



## Richtlinien zum Vorgehen bei Wunsch nach assistiertem Suizid

Ergänzung zur grundsätzlichen Haltung der dedica Betriebe gemäss Beschluss der Mitgliederversammlung vom 12. November 2015.

<b>1</b>	<b>GRUNDLAGE</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>VORAUSSETZUNGEN</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>VORGEHEN</b>	<b>2</b>
3.1	GESPRÄCHE ZWISCHEN SUIZIDWILLIGER PERSON, PFLEGE, ARZT, SEELSORGE	2
3.2	2. GESPRÄCH MIT BEGLEITER DER STERBEHILFE-ORGANISATION	2
3.3	UNABHÄNGIGES FACHTEAM	3
3.4	DURCHFÜHRUNGORT	3
3.5	ANWESENHEIT VON MITARBEITENDEN BEIM SUIZID	3
<b>4</b>	<b>BEGRIFFSERKLÄRUNG ZU PALLIATIVE CARE</b>	<b>3</b>
4.1	PALLIATIVE CARE	3
4.2	END OF LIFE CARE	4
4.3	SUPPORTIVE THERAPIE	4
4.4	PASSIVE STERBEHILFE	4
4.5	INDIREKTE STERBEHILFE	4
4.6	PALLIATIVE SEDATION	4
4.7	ASSISTIERTER SUIZID	5
4.8	AKTIVE STERBEHILFE	5
4.9	WEITERE BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	5



## 1 Grundlage

Die Richtlinien beschreiben das Vorgehen beim Wunsch nach assistiertem Suizid und stehen in Ergänzung zu den am 18.06.2015 verabschiedeten Grundsätzen des Vereins dedica und allfälligen betriebsinternen Grundlagen bei Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

## 2 Voraussetzungen

Wenn eine Bewohnerin den Wunsch nach Beihilfe zum Suizid bzw. assistiertem Suizid äussert, sind folgende Voraussetzungen zu klären:

1. Die Bewohnerin ist urteilsfähig, ihr Wunsch wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft.
2. Die Angebote einer palliativen Behandlung und Betreuung wurden der Bewohnerin aufgezeigt; diese werden angewendet oder abgelehnt.

## 3 Vorgehen

### 3.1 Gespräche zwischen suizidwilliger Person, Pflege, Arzt, Seelsorge

Sobald der Wunsch nach assistiertem Suizid von einer Bewohnerin geäussert wird, finden Gespräche mit der Bewohnerin statt, je nach Situation mit dem Arzt, Bezugsperson Pflege, Leitung Pflege und Betreuung, Seelsorgerin oder andern Fachpersonen. Dabei werden insbesondere die Möglichkeiten der palliativen Medizin und Pflege angesprochen, sowie mögliche Änderungen der Betreuungs- und Pflegesituation thematisiert. Dies mit dem Ziel, Handlungsalternativen aufzuzeigen. Sämtliche Gespräche und Abmachungen werden dokumentiert.

### 3.2 2. Gespräch mit Begleiter der Sterbehilfe-Organisation

Die Bewohnerin kann Begleiter von Sterbehilfeorganisationen auf ihren Wunsch hin im Heim empfangen. Bei Einwilligung der Bewohnerin können auch Gespräche zwischen „Sterbebegleiter“ und behandelndem Arzt oder Pflege stattfinden. Oft geht es um eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit. Diese Frage kann der behandelnde Arzt beantworten; bei Unsicherheit betreffend Urteilsfähigkeit ist die Beurteilung eines Fachexperten einzuholen.

### **3.3 Unabhängiges Fachteam**

Bleibt der Wunsch nach assistiertem Suizid nach den Gesprächen aufrechterhalten, erfolgt eine Beurteilung durch ein vom Behandlungsteam unabhängiges Fachteam<sup>1</sup>. Dieses prüft, ob die erwähnten Voraussetzungen berücksichtigt werden und führt ein Gespräch mit dem Betreuungs- und Behandlungsteam.

### **3.4 Durchführungsort**

Bleibt der Wunsch beständig, so sucht die Bewohnerin mit Hilfe ihrer Angehörigen einen Ort, wo ihrem Wunsch entsprochen werden kann.

In besonderen Fällen kann die Institution den assistierten Suizid in seinen Räumlichkeiten zulassen. Dies gilt insbesondere in Fällen ohne würdige Ausweichmöglichkeit in zumutbarer Nähe bzw. wenn die entsprechende Transportfähigkeit nicht gegeben ist.

### **3.5 Anwesenheit von Mitarbeitenden beim Suizid**

Den Mitarbeitenden der Institutionen dedica ist es untersagt, an den Vorbereitungen oder Durchführungen bei einem assistierten Suizid mitzuwirken.

## **4 Begriffserklärung zu Palliative Care<sup>i</sup>**

### **4.1 Palliative Care<sup>ii</sup>**

Gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» umfasst Palliative Care «die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»

---

<sup>1</sup> Wenn vorhanden ist hier das Ethik-Forum gemeint. Ansonsten sollte ein Fachteam zusammengesetzt werden mit Fachpersonen, welche mit den Institutionen zusammen arbeiten oder aber auch mit Fachpersonen aus anderen dedica Institutionen (i.R. Delegation des Ethikforums, Pflegerperson, Arzt und eine weitere Person).



## 4.2 End of Life Care

End of Life Care ist der englische Fachbegriff für Medizin, Pflege und Begleitung in der letzten Lebensphase, wobei der Beginn dieser letzten Lebensphase nicht genau definiert wird. Er beinhaltet medizinische, psychologische, spirituelle und soziokulturelle Aspekte. Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen und die Begleitung der Angehörigen haben einen hohen Stellenwert. Dazu gehören auch besondere ethische Fragen, die sich am Lebensende stellen können, beispielsweise zum Verzicht oder Abbruch einer Behandlung, zur Patientenverfügung oder zu einer Sedation (künstlicher Schlaf).

## 4.3 Supportive Therapie

Unterstützende, lindernde Behandlungsmassnahmen bei Krebspatienten. Durch das interdisziplinäre Bemühen um die individuellen umfassenden, physischen, psychosozialen, spirituellen und kulturellen Bedürfnisse wird die Belastung durch die tumorspezifischen Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Bestrahlung, Operation) möglichst gering gehalten.

## 4.4 Passive Sterbehilfe

Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen oder, falls solche bereits eingeleitet wurden, deren Abbruch.. Allgemein anerkannter Bestandteil der Schulmedizin bzw. der Palliativmedizin. Sie ist straffrei. Bsp. lebensverlängernder Massnahmen: Antibiotika-Therapie, künstliche Beatmung, Reanimation, künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr .

## 4.5 Indirekte Sterbehilfe

Inkaufnahmen einer indirekten Lebensverkürzung durch Medikamente, die zur Linderung schwerster Symptome – besonders von Schmerz, Angst oder Erstickungsgefühl – verabreicht werden. Ziel ist Verminderung von Leiden, nicht der Tod. Allgemein anerkannter Bestandteil der Palliativmedizin. Sie ist straffrei. Bsp: Bei schwersten Schmerzen Medikamentengabe in einer so hohen Dosis, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie zu einer Beschleunigung des Todeseintrittes führt.

## 4.6 Palliative Sedation

Die palliative Sedation dient der Leidenslinderung und ist eine in der Palliativmedizin anerkannte Therapiemassnahme. Es handelt sich um eine medizinisch indizierte Therapieoption am Lebensende mit dem Ziel, unerträgliches Leiden, bei dem alle andern palliativen Massnahmen versagt haben, durch eine Bewusstseinsminderung mit sedierenden Medikamenten zu lindern. Eine Lebensverkürzung wird in Kauf



genommen. Sie bedarf der besonders sorgfältigen Indikationsstellung, Professionalität des Teams und eine gute, durch gegenseitiges Vertrauen geprägte Kommunikation zwischen der Patientin, ihren Angehörigen und dem Behandlungsteam. Bsp: Schwerste Atemnot, schwerste Schmerzsymptomatik

#### **4.7 Assistierter Suizid**

Beihilfe durch eine Drittperson zum Freitod (Suizid). Die Beihilfe ist in der Schweiz gemäss Artikel 115 des Strafgesetzbuches straffrei, sofern eigennützige Motive ausgeschlossen werden können. Sie wird von Laienorganisationen wie EXIT und Dignitas praktiziert. Bei Selbsttötung durch ärztliche Beihilfe spricht man von Physician-Assisted Suicide (PAS). Der assistierte Suizid muss von den anderen Formen der Sterbehilfe unterschieden werden (passive, indirekte und aktive Sterbehilfe, siehe dort).

#### **4.8 Aktive Sterbehilfe**

Gezielte, rasche und nicht schmerzhaft Tötung eines Menschen mit einer unheilbaren Krankheit mit dem Ziel, sein Leben zu beenden. Nach Artikel 111, 113 und 114 des Strafgesetzbuches in der Schweiz strafbar. Unterschieden werden:

- a. Auf Verlangen (voluntary euthanasia)
- b. Ohne entsprechende wiederholte Willensäusserung des Patienten (involuntary euthanasia oder life-terminating act without explicit request LAWER).
- c. Gegen den expliziten Willen des Betroffenen (non-voluntary euthanasia)

#### **4.9 Weitere Begriffserklärungen**

Weitere Begriffserklärungen sind unter <http://www.palliative.ch/de/palliative-care/fachbegriffe> aufgelistet.

---

<sup>i</sup> Quellangabe: [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)

<sup>ii</sup> Quellangabe: Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015 (GDK und schweiz. Eidgenossenschaft)