Person in Gestalt einer schriftlichen Patientenverfügung existiert und ob die enthaltenen Festlegungen auf die **aktuelle Lebens- und Behandlungssituation** zutreffen (§ 1827 Abs. 1 S. 1 BGB). In diesem Stadium ist es die Aufgabe des Arztes, zu prüfen, welche ärztlichen Maßnahmen aufgrund des Gesamtzustan-

des und der Prognose des Patienten indiziert sind. Betreuungsperson oder Vollmachtnehmer diskutieren dann mit dem Arzt die Einwilligung oder Ablehnung der medizinischen Maßnahme. Wenn eine einschlägige Patientenverfügung vorliegt, trifft die Betreuungsperson keine eigene Entscheidung als gesetzlicher Vertreter. Ihre Aufgabe ist es vielmehr, dem **in der Patientenverfügung hinterlegten Willen** der betroffenen Person **Ausdruck und Geltung zu verschaffen**.

Gibt es **eine** aussagekräftige Patientenverfügung, so muss der Bevollmächtigte oder Betreuer aufgrund dieser Verfügung in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt entscheiden.

Sofern keine Patientenverfügung vorliegt oder die Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, bedeutet dies nicht, dass sämtliche lebenserhaltenden Maßnahmen ausgeschöpft werden müssen. Maßgeblich sind allein die Behandlungswünsche bzw. nachrangig der **mutmaßliche Wille** der betroffenen Person. Behandlungswünsche oder mutmaßlichen Willen hat die betreuende Person in diesen Fällen gemäß § 1827 Abs. 2 BGB zu erforschen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob sie in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder

sie untersagt. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, d.h. des Willens, den der Betreute in der konkreten Situation bilden würde, wenn er dazu in der Lage wäre, sind insbesondere frühere **mündliche** oder **schriftliche Äußerungen**, ethische oder religiöse **Überzeugungen** und sonstige persönliche **Wertvorstellungen** zu berücksichtigen. Bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden (§ 1828 Abs. 2 BGB). Dem Betreuer kommt die schwierige Aufgabe zu, als Stellvertreter des Betreuten über die Einwilligung hinsichtlich der Durchführung oder Unterlassung einer ärztlichen Maßnahme zu entscheiden. Die Feststellung des mutmaßlichen Willens wird gerade für einen Berufsbetreuer nur schwer zu fassen sein, da er die betroffene Person möglicherweise kaum kennt. Hier wird sich der mutmaßliche Wille nur über nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen ermitteln lassen. Auch hier hat der Entscheidung ein Gespräch mit dem Arzt voranzugehen, § 1828 BGB.

Gibt es **keine** aussagekräftige Patientenverfügung, so muss der Bevollmächtigte oder Betreuer den mutmaßlichen Willen ermitteln und in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt entscheiden.

Das **Betreuungsgericht** ist ausschließlich unter den Voraussetzungen des § 1829 BGB zwingend zu beteiligen.

Genehmigungen der Betreuungsgerichte hinsichtlich der Unterlassung oder des Abbruchs einer lebensverlängernden Behandlung im Rahmen des § 1829 BGB sind vergleichsweise selten, da die Entscheidungshoheit ausschließlich der betroffenen Person bzw., sofern erforderlich der betreuenden Person oder einem Bevollmächtigten obliegt. Ferner ist nach § 1829 Abs. 4 BGB die **Genehmigung** des Gerichts **nicht erforderlich**, wenn zwischen Betreuungsperson und Arzt Einvernehmen in Bezug auf die Behandlung oder den Abbruch einer solchen besteht. Vor dem Hintergrund der freien Arztwahl wird es einem Betreuer aber häufig gelingen, einen Arzt zu finden, der bereit ist, die Entscheidung mitzutragen.

Ausgehend hiervon verbleibt für das Gericht nur ein schmaler Bereich, in dem es zu einer Entscheidung berufen ist. Das Gericht ist etwa zu beteiligen, wenn es durch eine dritte Person angerufen oder falls Betreuungsperson und behandelnder Arzt sich „absichern“ wollen. In diesen Fällen erteilt das Gericht lediglich ein sog. Negativattest mit dem Inhalt, dass die konkrete Einwilligung in die Maßnahme oder deren Unterlassung nicht genehmigungspflichtig ist. Das Gericht wird, wenn es angerufen wird, aber regelmäßig eine Art „Missbrauchskontrolle“ durchführen. In einer solchen Situation wird es für das Gericht sicherlich geboten sein, einen Verfahrenspfleger zu bestellen sowie betreuende Person und Arzt anzuhören. Hier kann auch die Anhörung von Familienangehörigen oder sonstigen Bezugspersonen geboten sein. Die Ausgestaltung der genannten Missbrauchs- oder besser Pflichtwidrigkeitskontrolle in Bezug auf die Tätigkeit der Fürsorgeperson (vgl. § 1862 Abs. 1 BGB) obliegt der Entscheidung des Gerichts.

Das Betreuungsgericht ist nur bei Unklarheiten oder strittigem Willen anzurufen. In Einzelfällen kann es zur Absicherung einer Entscheidung über ein sogenanntes „Negativattest“ feststellen, dass eine getroffene Entscheidung nicht genehmigungspflichtig ist. Dieses Negativattest wurde dann auch bei Natalie R. ausgestellt.

Zu einer Anrufung des Gerichts kommt es in diesen Konstellationen häufiger, wenn zwischen Betreuungsperson und Angehörigen Uneinigkeit über die Behandlung besteht. Hier können die Angehörigen über das Gericht versuchen, die Betreuungsperson abzubrufen oder im Falle der Vorsorgevollmacht die Einrichtung einer Kontrollbetreuung zu erreichen.

Glossar

„Sterbehilfe“

Eine gesetzliche Differenzierung zwischen der erlaubten Form der passiven Sterbehilfe und der nicht erlaubten Form der aktiven Sterbehilfe gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010).

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb in Anführungszeichen.

Palliative Behandlung

Es gibt in der Medizin die Therapieziele Kuration = Heilung, Prävention = Vorbeugung und Palliation = Linderung. Die Übergänge sind fließend und oft stehen die Ziele auch nebeneinander. Bei der Palliation zielt alles darauf ab, die Lebensqualität zu verbessern. Dadurch gelingt es sogar, die Lebenszeit zu verlängern!

Oft werden starke Medikamente eingesetzt, aber es braucht auch Zuwendung. Die richtigen Medikamente sind wichtig, aber nicht unbedingt das Wichtigste:

Es sind zwei Dinge, die grundlegend für eine gute Palliativversorgung sind. Erstens, da ist jemand, den ich für jedes (!) meiner Probleme ansprechen kann. Wenn er/das Team selbst keine Lösung weiß, kennt er jemand, der gefragt werden kann. Zweitens, da ist jemand, der immer für mich erreichbar ist.

Rund um die Uhr. Werktags, am Wochenende, an Feiertagen. Das plus das Handwerkszeug mit Medikamenten und anderen Behandlungen wirkt oftmals wirklich Wunder.

Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form – z. B. als schriftlich erstellte Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – geäußert und jederzeit formlos widerrufen werden.

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

Problem: Ohne schriftliche Verfügung ist der dann mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich möglich: Vorausverfügter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser Mensch seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z. B. zu medizinisch begründeten Therapien getroffen werden müssen (§ 1901a (1) BGB).

Mutmaßlicher Wille

Ist kein Patientenwille bekannt, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§ 1901a (2) BGB).

Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomische normative Bedingtheiten. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und

ärztlich indiziertem (also begründetem), kurativem Therapieziel und vorliegender Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

Therapiezieländerung

Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

Problem: Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider Ziele.

Aktive „Sterbehilfe“ besser: Tötung auf Verlangen

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess, um ein Leben zu beenden.

Tötung auf Verlangen ist in Deutschland (auch in der Schweiz!) strafbar (§ 216 StGB) und z. B. in den Benelux - Staaten, dort als Euthanasie bezeichnet, unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Euthanasie wird dort von Ärzten durch Spritzen in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Problem: Hat ein Mensch ein Recht auf Tötung auf Verlangen oder auch ohne direktes Verlangen, wenn keine Selbsttötung (mehr) begehen kann?

Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterben zulassen

Medizinisch begleitetes Sterben Zulassen sind Unterlassung oder Nicht-Fortführen lebenserhaltender Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m., wobei dem

natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf gelassen wird. Es muss entsprechend dem Patientenwillen geschehen. Sterben Zulassen ist also geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010).

Problematisch ist der Begriff passive „Sterbehilfe“, gerade weil er auch Handlungen umfasst, die nach allgemeinem Verständnis von Nicht-Experten als „aktiv“ zu bezeichnen sind, etwa das Abschalten des Beatmungsgerätes.

Seit langem ist höchststrichterlich geklärt, dass z. B. Abschalten genauso zu werten ist wie das nicht Beginnen der künstlichen Beatmung (BGH 2010).

Indirekte „Sterbehilfe“ besser: Nebenwirkung der Therapie

Medikamentengabe, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird.

Wegweisendes Urteil des BGH 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, lindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen oder Behandlungen vorzunehmen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnten. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen anderer Maßnahmen.

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich die Lebenszeit.

Problem: Irreführender Begriff, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

Suizid = Selbsttötung (fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit denen ein Mensch sich selbst das Leben nimmt.

Wie frei ist der Tod durch eigene Hand? Inwieweit ein **Bilanzsuizid**, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. Ein Bilanzsuizid findet nur sehr selten in einer Palliativsituation statt.

In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

Problem: Freitod (wirklich frei und selbstbestimmt?) oder Selbstmord (Mord geschieht aus Niedertracht) sind wertend und deswegen sollte in der Diskussion der neutrale Begriff Selbsttötung oder Suizid benutzt werden.

Suizidassistentz = Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, da Selbsttötungsversuche in Deutschland straffrei sind. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. So handeln Ärzte straffrei, die Suizidassistentz leisten, auch wenn dies standesrechtlich teilweise nicht zulässig ist.

Durch Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas, Exit, den früheren Hamburger Justizsenator Roger Kusch und Einzelpersonen ist das Problem der **gewerblichen** (gegen eine Vergütung), **organisierten** (z.B. vereinsmäßig) und **geschäftsmäßigen** (wiederholten, routinemäßigen) Förderung der Beihilfe zur

Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt.

Hier gibt es konträre Standpunkte:

1. Ablehnung jeglicher **organisierter** Beihilfe zum Suizid, also z. B. auch durch gemeinnützige Vereine, um die bestehende Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen.
2. Anerkennung des bewusst gewollten Suizides mit oder ohne verschiedene Bedingungen (Lebensbilanz, Angst vor Leiden, bestehendes Leiden ...). Dieser Punkt ist noch zu differenzieren: als Recht auf eine solche Dienstleistung, selbst bei psychischen Krankheiten oder nur als Recht ausschließlich in extremen Leidenssituationen am Lebensende nach einer Gewissensentscheidung des (behandelnden) Arztes.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 festgestellt, dass die Gründe für einen (freiverantwortlichen) Suizid nicht rational oder nachvollziehbar sein müssen.

Problem 1: Suizidassistentz als entlohnte Dienstleistung. Soll eine erforderliche Überwachung, Qualitätssicherung und Gebührenordnung staatlich geregelt werden?

Problem 2: Extremschicksale mit Suizidassistentz als tatsächlich einziger denkbarer Lösung sind nicht immer auszuschließen, mit guter hospizlich-palliativer Versorgung werden sie sich auf wenige Einzelfälle beschränken. Einzelfälle sind nicht gesetzlich regelbar.

Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z.B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (siehe Sedierung).

Problem: Wissenslücken, Unsicherheit zu medizinischen und juristischen Fragen verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der lindernden Medikamente.

Sedierung

= Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweckt und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein. Eine Sedierung an und für sich muss so ausgeführt werden, dass sie nicht das Leben verkürzt.

(Siehe auch palliative Sedierung)

Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u.v.m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei **sachgerecht** durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle der Sterbeprozess **nicht beschleunigt**.

Die palliative Sedierung kann intermittierend geschehen, sehr kurz oder für viele Tage.

Problem 1: vermeintliche Nähe und Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen

Problem 2: Missbrauchspotenzial (siehe auch terminale Sedierung)

Während bei Tötung auf Verlangen das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch **Minderung des Bewusstseins** mit einer angemessen dosierten, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen.

Terminale Sedierung

Teils wird der Begriff „terminale“ synonym zu „palliative“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine nicht akzeptable Form der Tötung. Dabei bestünde die Intention in einem beschleunigten Herbeiführen des Todes. Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern so tief, dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt, bis sie ganz aufhört.

Der Patient stirbt dann am Sauerstoffmangel.

Problem: Für Nicht-Experten ist die terminale Sedierung kaum von der palliativen Sedierung zu unterscheiden. Beides sieht aus, als ob der Patient sanft einschläft und verstirbt.

Aktive Lebensverkürzung oder Lebensverkürzende Maßnahmen

Vorschlag eines Sammelbegriffes für alle Maßnahmen, die durch aktives Handeln den Tod beabsichtigt herbeiführen, ohne den natürlichen Sterbeverlauf abzuwarten wie Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Damit sollte die Diskussion klarer gestaltet werden können.

Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort), Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Beides sind häufige Probleme in der täglichen Praxis der Versorgung von Palliativpatienten.

Es sind häufige, grundsätzlich strafbare Vergehen im Rahmen einer Futility („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende. Sie werden in der Regel aber nicht verfolgt, weil sie nicht angezeigt werden.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB) wird als normal und unvermeidbar wahrgenommen.

Fortgeschrittene Krankheit, der Tod steht nicht unmittelbar bevor

Hier hat der Sterbeprozess noch nicht begonnen, der Tod ist aber absehbar. Wahrscheinlich wird der Patient noch Wochen bis Monate leben.

Todesnähe

Hier ist der Sterbeprozess bereits eingetreten und der Tod wird (wahrscheinlich) binnen Stunden bis Tagen eintreten.

Außerdem bei uns erhältlich



Die PFLEGETIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

**Download und gedruckt
in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei**



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

**48 Seiten, 20 EUR,
kostenfrei in Hessen**



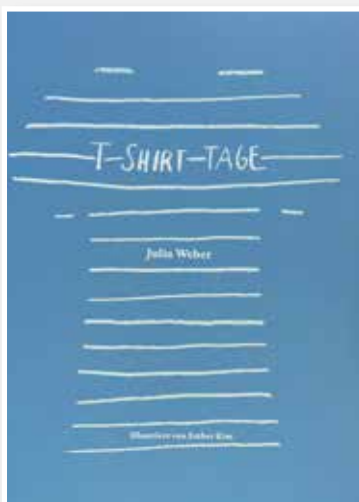
Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR



T-SHIRT-TAGE

Der Gedichtband verfasst von Dr. med. Julia Weber, illustriert von Esther Kim.

„Als ich das erste Gedicht las, musste ich zunächst einmal tief durchatmen. Und ich dachte, das ist die Art von Text, wie wir Palli-Aktiven sie dringend für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit brauchen.“

Dr. med. Thomas Sitte –
Palliativmediziner

64 Seiten

Kaufpreis: 12,- Euro



Die Mutmach-Karten

Die Mutmach-Karten sollen Menschen unterstützen die sich in einer schweren Lebenssituation befinden.

Ein Mutmach-Karten Set besteht aus einer hochwertigen Schubladenbox, sechs Karten, Umschlägen sowie Einlegern aus Pergamentpapier mit Zitaten und Gedanken und sechs blanko Einlegern.

18,50 Euro



Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung. Vielfältige Anregungen für den Unterricht speziell in der Sekundarstufe 2.

230 Seiten, DIN A 4 mit Kopiervorlagen. 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Letzte Zeiten

von Sabine Mildenberger

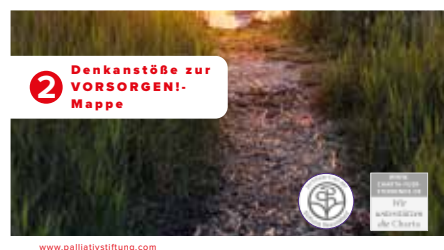
Man möchte sich nicht damit beschäftigen. Trotzdem trifft es jeden. Irgendwann haben wir mit Sterben und Tod zu tun. Fast immer erst mit dem Sterben anderer. Dann auch mit dem eigenen Tod. Die Autorin hat es in besonderer Weise getroffen. Frau Mildenberger verlor Ehemann, Vater und Sohn binnen kurzer Zeit an Krebs. Kann man mit so einer Erfahrung überhaupt fertig werden?

Was geschieht unter solchen Erfahrungen mit uns, die wir zurückbleiben müssen?

Frau Mildenberger lässt uns an ihren sehr persönlichen Erfahrungen teilhaben. Als Leser werden Sie vieles für sich mitnehmen können, dass Ihnen einen anderen, vielleicht leichteren Umgang mit ähnlichen Situationen ermöglichen wird.

132 Seiten, Hardcover, 15,00 €

Der VORSORGEN! Ordner



Unsere Begleithefte im Überblick

• • • • • 1 Ausfüllhilfe zur VORSORGEN! Mappe

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| Ein erster Impuls | 5 Die Palliativ-Ampel |
| 1 Vollmacht/Vorsorgevollmacht | 6 Intervollmacht |
| 2 Patientenverfügung | 7 Betreuungsverfügung |
| 3 Wertvorstellungen | 8 Bestattungsverfügung |
| 4 Vertreterverfügung | |

• • • • • 2 Denkanstöße zur VORSORGEN! Mappe

- | | |
|-------------------------------|---|
| Ein weiterer Impuls ... | Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille und Entscheidungen des Gerichts am Ende des Lebens |
| Der kleine Unterschied ... | Glossar |
| Patientenverfügung | |
| Ein etwas anderer Blick | |
| Natalie. Ein dornenvoller Weg | |

• • • • • 3 Nach dem Lebensende Gedanken zur Bestattungsvorsorge

- | | |
|--|---|
| Hintergrundinformationen für eine Bestattungsverfügung | Die Grabstelle |
| Die Art der Bestattung | Die Abschiedsfeier |
| Sonderfall Körperspende | Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden |
| Der Ort der Bestattung | |

• • • • • 4 Deutsches Stiftungswerk gGmbH Rund ums Spenden, Stiften und Vererben