



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR MEDIZINGESCHICHTE
UND WISSENSCHAFTSFORSCHUNG

HOSPIZ • IM PARK

Klinik für Palliative Care

Lay Summary

Palliative non-oncology patients' wish to die.

The attitudes and concerns of patients with neurological diseases, organ failure or frailty about the end of life and dying.

Project team

Dr. med. Heike Gudat Keller
Prof. Dr. phil., dipl. biol. Christoph Rehmann-Sutter
PhD Kathrin Ohnsorge
Dipl.-Theol., lic. oec. publ. Nina Streeck

Contact adress

Dr. med. Heike Gudat Keller
Ärztliche Leitung
HOSPIZ IM PARK
Klinik für Palliative Care
Stollenrain 12
CH-4144 Arlesheim
Tel. 061 706 92 22
heike.gudat@hospizimpark.ch

Basel, April 15, 2017



1. Hintergrund

Menschen mit fortgeschrittenen unheilbaren Krankheiten machen sich häufig Gedanken über das Sterben, und einige von ihnen haben Sterbewünsche. Sterbewünsche bei schwer kranken Menschen haben meist einen komplexen Hintergrund. Sie sind eng mit der Behandelbarkeit und dem Verlauf einer Erkrankung, mit der Lebensqualität, mit der Biographie, mit Bedürfnissen, Haltungen und Sorgen der Betroffenen, aber auch mit dem unmittelbaren Umfeld und der Gesellschaft verbunden. Wie schwerkranke Menschen ihre Lebens- und Sterbewünsche selbst sehen, auslegen und begründen, ist noch wenig erforscht.

Die im Rahmen des NFP67 geförderte Studie ist der zweite Teil einer umfassenderen qualitativen Interviewstudie zu Sterbewünschen bei schwerer Erkrankung und bei gebrechlichen älteren Menschen. Untersucht wurden in der zweiten Teilstudie die Sterbewünsche von Patienten mit verschiedenen nicht-onkologischen Krankheits- und Sterbeverläufen, während die erste Teilstudie die Sterbewünsche von Patienten mit Tumorerkrankungen zum Gegenstand hatte. Neben der zentralen Frage nach dem Erleben und der subjektiven Bedeutung, die Sterbewünsche für Menschen in Palliativsituationen haben, untersuchten wir den Einfluss der verschiedenen Krankheits- und Sterbeverläufe (Dying Trajectories) auf den Sterbewunsch.

2. Studienziele.

In den letzten Jahren bestand ein grosses Interesse an qualitativer Forschung, um die Sterbewünsche von Patienten am Lebensende besser zu verstehen und um diese Patientengruppe besser versorgen zu können. Diese explorative, prospektive, qualitative Interviewstudie untersuchte die Sicht von Betroffenen, ihren pflegerischen und ärztlichen Betreuungspersonen und ihren Angehörigen und leitet daraus Massnahmen für eine angemessene Betreuung und Begleitung ab. Die Erkenntnisse des Projekts sollen helfen, Menschen besser zu verstehen, die sich angesichts ihres nahenden Todes mit der eigenen Endlichkeit und ihrem Sterben auseinandersetzen. Dies trägt zu einer verfeinerten medizinethischen Betrachtung und Einschätzung von Sterbewünschen sowie zu einer verbesserten Entscheidungsfindung, Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende bei.

In der Studie wurden Patienten mit unheilbaren und fortgeschrittenen Erkrankungen zu ihrer Lebenssituation und Lebensqualität, zu ihren Haltungen, Sorgen und Bedürfnissen befragt. Aus den Antworten wurden Hinweise auf die Absichten, Gründe, Bedeutungen und Funktionen von Sterbewünschen gewonnen, auch dafür, wie sich diese im Verlauf der Zeit verändern und wie sie gegeneinander abgewogen werden. Zudem wurden jeweils die nächsten Angehörigen und betreuenden Fachpersonen zur Patientensituation und zu ihren eigenen Haltungen befragt, wobei daraus geschlossen werden sollte, welchen Einfluss, die Haltungen der Angehörigen und Betreuenden auf die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten haben.



3. Methode

Die zweite Studie geht von der gleichen Fragestellung und vom selben methodischen Aufbau aus wie die erste.

Die Studienmethode folgte einem interpretativ-phänomenologischen Ansatz anlehnend an Grounded Theory und Interpretative Phenomenological Analysis. Sie wurde in einer vorangehenden Pilotstudie entwickelt und dann in den beiden Teilen der Studie durchgehend angewandt: Mittels offen gehaltenen Interviews und viel Raum zum Erzählen wurden schwer kranke und betagten Menschen über ihre Vorstellungen, Haltungen, Sorgen und Wünsche zu ihrem eigenen Leben und Sterben befragt. Alle Betroffenen stammten aus der Region Basel und waren palliativmedizinisch gut eingebettet.

Wann immer möglich, wurden mit den Patienten Folgeinterviews vereinbart. Damit sollte erfasst werden, ob und wie sich die Einstellungen der Betroffenen über die Zeit veränderten, beispielsweise durch Einschnitte im Krankheitsverlauf, durch Krisen oder Veränderungen im persönlichen Umfeld. Zusätzlich wurden für jeden Patienten mit dessen Einwilligung auch ihre Angehörigen, Pflegenden und behandelnden Ärzte befragt. Die Interviews wurden zusammen mit den klinischen Daten zu ausführlichen Fallstudien zusammengefasst und innerhalb sowie zwischen den drei Krankheitsgruppen Organversagen, neurologische Erkrankungen, Frailty, sowie Krebs (bestehend, aus der vorangegangenen Studie) verglichen. Es handelte sich um eine prospektive Studie.

Einschlusskriterien. Erwachsene Patienten in einer Palliative Care-Situation und mit folgenden Kriterien:

- Unheilbares, fortgeschrittenes Organleiden (z.B. Herz-, Nieren-, Leberinsuffizienz), neurologisches Leiden (z.B. ALS, Multiple Sklerose) oder hohes Alter mit Gebrechlichkeit und Multimorbidität („Frailty“)
- Der Patient wurde *vor* Studieneinschluss im ärztlichen Gespräch über die Krankheitssituation aufgeklärt. Er hat sich mit der eigenen Endlichkeit bzw. seiner limitierten Lebenserwartung schon auseinandergesetzt.
- Der Patient entscheidet sich freiwillig, an der Studie teilzunehmen.
- Der Patient ist kognitiv in der Lage, an einem Interview teilzunehmen.
- Der behandelnde Arzt hat einer Anfrage durch das Studienteam zugestimmt.
- Der Patient befindet sich in einer weit fortgeschrittenen Phase seiner Erkrankung und damit in einer Lebensphase, in welcher Palliative Care im Vordergrund steht, wenn auch noch gewisse lebensverlängernde Interventionen möglich sind (z.B. Behandlung einer Infektion).

Ausschlusskriterien.

- Patient mit relevanten kognitiven Einschränkungen, welche an der Entscheidungsfähigkeit des Patienten bezüglich Einwilligung oder Aussagen im



Interview zweifeln lassen (Desorientiertheit bei Demenz, Delir; starke Vergesslichkeit; starke Müdigkeit, Eintrübung).

- Patient mit psychischen oder körperlichen Problemen oder unkontrollierten Symptomen, welche ein Interview als zu belastend erscheinen lassen.
- erhöhtes Risiko, dass ein Interview zu einer psychischen Destabilisierung führt (starke Ängste, emotionale Instabilität, schwere Depression, akute Suizidalität).

Eine milde oder mittelstarke Depression war kein absolutes Ausschlusskriterium. Allerdings mussten diese Patienten besonders gut eingebettet und begleitet sein.

Es wurde in verschiedenen Palliative Care Settings interviewt, von Hospiz über Palliativstation zu ambulanter Palliativversorgung. Die 20- bis 90-minütigen Interviews (n=248) waren semistrukturiert und hatten das Erleben des betroffenen Patienten zum Gegenstand. Die Transkripte der Interviewaudios wurden von allen Autoren jeweils einzeln gelesen und offen kodiert, sowie in regelmässigen Sitzungen für jede Fallgeschichte gemeinsam ausgewertet. Die Perspektiven der Angehörigen, Ärzte und Pflegenden wurden als je eigenständige ernstgenommen. Sie dienten auch dazu, eine mehrschichtige Interpretation der Patientenaussagen zu gewinnen. Beide Teilstudien (onko- und nicht-onko) wurden durch die Ethikkommission beider Basel (EKBB) bewilligt.

4. Resultate

In der zweiten Teilstudie wurden 32 nicht-onkologische Patienten, ihre Angehörigen, Pflegenden und Ärzte interviewt (insgesamt 142 Interviews). Charakteristika der Nicht-Tumor-Patienten: 10 neurologische Krankheiten (v.a. ALS und MS), 11 Organversagen (v.a. Lunge und Herz-Kreislauf), 11 Gebrechlichkeit in hohem Alter („frailty“, 11); Alter: 58-97 Jahre (Median 82 Jahre); 18 Männer/14 Frauen; verstorben vor Studienende: 11; Anzahl der Tage des letzten Interviews vor dem Tod 3-480 (Median 53 Tage); von 30 Patienten, ihre Angehörigen, Pflegenden und Ärzte interviewt (insgesamt 116 Interviews) hatten 4 während der Studie eine milde bzw. mässige, (meist) behandelte Depression. Im Vergleich dazu wurden in der ersten Studie 30 Patienten mit Tumorerkrankungen interviewt. Charakteristika der Tumorpatienten: Alter: 34-87 Jahre (Median 82 Jahre); 12 Männer/18 Frauen; verstorben vor Studienende: 28; Anzahl der Tage des letzten Interviews vor dem Tod 5-237 (Median 23 Tage); von 30 Patienten hatten 3 während der Studie eine milde bzw. mässige (meist) behandelte Depression. Durch den zweiten Teil der Studie erweitert sich die Gesamtstudie auf einer der bislang grössten prospektiven qualitativen Interviewstudie mit direkt Betroffenen zu diesem Thema.

Ein Model zur Analyse des Sterbewunsches

Anhand der Ergebnisse der ersten Studie wurde ein Modell zum Verstehen von Sterbewünschen („Anatomie des Sterbewunsches“) entwickelt, das zum Verständnis von Sterbewünschen verschiedenster Krankheitssituationen sinnvoll eingesetzt



werden kann. Dieses Modell gliedert sich in drei Aspekte: um einen Sterbewunsch besser zu verstehen, sollen je drei Dimensionen einzeln untersucht werden: 1. Die Intention (Was wird gewollt in Bezug auf das Sterben?); 2. Die Motivation (Warum wird es gewollt?); 3. Soziale Interaktionen (Welche Rolle spielen Beziehungen für den Sterbewunsch?).

Das Modell wurde in der zweiten Studie auch für andere Krankheitsgruppen getestet, bestätigt und in einigen Punkten noch verfeinert. Beispielsweise musste die Unterkategorie „hypothetischer Sterbewunsch“ (also den Wunsch, das Sterben zu beschleunigen, wenn bestimmte Konditionen in Zukunft eintreten) weiter differenziert werden. Je nachdem, wie nahe die bestimmte Kondition (z.B. zunehmende Abhängigkeit, Immobilität, Würdeverlust, künstliche Ernährung) in der nächsten Zukunft gewährt wird, hat der hypothetische Sterbewunsch einen anderen Grad der Konkretheit und Dringlichkeit für den Patienten. Dies zu erfragen, ist für die klinische Einschätzung von grosser Bedeutung. Zudem haben wir gesehen, dass nicht-onkologische Patienten ihren Sterbewunsch z.T. anders begründen. Daraus ergaben sich neue Bedeutungen für den Sterbewunsch, die Aufschluss darüber geben, wie Menschen mit nicht-onkologischen Erkrankungen u.U. ihren Sterbewunsch verstehen.

Sterbewünsche und subjektive Erfahrung des Krankheits- bzw. Sterbeverlaufes

Krankheitsbezogene Überlegungen allein geben keinen umfassenden Einblick in Sterbewünsche, aber sie geben wichtige Informationen über a) die Herausforderungen, die bestimmte Patientengruppen häufiger erleben und die zu einem Sterbewunsch führen können und b) auf was geachtet werden kann, wenn man einen bestehenden Sterbewunsch verstehen will.

Für jede Patientengruppe fanden wir typische Muster, Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die für die Sterbewünsche in den einzelnen Patientengruppen bedeutend sind. Zum Beispiel hatten viele neurologische Patienten einen hypothetischen Sterbewunsch für die Zukunft, falls bestimmte Bedingungen unerträglich würden. Diese Wünsche drückten manchmal die Angst vor Abhängigkeit, Verlust der Souveränität und ein Bedürfnis nach Sicherheit aus. Personen mit Organversagen erwähnten hingegen ihren Sterbewunsch im Zusammenhang mit einem Auf-und-Ab zwischen lebensbedrohlicher Gesundheitskrise und erneuter Stabilisierung. Die meisten dieser Patienten äusserten während einer lebensbedrohlichen Krise den Wunsch, das Sterben beschleunigen zu wollen (wobei nach überstandener Krise oft anders darüber gedacht wurde) und viele von ihnen hatten eine hypothetische Sterbewunsch für die Zukunft, um eine nächste Krise nicht erleben zu müssen. Ältere gebrechliche Menschen erklärten oft ihren Sterbewunsch aus der Erfahrung, dass ihre Lebenswelt zunehmend kompliziert und anstrengend werde: kleine Handgriffe waren mühsam oder kompliziert; weil sich alles verlangsamte, musste alles gut zeitlich organisiert werden; sie brauchten zunehmend Unterstützung, fühlten sich abhängig, wurden deshalb aus den gewohnten Lebenskontexten herausgerissen (Institutionalisierung) und erlebten Fremdheit. Sie



hatten häufiger das Gefühl zur Last zu fallen, auch der Gesellschaft als ganzes. Der Verlust von Freunden und Verwandten führte zu dem Gefühl der Entfremdung und Einsamkeit und einer reduzierten Lebenswelt, die ihren Sterbewunsch unterstrich. Personen mit Tumorerkrankungen erlebten einen Sterbewunsch dagegen häufig in einer Situation hohen physischen und psychischen Leidens. Ein Mangel an Perspektive und Hoffnungslosigkeit aufgrund des klaren Bewusstseins für den nahenden Tod wurde häufig von Krebspatienten als Grund für ihren Sterbewunsch erwähnt. Jede dieser Patientengruppe nannte entscheidende Zeitpunkte innerhalb des Krankheitsverlaufs, an denen es vermehrt dazu kommt, dass sich die Betroffenen das Sterben wünschen. Diese Momente waren in jeder der vier Sterbeverläufe unterschiedlich. Ärzte und Pflegende sollte sich eines erhöhten Risikos um diese Zeitpunkte bewusst sein.

Akzeptanz des Sterbens

Gesondert untersuchten wir das Thema der Akzeptanz des Sterbens, da es eines der emergenten Themen in den Interviews war, aber auch, um es von einem Sterbewunsch besser abgrenzen zu können. Es wurde deutlich, dass es nicht eine einzige Form des Akzeptierens gibt, sondern unterschiedliche Arten. Anders als von manchen Stufenmodellen der Krankheits- und Trauerbewältigung angenommen, wurde das Akzeptieren von Sterben und Tod von den Interviewten keinesfalls als ein statischer Zustand oder Ende ihrer gedanklichen Auseinandersetzungen verstanden. Vielmehr erlebten die Betroffenen ihr Akzeptieren-können als ein labiles Gleichgewicht, das bei Veränderungen im Erleben von Krankheit und Sterben immer wieder verloren gehen konnte und neu gewonnen werden musste. In ihrem Erleben standen das Akzeptieren-können und -wollen daher nahe beieinander und wechselte sich immer wieder ab. Besonders auffällig war, dass Menschen, die ihr Sterben akzeptierten, dennoch gleichzeitig oft auch Sterbe- und Lebenswünsche hatten. In einer existentiell bedrohlichen Situation am Lebensende, mit der man keine Erfahrung hat, kann das Akzeptieren als ein Versuch gesehen werden, Destabilisierung zu vermeiden, indem verschiedener Wünsche und Einstellungen verhandelt und Unabdingbares in die eigene Einstellung integriert wird. Sehr kritisch sollte man aber Forschungsmodelle zum Thema ‚Akzeptanz des Sterben‘ reflektieren, die das Akzeptieren des Sterbens von vorneherein zur Maxime erheben und das Akzeptieren des Sterbens normativ von Patienten erwarten.

Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, und Sterbewünsche

Ein weiteres wichtiges Thema in den Interviews ist das Gefühl, anderen Menschen zur Last zu fallen. Aus quantitativen und qualitativen Studien ist bekannt, dass dies ein wichtiger Grund ist, warum Menschen einen Sterbewunsch äussern können. Dies entspricht auch unseren Studienergebnissen. In unserer Studie gaben Patienten unterschiedliche Erklärungen an, warum sie sich als Last für andere empfanden; nur einige brachten dies in Verbindung mit einem Sterbewunsch. Patienten befürchteten,



andere durch den hohen Pflegeaufwand und übermässige Arbeit zu belasten und für deren Schlafentzug, ihre begrenzte private Zeit oder deren emotionale Belastung in Verbindung mit ihrer Krankheit und ihrem Sterben verantwortlich zu sein. Die damit verbundenen Emotionen wie Scham, Schuld und Selbstzweifel waren an moralische Werte gebunden, die aus Sicht der Patienten verletzt worden waren. Patienten entwickelten Vermeidungsstrategien, anderen zur Last zu fallen. So wiesen sie sich selbst in Pflegeinstitutionen ein, vermieden belastende Kommunikation mit Angehörigen und Fachpersonen, baten nicht um die eigentlich notwendige Hilfe, oder entschieden sich gegen lebenserhaltende Massnahmen, um anderen von der Last des Pflegens oder des Entscheidens zu befreien. Auch pflegende Angehörige versuchten alles zu tun, um bei den Patienten nicht das Gefühl aufkommen zu lassen, eine Last zu sein. Das Gefühl, eine Last zu sein oder durch den anderen belastet zu werden, schien die Balance der Beziehung empfindlich zu gefährden.

Für einige Patienten war das Gefühl zur Lasten zu fallen der entscheidende Grund für einen Sterbewunsch. Andere hingegen vermieden es, einen Wunsch, das Sterben zu beschleunigen, auszuführen, weil sie befürchteten, die ihnen Nahestehenden dadurch zu sehr zu belasten (bspw. mit einem assistierten Suizid). Sterbewünsche können also aus dem Gefühl heraus entstehen, andere von einer Last befreien zu wollen. Sie können aber auch unterdrückt werden, um andere nicht zu belasten. In der Begleitung dieser Patienten ist es wichtig zu verstehen, welche moralischen Werte sie verletzt sehen.

5. Bedeutung der Resultate für Wissenschaft und Praxis

Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen helfen, Menschen besser zu verstehen, die sich angesichts ihres nahenden Todes mit der eigenen Endlichkeit und ihrem Sterben auseinandersetzen. Das Forschungsteam zieht folgende Schlüsse und empfiehlt nachstehende Massnahmen:

Sterbewünsche körperlich schwer kranker Menschen sind grundsätzlich eine normale Reaktion, sich mit dem nahenden Lebensende auseinanderzusetzen. Es sind vielschichtige Konstrukte aus verschiedenen Teilwünschen, die sich auch widersprechen können, die sich über die Zeit verändern können (aber nicht müssen), in denen Teilaspekte immer wieder neu gegeneinander abgewogen werden und die einen starken sozialen Bezug haben. Sterbewünsche beinhalten nicht unbedingt, dass jemand das Sterben beschleunigen will (bspw. durch eine Freitodbegleitung) und auch nicht, dass das Sterben genau jetzt kommen soll. Es kann auch ein Wunsch für die Zukunft unter bestimmten Bedingungen sein.

Betroffene wünschen einen proaktiven und offenen Dialog durch die Fachleute. Patienten haben das Bedürfnis, mit ihren Ärzten und sonstigen Betreuern ihres Vertrauens über ihre Wünsche betreffend Sterben und Tod zu sprechen. Sie öffnen sich jedoch nur, wenn man ihnen offen, respektvoll und ohne Vorurteile begegnet. Es ist wichtig, dass man nicht erst dann mit ihnen über Sterbewünsche spricht, wenn es



um eine Freitodbegleitung oder andere Formen der Sterbehilfe geht. Auch Sterbewünsche, bei denen es nicht um Beschleunigung geht, können für Betroffene sehr belastend sein. Es ist wichtig, Sterbewünsche nicht als verwerflich oder unmoralisch hinzustellen.

Die Grundversorger (Hausärzte und Spitex) besser unterstützen. Der Grossteil der Palliative Care findet in der Hausarztmedizin (Grundversorgung) statt. Daher sollten besonders Hausärzte im Umgang mit Sterbewünschen geschult werden. Dazu gehören beispielsweise theoretisches Wissen zu Palliative Care, Weiterbildungszeit auf Palliativstationen und Kommunikationstraining. Auch für die übrigen Fachpersonen sollten medizinische, pflegerische, psychosoziale, spirituelle und ethische Aspekte der Palliative Care integraler Bestandteil der Weiter- und Fortbildung sein.

Entwicklung praxisorientierter Instrumente. Ein praxisnahes, leicht zugängliches Instrument kann den Behandelnden helfen, Risikosituationen zu erkennen, die gehäuft zu Sterbewünschen führen, und kann Massnahmen auflisten, die die Situation der Patienten und ihrer betreuenden Angehörigen entlasten. Ein derartiges Instrument sollte die verschiedenen Situationen berücksichtigen, in denen sich Menschen in Palliativsituationen befinden (unterschiedliche Diagnosen, Lebensumstände, kulturelle Hintergründe).

Die narrative Medizin muss gestärkt werden. Wünsche, Bedürfnisse und Sorgen schwer kranker Menschen lassen sich nur über ihre Biografie, ihre ganz eigene Geschichte verstehen. Erst im Erzählen und gemeinsamen Gespräch erschliessen sich Gründe und Wertvorstellungen, welche einem Sterbewunsch zugrunde liegen. In komplexen Krankheitssituationen kann eine individualisierte Behandlung und Betreuung nur unter Berücksichtigung dieser Aspekte erfolgen. Gespräche müssen im Regelwerk der Medizin aufgewertet werden.

Den frühen Zugang zu Palliative Care fördern. Schwer kranke Menschen setzen sich frühzeitig mit Endlichkeit, Sterben und Tod auseinander. Es gehört zu den Aufgaben der Palliative Care, Betroffene psychologisch zu unterstützen und Raum zu geben für spirituelle Fragen. Betroffen sind nicht nur Menschen mit Krebs, sondern gerade auch solche mit nicht-Krebserkrankungen. Viele unter ihnen leiden unter dem krisenhaften Verlauf ihrer Erkrankung und den Aussichten, am Ende des Lebens unter einer hohen Symptomlast zu versterben. Ein früher Zugang zu Palliative Care entlastet und stärkt Patient und ihre Angehörigen, vermeidet Krisen und kann gefördert werden mit vorausschauender Planung (Advance Care Planning ACP, Patientenverfügungen). Entsprechende Erfassungs- und Arbeitsinstrumente zu ACP müssen schweizweit noch entwickelt werden. Schulungen zu Vorgehen, Inhalten von ACP und Patientenverfügung und Kommunikation müssen niederschwellig im Rahmen der obligatorischen Weiter- und Fortbildung angeboten werden, ganz besonders in der Grundversorgung.

Angehörige als Mitglieder der Versorgung ansehen. Patienten und pflegende Angehörige bilden zusammen eine „Care Unit“. Die Belastung der Angehörigen oder stark belastete Beziehungen können bei Patienten das Gefühl auslösen, eine Last zu

sein und zu Sterbewünschen beitragen. Eine bessere Unterstützung pflegender Angehöriger ist daher vordringlich, sei es auf pflegerischer, psychologisch-begleitender oder finanzieller Ebene. Auch Selbsthilfegruppen für Angehörige, Nachbarschaftshilfe und gemeindenaher Hilfen könnten die Angehörigen entlasten.

Förderung der Forschung im Bereich der Palliative Care und der Medizin am Lebensende. Dabei sollte ausdrücklich die Perspektive der Patienten und Angehörigen berücksichtigt werden. Innerhalb einzelner Krankheitsdiagnosen sollten Risikokonstellationen für Sterbewünsche weiter beforscht und Unterstützungsmassnahmen benannt werden. Die Forschung zu Sterbewünschen und assoziierten Fragen am/zum Lebensende sollte auch vulnerable oder exponierte Patientengruppen einschliessen, wie Menschen mit psychiatrischer Erkrankung, mit geistiger Einschränkung, sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund und damit anderem Umgang mit Fragen zum Lebensende.

Der konstruktive gesellschaftliche Dialog zu Fragen am Lebensende sollte gefördert werden. Menschen am Lebensende sollten mehr Raum erhalten, ihre besonderen Fragen und Bedürfnisse zu diskutieren. Es muss respektiert werden, dass sich manche Betroffene als Last fühlen, aber die Gesellschaft muss diesen Menschen zu verstehen geben, dass sie willkommen sind und Schutz erhalten. Eine konstruktive und möglichst objektiv geführte Sterbehilfediskussion ermöglicht es den Betroffenen, offen über das nachzudenken, was sie wünschen.

