

Selbstbestimmung als neues Paradigma des Sterbens

Zwischen Forderung und Zumutung



Dr. med. Roland Kunz



Stadt Zürich
Stadtspital Waid und Triemli



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Bern, 18. September 2020

Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende

Bericht des Bundesrates
in Erfüllung des Postulates 18.3384 der
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats (SGK-SR)
vom 26. April 2018

Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende Bericht des Bundesrates 18.9.2020

- «In der Gesellschaft besteht ein **starkes Bedürfnis nach Selbstbestimmung**. Die Generation, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreicht, hat sich stark für diese Selbstbestimmung eingesetzt und wird diese **auch in Bezug auf das Lebensende** vermehrt einfordern.»

Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende Bericht des Bundesrates 18.9.2020

- «Fachpersonen stehen in der Verantwortung, Patientinnen, Patienten und Angehörige zu befähigen, damit sie **selbstbestimmte und wohlinformierte Entscheidungen** treffen können. (...)
Es entspricht einem Bedürfnis der Schweizer Bevölkerung, frühzeitig über das Lebensende zu sprechen und vorausschauend zu planen.»

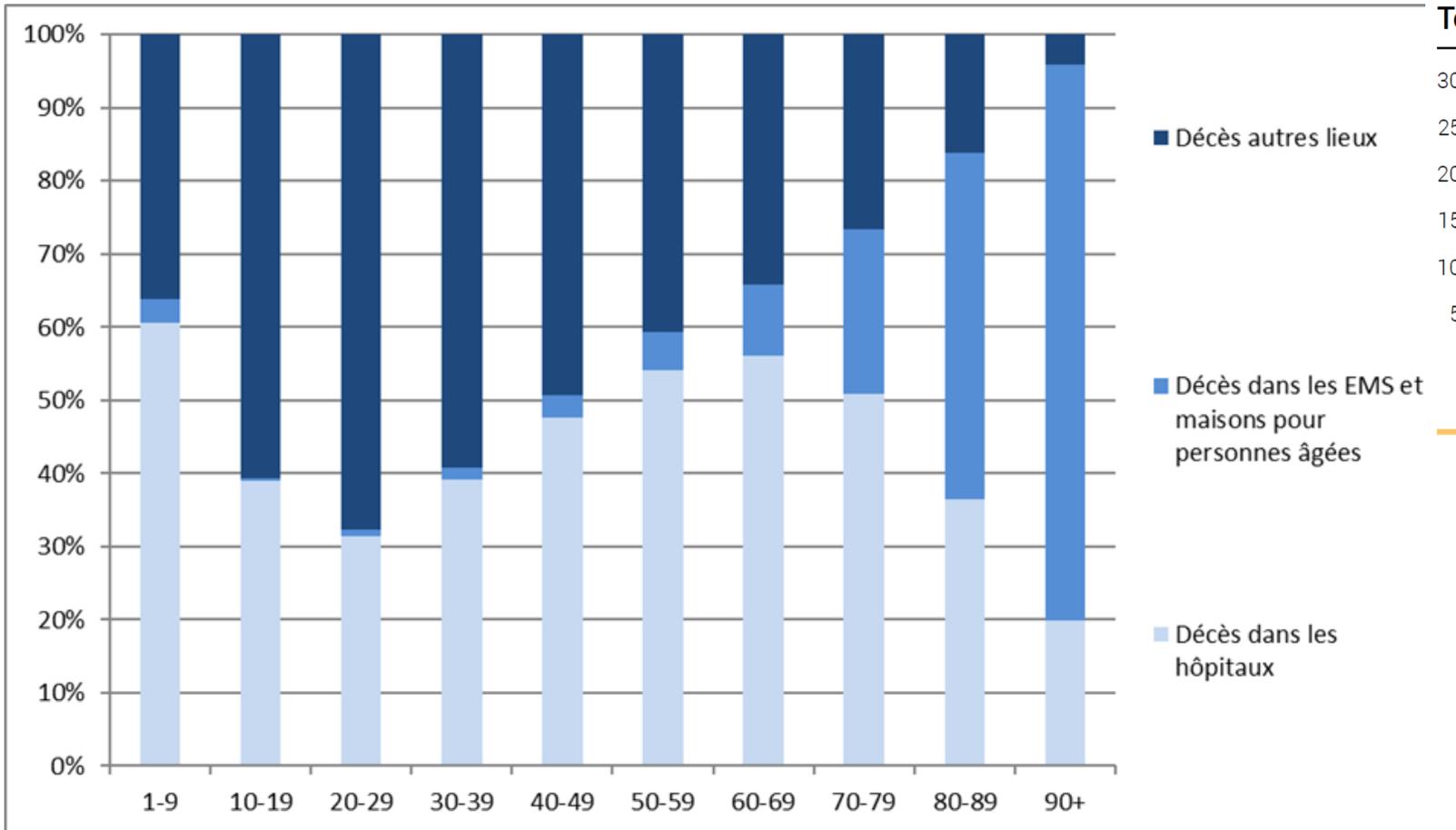
Stimmt das in der Praxis? Wird diese Selbstbestimmung gelebt?



Bevölkerungs-Befragung 2017

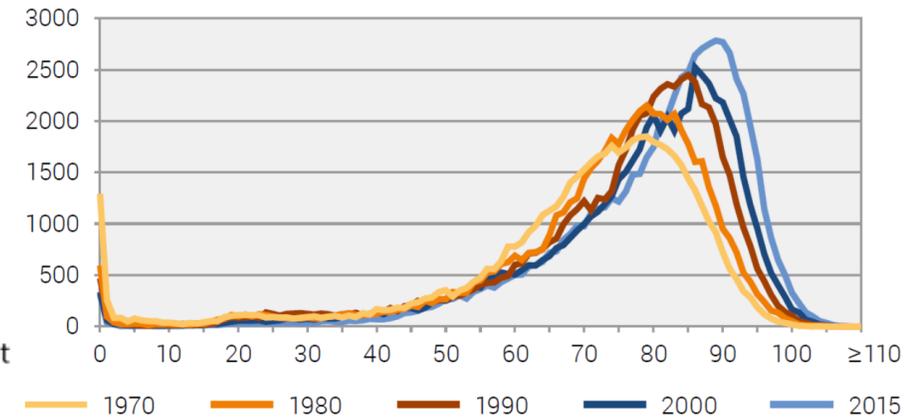
- Über 80% der Befragten gab dabei an, dass sie über das eigene Lebensende nachdenken.
- 70% der Befragten wissen, was eine Patientenverfügung ist. 2/3 aller Befragten hat sich bereits schon konkrete Gedanken dazu gemacht, welche Art der Behandlung und Betreuung sie am Lebensende in Anspruch nehmen möchten.
- Nur 8% der Befragten haben mit Gesundheitsfachpersonen über die Art der Behandlung und Betreuung am Lebensende gesprochen.
- **16% der Befragten haben eine Patientenverfügung hinterlegt: im deutschen Sprachgebiet 19%, im französischen Sprachgebiet 9% und im italienischen Sprachgebiet 7%**
- >65 j.: 36% haben ihre Entscheidungen zu ihrem Lebensende in einem schriftlichen Dokument festgehalten (2014: 25%)

Wo sterben die Menschen in der Schweiz?



Todesfälle nach Alter

G 6



Obsan 2016:
Auswertung Sterbeort 2006-2011

Wirkt sich die Möglichkeit der Selbstbestimmung am Lebensende aus?

- Auswertung von 11'210 Todesfällen in der Schweiz im Jahr 2014:
 - 64 Prozent aller Personen sind in den letzten sechs Lebensmonaten mindestens einmal verlegt wurden (v.a. Hospitalisationen). Je höher das Alter, umso mehr Verlegungen pro Person wurden gezählt. *Bähler et al. (2016): Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland*
- Die Mehrheit der betagten Personen im Pflegeheim wird während eines Heimaufenthaltes ein- oder mehrmals hospitalisiert. **Jede/r vierte Bewohnende eines Pflegeheims stirbt laut dieser Auswertung nach mehreren Hospitalisierungen im Spital.** Personen mit einem solchen Verlauf werden in ihrem letzten Lebensjahr mindestens zwei Mal und mitunter mehr als 20 Mal hospitalisiert (im Durchschnitt 3,5 Spitalaufenthalte).
Füglistler-Dousse und Pellegrini (2019): Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheim

Wirkt sich die Möglichkeit der Selbstbestimmung am Lebensende aus?

- Auswertung von 11'210 Todesfällen in der Schweiz im Jahr 2014:
 - 64 Prozent aller Personen sind in den letzten sechs Lebensmonaten mindestens einmal verlegt wurden (v.a. Hospitalisationen). Je höher das Alter, umso mehr Verlegungen pro Person wurden gezählt. *Bähler et al. (2016): Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland*

- Die Mehrheit der bet **Waren diese Verlegungen immer selbstbestimmt?** während eines Heimaufenthaltes ein **immer selbstbestimmt?** vierte Bewohnende eines Pflegeheims stirbt laut dieser Auswertung nach mehreren Hospitalisierungen im Spital. Personen mit einem solchen Verlauf werden in ihrem letzten Lebensjahr mindestens zwei Mal und mitunter mehr als 20 Mal hospitalisiert (im Durchschnitt 3,5 Spitalaufenthalte).

Füglistler-Dousse und Pellegrini (2019): Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheim

**→ Diskrepanz zwischen
gesellschaftlichen, politischen
Forderungen und gelebter
Selbstbestimmung**

Wo liegt das Problem?

→ ein paar Gedanken dazu...

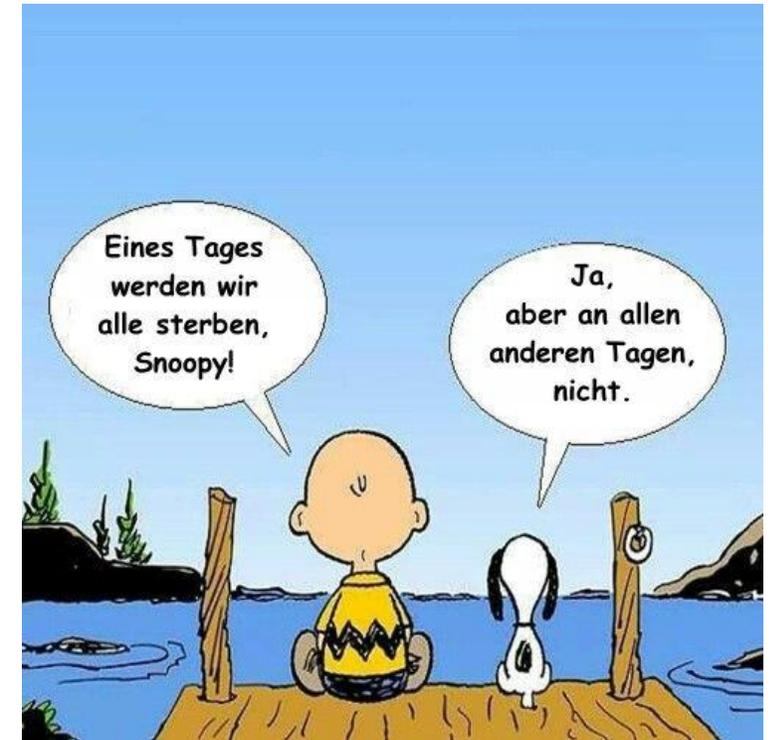
Unser Umgang mit der Sterblichkeit: Verdrängung

Alle Lebewesen haben etwas gemeinsam: sie sind **Sterbliche**.

Der Mensch unterscheidet sich aber in einem wesentlichen Punkt:

Er weiss um die Endlichkeit seines Lebens, **verdrängt dieses Wissen aber im praktischen Lebensvollzug gerne**.

Dieses Verdrängen wird unterstützt von den Errungenschaften der Medizin: Sterben und Tod können immer weiter hinaus geschoben werden.



Verdrängung kann **im Moment** lebensdienlich sein. Aber langfristig?

Sterben und Tod: vom Schicksal zur Machsals (Odo Marquard)

-Sterben über Jahrhunderte: **Schicksal**
-Sterben und Tod heute: etwas, das **von natürlich-biologischen Parametern abhängt**

- Ins Sterben kann grundsätzlich medizinisch eingegriffen werden
- Sterben wurde pathologisiert, es kann und soll verhindert werden
- Patienten am Lebensende befinden sich aus medizinischer Sicht selten in einer Situation, in der keine Behandlung mehr möglich ist



Der Paradigmenwechsel

Es wird nicht mehr einfach gestorben, sondern es muss «sterben gelassen» werden.

Es ist zentral für heutige Sterbeverläufe, dass wir **mitbestimmen können**, ja in vielen Fällen sogar **müssen**, wie und wann wir sterben möchten.

- *Ausweitung persönlicher Freiheit und individueller Handlungsautonomie*
- *Verantwortung, Zumutung, Überforderung*



Morandibrücke, Genua 2018

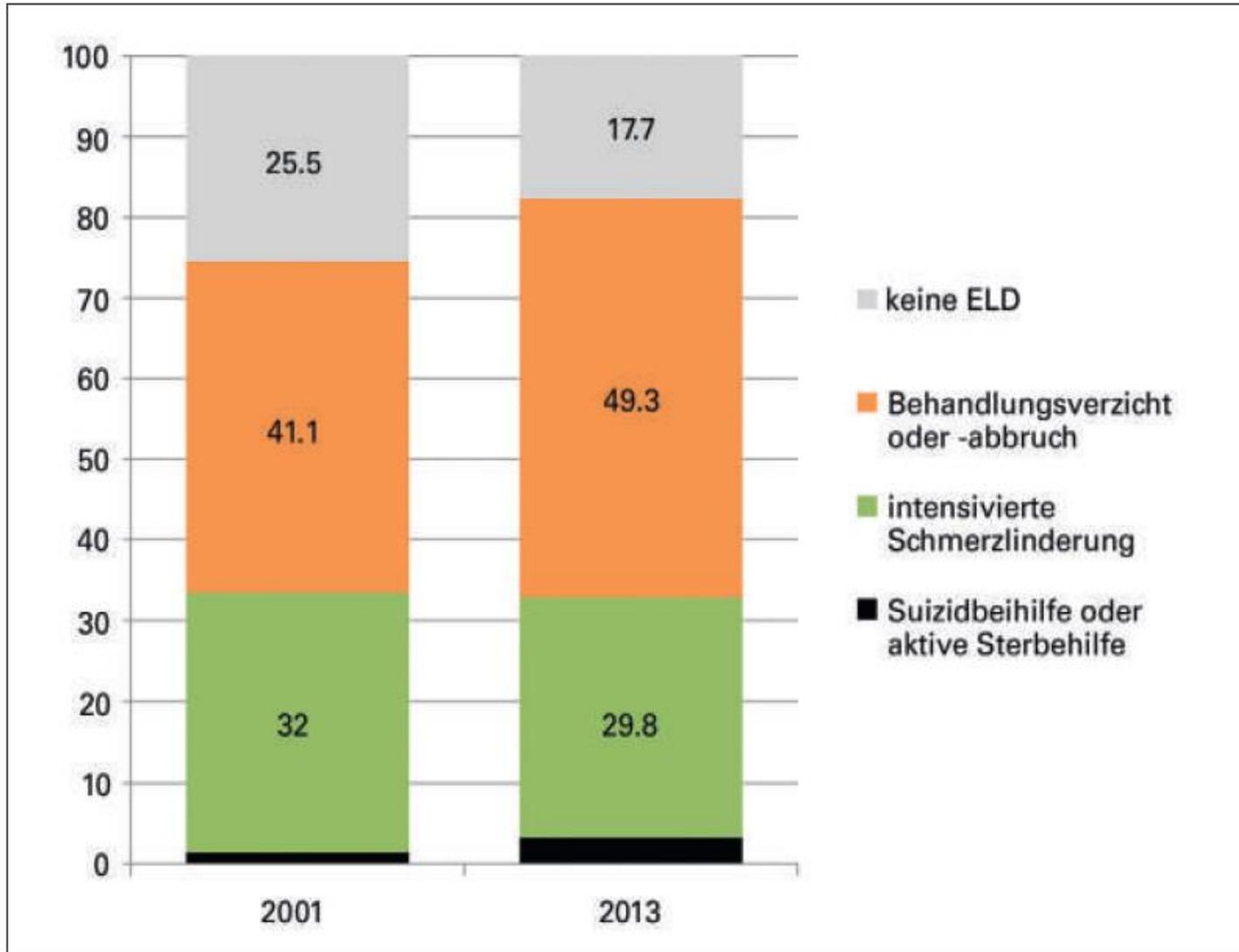
Die moderne Medizin hat ein unerschöpfliches Arsenal an lebensverlängernden Massnahmen zu bieten

Dies führt zu einem «Multioptionsdilemma» (Gronemeyer/Heller)

- Das Lebensende rückt immer mehr in den Bereich **zahlreicher Handlungsoptionen** und **fordert Entscheidungen (Klärung des Behandlungsziels)**:
 - Wie lange soll man den Tod noch bekämpfen?
 - Wann soll von kurativ auf palliativ umgestellt werden, vom Bekämpfen der Krankheit auf Hilfe im Leben mit der Krankheit?
 - Wann soll auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet werden?
 - Will ich das natürliche Ende abwarten?
- Die Medizin und jeder Einzelne sind gefordert, über das Lebensende nachzudenken und darüber zu reden!

Wie sterben die Menschen in der Schweiz?

Als Folge von Entscheidungen am Lebensende



•71% der Todesfälle in der Schweiz wurden als erwartet bezeichnet

•82% davon (58.7 % aller ausgewerteten Todesfälle) waren **Folge einer bewussten Entscheidung**

Selbstbestimmtes Sterben ist das neue Paradigma des Sterbens in unserer hochentwickelten med. Landschaft

- Die Frage ist nicht, ob das gut/wünschbar sei oder nicht, sondern
 - wie wir verantwortlich/lebensdienlich damit umgehen...
 - wie wir fähig werden, selbstbestimmt zu entscheiden...
 - Welche Rahmenbedingungen es braucht...
- damit wir die heute gegebene Freiheit als Chance (und nicht als Überforderung!) wahrnehmen können.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

- Selbstbestimmung: Anspruch nach aussen, im eigenen Willen respektiert werden
- Erfordert Selbstverantwortung: moralisch verantworten, was man tut, fordert, will.
(→ überfordert häufig)



→ zuerst muss selbstverantwortlich herausgefunden werden, was man will, bevor Selbstbestimmung möglich wird. (Herausforderung, Grundlage von Ambivalenz)

Selbstbestimmung ist immer relational

Selbstbestimmung geschieht nicht individualistisch, sondern im Kontext sozialer Beziehungen, in kultureller Prägung und religiösen / spirituellen Überzeugungen.

- Wir sind nie frei von äusseren und inneren Einflüssen.
- Es kann schwierig sein zu erkennen und zu integrieren, was fremde Einflüsse sind, was «internalisiert» wurde und was wirklich eigen ist.

- Bsp:
- Zeitgeist, medial vermittelte «Normen»
 - Religiöse / kulturelle Normen
 - Meinungen von Ärzten, Pflegenden, Angehörigen



Was ist die Rolle der professionellen Begleiter im Sinne von Palliative Care?

*«Eine verständliche und wiederholte, stufenweise Aufklärung versetzt den Patienten in die Lage, realistische Erwartungen zu entwickeln und ermöglicht eine eigenständige Willensbildung und Entscheidung. Grundvoraussetzung ist (...) die Bereitschaft, **Möglichkeiten und Grenzen der kurativen wie der palliativen Behandlung offen zu legen.**»*

(SAMW-RL Palliative Care 2006/12)

→ Nicht die persönlichen Präferenzen, Werte vermitteln (persönliche Haltung der Behandelnden hat Einfluss auf Behandlungsentscheid!), nur begleitende Beratung im Abwägen von pro und kontra. → in der Praxis schwierig!

Aber...

Die Auseinandersetzung mit den Grenzen des Lebens und den Grenzen der Medizin bleibt unabdingbare Voraussetzung für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten über sein Sterben.

«Es mag sein, dass Sterben und Tod in der öffentlichen Diskussion kein Tabuthema mehr sind; in der Medizin sind sie es leider immer noch. Obwohl heute die meisten Menschen in einem Spital oder Pflegeheim sterben, werden wir als medizinische Fachpersonen für den Umgang mit Sterbenden oder deren Angehörigen nicht vorbereitet, weder in der Ausbildung noch in der Weiterbildung.»

Prof. Daniel Scheidegger, ehem. Präsident der SAMW

*→Aussagen junger Hausärzt*innen*

Was sind die Aufgaben und Herausforderungen für Ärztinnen und Ärzte am Lebensende?



- Haltung
- Palliative Care
- Entscheidungsprozesse
- Vorausplanen

Haltung

«Ihr Ziel ist es nicht, eine neue medizinische Spezialität zu begründen, sondern vor allem **zu einer Haltung zu ermutigen, welche die Grenzen der Medizin anerkennt und sich dem Sterben des Patienten und dem häufig anklingenden Gefühl der Hilflosigkeit stellt.**» *SAMW med.-eth. RL Palliative Care 2006/13*

«Eine Medizin, die sich eine Akzeptanz des Todes ganz zu Eigen gemacht hätte, wäre eine grosse Veränderung im Vergleich zu ihrem gegenwärtigen Konzept; sie könnte dann den Raum schaffen, in dem **die Sorge für die Sterbenden** nicht ein nachträglicher Einfall wäre, wenn alles andere versagt hat, sondern dies für sich selbst **als eines ihrer Ziele sehen. Diese Sorge um einen friedlichen Tod sollte genauso Ziel der Medizin sein wie die Förderung der Gesundheit**».

Daniel Callahan:

Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben. 1998

Haltung

«Ihr Ziel ist es nicht, eine neue medizinische Spezialität zu begründen, sondern vor allem **zu einer Haltung zu ermutigen, welche die Grenzen der Medizin anerkennt und sich dem Sterben des Patienten und dem häufig anklingenden Gefühl der Hilflosigkeit**

**Die Ärzte fühlen sich überfordert,
weil sie das Gegenteil gelernt haben!**

«Eine Medizin, die sich gemacht hätte, wäre eine grosse Veränderung im Vergleich zu ihrem gegenwertigen Konzept; sie könnte dann den **Raum schaffen, in dem die Sorge für die Sterbenden nicht ein nachträglicher Einfall wäre, wenn alles andere versagt hat, sondern dies für sich selbst als eines ihrer Ziele sehen. Diese Sorge um einen friedlichen Tod sollte genauso Ziel der Medizin sein wie die Förderung der Gesundheit**».

Daniel Callahan:

Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben. 1998

Palliative Care: SENS

- **S**ymptommanagement: inkl. Antizipation, Notfall-/ Reserveplan
- **E**ntscheidungsfindung: Notfallanordnung, REA, ACP
- **N**etzwerk: stationär und ambulant, Grundversorgung und spezialisiert
- **S**upport: Unterstützung in Krankheitsbewältigung, auch der Familie



Palliative Care:
We cannot change the outcome,
but we can affect the journey.

Ann Richardson

ÄNO Ärztliche Notfallanordnung (Behandlungsplanung)

→ mit dem Patienten entwickeln und festlegen

→ Selbstbestimmung sichern

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)



Aktueller Reanimations- und Notfallstatus

Vor-/Nachname Strasse

Geburtsdatum PLZ Ort

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei oben genannter Person, sofern sie nicht selbst urteilsfähig ist:
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3, C) – sonst ungültig!

Therapieziel: Lebensverlängerung - soweit medizinisch möglich und vertretbar

A Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden **Einschränkungen** der Mittel

B0 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

B3 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie am aktuellen Lebensort Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ausschliesslich lindernde Massnahmen
wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung
Notfallplanung erforderlich

Ärztliche Notfallanordnung	
<input type="checkbox"/> A: Maximaltherapie Alle lebenserhaltenden Massnahmen inkl. Spitaleinweisung, REA, IPS gewünscht.	<input type="checkbox"/> B: Spitaleinweisung ohne REA, IPS Spitalbehandlung soweit indiziert erwünscht, aber keine REA, keine IPS.
<input type="checkbox"/> C: nur Behandlung vor Ort Keine Spitaleinweisung, keine REA, aber alle sinnvollen Behandlungen vor Ort erwünscht.	<input type="checkbox"/> D: nur palliatives Vorgehen vor Ort Keine Spitaleinweisung, nur palliative Massnahmen zur Symptomlinderung vor Ort erwünscht
Datum: Unterschrift Patient:	Datum: Unterschrift Arzt:

Reanimationsentscheidungen

Medizin-ethische Richtlinien Reanimationsentscheidungen SAMW (Juni 2021)

„Jedes Leben endet in einem Kreislaufstillstand.“ → **wann soll er bekämpft werden, wann zugelassen werden?**

1. Was versteht der Patient unter Reanimation?

„Wenn immer möglich, sollen aber Patienten darin unterstützt werden, den Entscheid in Ruhe, nach Abwägung der eigenen Präferenzen, unter Beizug individualisierter Informationen (Prognose) und im Austausch mit wichtigen Bezugspersonen zu treffen.“ → **Therapiezielklärung vor REA ja/nein**

2. Respektierung der Autonomie des Patienten:

„Die Pflicht zur Respektierung der Autonomie erfordert schliesslich, Reanimationsversuche zu unterlassen, wenn der Patient sich dagegen ausgesprochen hat; dies auch dann, wenn die Chance auf Wiederherstellung des vorherigen Gesundheitszustands gegeben erscheint.“

Reanimationsentscheidungen

Medizin-ethische Richtlinien Reanimationsentscheidungen SAMW

3. Berücksichtigung ungünstiger Prognosefaktoren:

„Bei einem Kreislaufstillstand haben die nachfolgenden Faktoren eine statistisch relevante ungünstige Auswirkung auf das Ergebnis eines Reanimationsversuchs:

- *metastasierendes Karzinom,*
- *hämatologisches Malignom,*
- *Anämie (Hk < 35 %),*
- *mehr als zwei aktive Co-Morbiditäten,*
- *Alter über 75 Jahre,*
- *beeinträchtigter mentaler Status,*
- *Einschränkungen in den ATLS, Vorliegen von spezifischen Einschränkungen,*
- *beeinträchtigte Nierenfunktion,*
- *...“*

Summieren
sich

Reanimationsentscheidungen

Medizin-ethische Richtlinien Reanimationsentscheidungen SAMW

4. Ist der Wunsch des Patienten (der Angehörigen) für uns immer ein Auftrag, unabhängig der Erfolgschancen? (Selbstbestimmung?)

Aussichtslos ist eine Reanimation, wenn eine kurz- oder mittelfristige Lebensverlängerung mit minimal erträglicher Lebensqualität mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist.

Reanimationsmassnahmen, die aussichtslos sind, können nicht eingefordert werden.

→ Es gibt eine Grenze der Selbstbestimmung im Sinne der Einforderung!

Das Nichtschadensprinzip ist hier wesentlicher Aspekt der Fürsorge. Dies muss der Patientin bzw. den vertretungsberechtigten Angehörigen einfühlsam mitgeteilt werden.

→ Therapieziel weiterleben → **nicht:** wir werden Sie nicht reanimieren, **sondern:** wir werden alles medizinisch Mögliche tun für Ihr Weiterleben.

(Aber eine Reanimation ist aussichtslos → medizinischer Entscheid REA nein)

Reanimationsentscheidungen

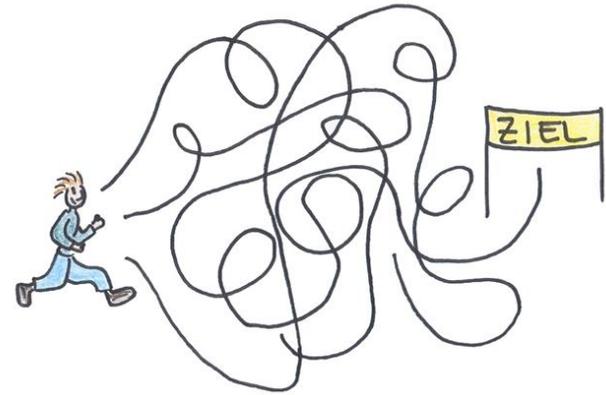
Medizin-ethische Richtlinien Reanimationsentscheidungen SAMW

5. Reanimation im Pflegeheim?

Jedes Alters- und Pflegeheim sollte festlegen, ob die Reanimationsmassnahmen während 24 Stunden an 365 Tagen Bestandteil der angebotenen Dienstleistungen sind. Die Kommunikation dieses Entscheides soll transparent und aktiv erfolgen.

→ Selbstbestimmung = Therapieziel als Patient selbstbestimmt festlegen und dann aus ärztlicher Sicht die möglichen Optionen darlegen statt nur Frage REA ja / nein.

Vor Entscheidungen / Handlungen: Klärung des Behandlungsziels («übergeordnetes Ziel»)

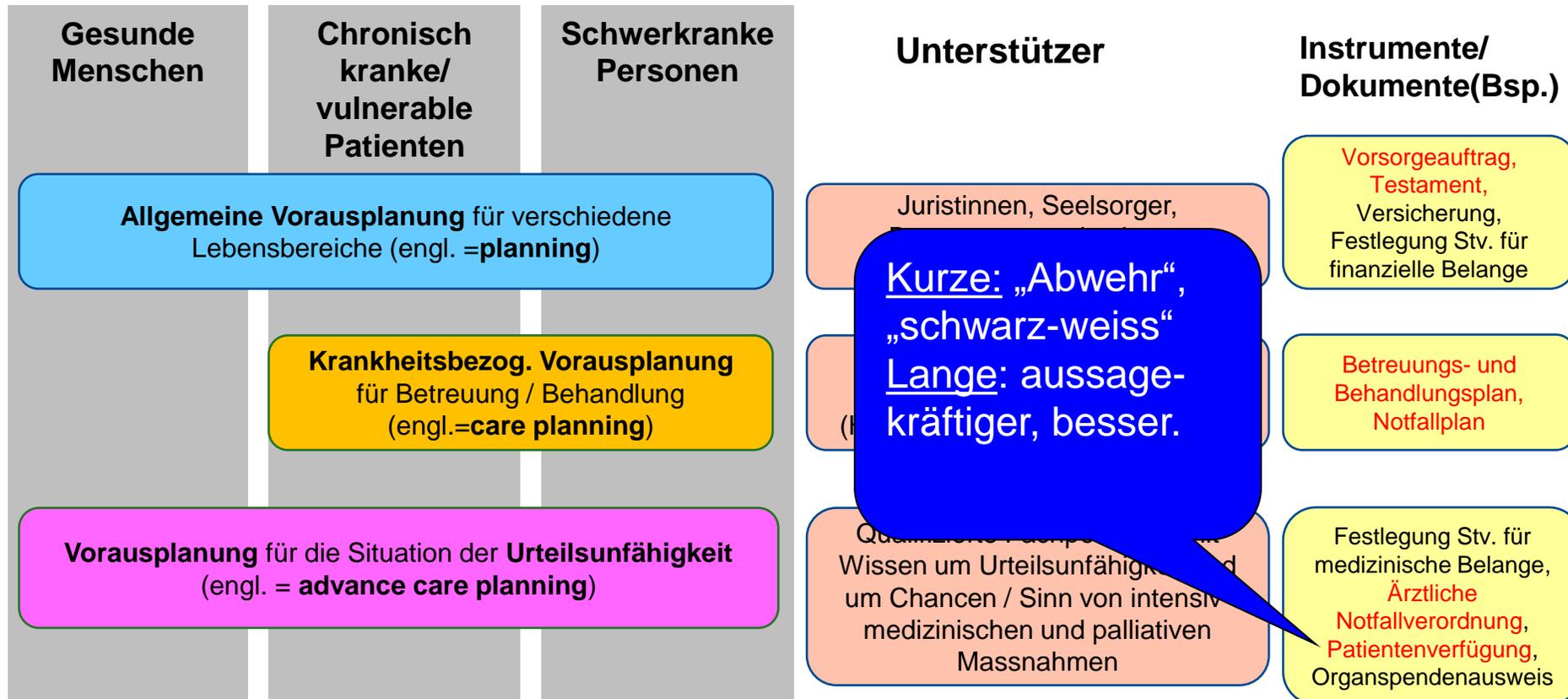


- Mit dem nötigen Feingefühl sollten im Rahmen einer gesundheitlichen Vorausplanung die **individuellen Therapieziele** und **daran angepasste medizinische Massnahmen** für mögliche zukünftige gesundheitliche Krisen und Notfälle ausführlich besprochen und in einem Notfall-/Behandlungsplan festgelegt werden (*RL Reanimationsentscheidungen*)

Muss man sich mit dem Sterben und Lebensende-Entscheidungen auseinandersetzen?

1. Ein Muss im Sinne rechtlicher Verpflichtung gibt es nicht.
2. Man darf prinzipiell auf selbstbestimmtes Entscheiden verzichten und auch den Tod verdrängen, die Entscheidungsverantwortung anderen überlassen (aber jemand muss Entscheidungen treffen!).
3. Selbstbestimmung umfasst nicht nur eigenes aktives Gestalten und Bestimmen, sondern kann auch Gelassenheit bedeuten, sich gestalten zu lassen von Umständen und Situationen, etwas bewusst anzunehmen und geschehen zu lassen. (= Das Sterben zuzulassen ist auch ein selbstbestimmter Entscheid).

Selbstbestimmung durch Gesundheitliche Vorausplanung



Aus: Rahmenkonzept gesundheitliche Vorausplanung. BAG + palliative ch 2018

Herausforderung Ambivalenz

Entscheidungen am Lebensende sind immer «Grenzsituationen» (Karl Jaspers):
Grenzsituationen sind nicht veränderbar und nicht überschaubar.

→ Grenzsituationen sind Zonen der Ambivalenz:
Patienten haben widersprechende Wünsche gleichzeitig, sind hin- und hergerissen.
→ fordert uns heraus!

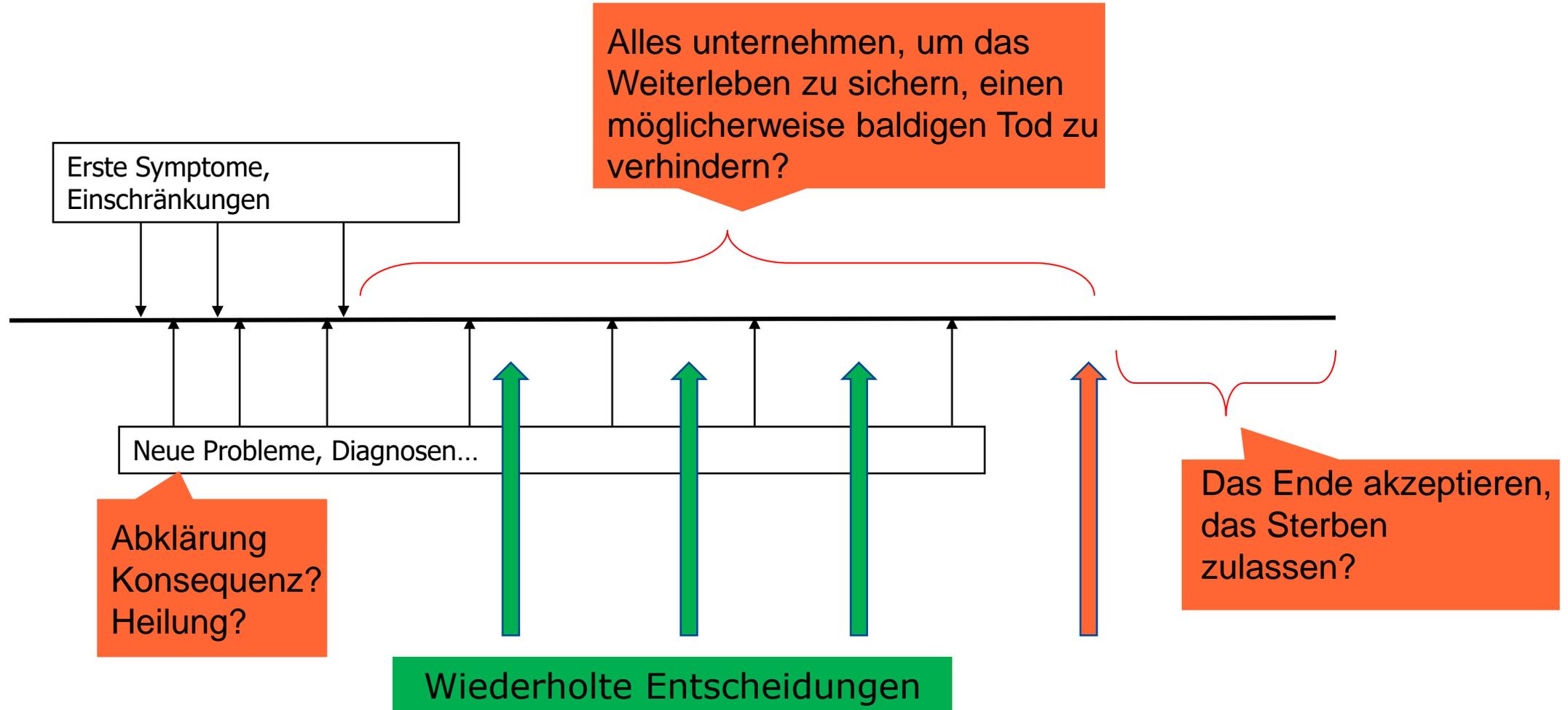
Unsere Aufgabe: durch Mitdenken- und fühlen, Nachfragen und Einbringen
zusätzlicher Gesichtspunkte helfen, die eigene, stimmige Meinung zu bilden.
Ambivalenz aushalten und mitgehen.

→ **Spiritual Care:** was ist dem Pat. im Tiefsten wichtig, was gibt ihm Halt? Woran
hängt er, was würde ihm das Sterben erleichtern? Gibt es noch etwas zu korrigieren,
zu tun (unfinished business)? ...

Beispiele für Ambivalenz

- „Ich bin alt (86 j.) und weiss, dass ich bald einmal sterben muss. Aber ich möchte auf eine natürliche Art sterben, nicht an Covid-19!“
- 79 j Patient, seit 10 Jahren Mitglied bei Exit, füllt 2018 die lange PV von Dialog Ethik aus: keine REA, keine IPS.
 - 2019 Herzrhythmusstörungen → lässt sich ICD implantieren
 - Jan 2021 kardiogener Schock, ruft noch Freundin an, hat Angst → Tel 144
 - Reanimation vor Ort, Hosp. auf IPS. Nach 5 Tagen med. stabil, aber schlechter AZ, will keine weiteren Massnahmen → Palliativstation.
 - Will so schnell wie möglich mit Exit sterben, ist aber wechselnd delirant, Psychiater stellt UF in Frage → Verlegung in Pflegeheim.

Selbstbestimmte Entscheidungen: es beginnt vor dem Ende!



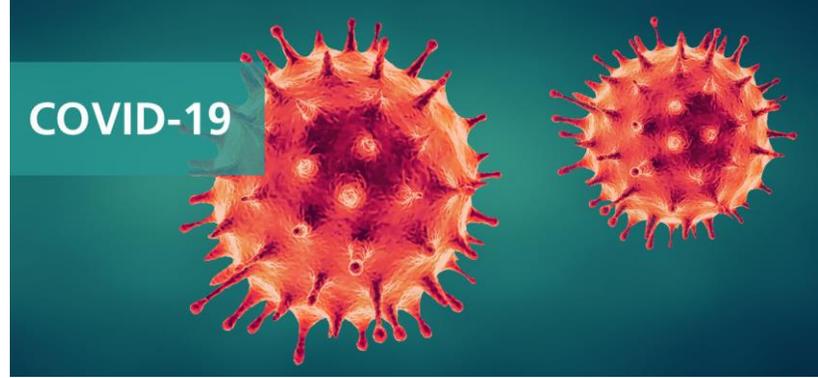
Daniel Callahan



»Bei jeder schweren Erkrankung – ganz besonders bei alten Menschen – sollte die Frage gestellt und die Möglichkeit geprüft werden: **Kann diese Erkrankung die tödliche sein oder – weil irgendeine Krankheit die tödliche sein muss – sollte man ihr bald *erlauben*, tödlich zu sein?** Wenn ja, sollte ihr gegenüber umgehend eine andere Strategie ins Spiel kommen, das Bemühen um einen friedlichen Tod sollte wichtiger werden als der Kampf um eine Heilung.«

Daniel Callahan (1998): Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben

Beispiel Covid-19 Pandemie



- V.a. ältere Menschen (Risikogruppe) mussten sich Gedanken machen:
 - Will ich bei einer Infektion
 - Am bisherigen Lebensort bleiben und allenfalls sterben?
 - Ins Spital?
 - Auch auf die IPS?
 - Allenfalls beatmet werden (trotz minimaler Chance)?
- Es geht also um die Frage: bin ich bereit, bei einer Infektion ein allfälliges Sterben zuzulassen oder wie weit, wie lange will ich dagegen ankämpfen?
- Diese Frage wird mit keiner Patientenverfügung abgedeckt!

Zusammenfassung



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

- Wir haben heute die Möglichkeit (und die Pflicht) die Entscheidung über das Sterben selbst zu bestimmen, wann für uns die Zeit zum Sterben gekommen ist, wann wir das Sterben zulassen wollen.
- Unsere Gesellschaft fordert diese Selbstbestimmung – aber der Einzelne fühlt sich mit diesen Entscheidungen oft überfordert: vom Zeitpunkt, von der Selbstverantwortung (das Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen).
- Wir sind als Begleiter gefordert: offen und klar zu informieren, Fragen zu stellen, Ambivalenz auszuhalten und mitzugehen, keinen Einfluss zu nehmen.