

Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids in Alters- und Pflegeheimen – methodische Vorgehensweise

Matteo Rossier

Eingereicht bei: Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht am 28. Juni 2019 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Bachelor-Thesis zum Thema

Assistierter Suizid in Alters- und Pflegeheimen

Die im Rahmen der Bachelor-Thesis bearbeitete Fragestellung lautet: Wie kann der Zeitraum zwischen der Wunschäusserung nach Inanspruchnahme des assistierten Suizids, durchgeführt von EXIT, durch Bewohnende eines Alters- und Pflegeheims in der Schweiz bis zur Durchführung im Heim würdig gestaltet werden?

Dazu werden die Einflussfaktoren des Zeitraums zwischen der Wunschäusserung und der Durchführung des assistierten Suizids dargestellt. Dabei wird berücksichtigt, wie sich die Versorgung Sterbender in Schweizer Alters- und Pflegeheimen gestaltet, welche Bedingungen für den assistierten Suizid gelten und was würdiges Sterben bedeutet.

Dieses Wissen fliesst in die methodische Ausgestaltung des Zeitraums ein. Dabei werden eine Netzwerkkarte, um das Umfeld zu erfassen, das SENS-Modell, um den Prozess zu strukturieren sowie unterschiedliche Qualitäten, um Wirkungsabsichten zu formulieren, verwendet. Der Zeitraum wird mittels eines Flussdiagramms dargestellt

Im Schlusswort erfolgen die Beantwortung der Fragestellung, eine kritische Auseinandersetzung sowie das Fazit und der Ausblick.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Begriffe	9
1.3 Erkenntnisinteresse	10
1.4 Relevanz der Thematik	12
1.5 Formulierung der Fragestellung	14
1.6 Theoretische Grundlagen, Methodik und Literatur.....	16
1.7 Methodische Herangehensweise an Erarbeitung und Aufbau der Arbeit.....	20
2. Durchführung der Suizidhilfe in der Schweiz	22
2.1 Rechtliche Situation	22
2.1.1 Strafgesetzbuch und Rechtsprechung	22
2.1.2 Standesrecht	23
2.1.3 Urteilsfähigkeit.....	24
2.1.4 Suizidhilfe in Alters- und Pflegeheimen.....	24
2.2. Suizidhilfe von EXIT Deutsche Schweiz	25
2.2.1 Voraussetzungen bei EXIT Deutsche Schweiz	25
2.2.2 Ablauf einer Freitodbegleitung	26
3. Menschenwürdiges Sterben	27
3.1 Würdeverständnis	27
3.2 Selbstbestimmung und Fürsorge	29
3.3 Menschenwürdiges Sterben bei Inanspruchnahme des assistierten Suizids	29
4. Sterbewillige Person.....	30
4.1 Adressatinnen und Adressaten	30
4.2 Bedürfnisse von Sterbenden	31
5. Sterbeort Alters- und Pflegeheim.....	32
5.1 Sterbende in Alters- und Pflegeheimen.....	32
5.2 Ausgangslage Alterszentrum Baumgarten	33
6. Analyse der Stakeholder	34
6.1. Relevante gesellschaftliche Stakeholder	34
6.1.1 Medizin.....	35
6.1.2 Pflege	35
6.1.3 Theologie	36
6.1.4 Alter.....	37
6.1.5 Ethik	37
6.1.6 EXIT	38
6.2 Gewichtung der Stakeholder	39

6.3 Fazit.....	39
7. Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids	40
7.1 Dedicarichtlinien	40
7.2 Flussdiagramm des Prozesses	41
7.3 Methodische Ansätze.....	41
7.3.1 Wirkungsorientierung anhand von Qualitäten	41
7.3.1.1 Theoretische Grundlagen.....	41
7.3.1.2 Anwendung während des Zeitraums	42
7.3.2 Netzwerkkarte	44
7.3.2.1 Theoretische Grundlagen.....	44
7.3.2.2 Anwendung während des Zeitraums	44
7.3.3 SENS-Modell.....	45
7.3.3.1 Theoretische Grundlagen.....	45
7.3.3.2 SENS-Bereiche.....	46
7.3.3.3 Anwendung während des Zeitraums	46
7.4 Durchführung des assistierten Suizids	48
8. Ergebnisse, Diskussion und Ausblick	48
8.1 Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung.....	48
8.2 Methodenkritik und kritische Diskussion.....	52
8.3 Folgerungen und weiterführende Fragen	55
9. Quellenverzeichnis	58
Anhang.....	69
Wirkungsabsichten/Wirkungsorientierung	69
SENS-Modell	70
1. Interview	74
2. Interview	79
3. Interview	81
Ehrenwörtliche Erklärung.....	83

Abkürzungsverzeichnis

BAG	=	Bundesamt für Gesundheit
BFS	=	Bundesamt für Statistik
FMH	=	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	=	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
NaP	=	Natrium-Pentobarbital
NEK-CNE	=	Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin
NFP	=	Nationales Forschungsprogramm
SAMW	=	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBK	=	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SEK	=	Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SAMW. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid.....	35
Tabelle 2: FMH. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid	35
Tabelle 3: FMH. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen.....	35
Tabelle 4: SBK. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen	36
Tabelle 5: CURAVIVA Schweiz. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen	36
Tabelle 6: Die Schweizer Bischöfe. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid	37
Tabelle 7: SEK. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid	37
Tabelle 8: Pro Senectute. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid.....	37
Tabelle 9: NEK-CNE. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid	38
Tabelle 10: NEK-CNE. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen	38
Tabelle 11: EXIT. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid.....	38
Tabelle 12: EXIT. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen	38
Tabelle 13: Gewichtung der einzelnen Stakeholder	39
Tabelle 14: Wirkungsabsichten/Wirkungsorientierung.....	69
Tabelle 15: SENS-Modell. Symptomerfassung.....	70
Tabelle 16: SENS-Modell. Entscheidungsfindung.....	71
Tabelle 17: SENS-Modell. Netzwerk-Organisation	72
Tabelle 18: SENS-Modell. Support.....	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm methodisches Vorgehen	41
--	----

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Ein Mensch kann auf verschiedene Art und Weise aus dem Leben scheiden. Nicht selten geschieht dies durch Suizid. In der Schweiz wählten im Jahr 2014 1029 Personen diesen Weg. Zu den häufig angewendeten Methoden gehören das Sich-Erhängen oder Sich-Erschiessen. In den vergangenen Jahren ist eine Abnahme der Suizide erkennbar (vgl. Junker 2016: 3f.). Eine wenig gewaltsame Form ist die Durchführung eines assistierten Suizids (vgl. EXIT Deutsche Schweiz o.J.a). 2014 haben sich 742 Menschen mit Schweizer Wohnsitz für diese Methode entschieden. Diese Zahl hat im Zeitraum zwischen 2008 bis 2014 kontinuierlich zugenommen (vgl. Junker 2016: 1). Hinsichtlich des Suizides lässt sich bezüglich des assistierten Suizids gar eine Tendenz der gesellschaftlichen Normalisierung wahrnehmen (vgl. Bartsch 2017: 218). Ein Indiz dafür ist, dass EXIT in der Schweiz zurzeit über 120'000 Mitglieder hat, Tendenz steigend (vgl. Wiler 2019: o.S.). Eine im Auftrag von EXIT durchgeführte Umfrage ergab zudem, dass 98 % der Befragten, die Mitglied bei EXIT sind, sowie 93 % der befragten Nicht-Mitglieder der Meinung sind, dass bei Vorliegen einer unheilbaren Krankheit der betroffene Mensch selber über das weitere Vorgehen entscheiden solle (vgl. Bundesrat 2011: 35). Trotz der breiten Zustimmung von Seiten der Bevölkerung ist diese Normalisierung noch nicht überall feststellbar, so bspw. nicht in allen Alters- und Pflegeheimen. Dies, obwohl heutzutage etwa 40 % der Todesfälle in der Schweiz in solchen Institutionen stattfinden (vgl. Zimmermann/Felder/Streckeisen/Tag 2019: 186). So waren bspw. im Kanton Solothurn noch bis ins Jahr 2018 die Dienste von Sterbehilfeorganisationen in Alters- und Pflegeheimen gemäss Weisung des Amtes für soziale Sicherheit nicht zulässig (vgl. Moser 2018: o.S.).

Es zeigt sich jedoch, dass auch in Alters- und Pflegeheimen immer häufiger der assistierte Suizid möglich ist. Die Stadt Zürich erlaubt bereits seit dem Jahr 2001 unter gewissen Umständen Suizidhilfe in Alters- und Pflegeheimen, die zum Gesundheits- und Umweltdepartement gehören (vgl. Stadtrat Zürich 2000: 6-7). Im Jahr 2013 gab es im Kanton Waadt die ersten kantonalen gesetzlichen Regelungen betreffend die Voraussetzung für die Suizidhilfe in Pflegeheimen (vgl. Borasio 2014: 92). Im Juni 2018 hat das Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn Richtlinien herausgegeben, die es Alters- und Pflegeheimen ermöglichen, selbst darüber zu entscheiden, ob sie den assistierten Suizid zulassen wollen (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018: 1f.).

In diesem Fall entstehen eine Reihe von Fragen, die geklärt werden müssen. So halten die veröffentlichten Richtlinien des Kanton Solothurn fest, dass bei einer Zulassung bspw. folgende Aspekte geregelt werden müssen: das konkrete Vorgehen, falls Bewohnende den

Wunsch kommunizieren, die Unterstützung von Sterbehelferinnen und Sterbehelfern in Anspruch zu nehmen, die interne Kommunikation, die Rolle der Heimleitung etc. (vgl. ebd.: 1f.). Entscheidet sich eine Person für den assistierten Suizid, müssen für dessen Durchführung gesetzliche Bedingungen erfüllt werden (vgl. EXIT Deutsche Schweiz 2019a: 21). Zudem ist bis zum Vollzug eine bestimmte Vorbereitungszeit einzuhalten (vgl. ebd.: 34.). Hier schliesst sich die Frage an, wie dieser Zeitraum in einem Alters- und Pflegeheim gestaltet werden kann.

1.2 Begriffe

Zunächst gilt es die relevanten Begriffe zu klären. Eine wichtige Unterscheidung ist zwischen der Sterbehilfe und der Suizidhilfe vorzunehmen. Die folgenden Definitionen stammen aus den Richtlinien betreffend die Regelung der Zutrittsbewilligung von Sterbehilfeorganisationen für Alters- und Pflegeheime, die das Amt für soziale Sicherheit (2018: 1) des Kantons Solothurn herausgegeben hat:

Passive Sterbehilfe: Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. Diese Form der Sterbehilfe ist gesetzlich nicht explizit geregelt und wird als erlaubt angesehen.

Indirekte aktive Sterbehilfe: Zur Linderung von Leiden werden Mittel eingesetzt, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Der möglicherweise früher eintretende Tod wird in Kauf genommen. Diese Art der Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt jedoch als grundsätzlich erlaubt.

Assistierter Suizid, Suizidhilfe: Es wird in diesem Falle eine tödliche Substanz vermittelt bzw. der Zugang zu dieser ermöglicht, die der Suizidwillige dann ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt. Organisationen wie EXIT oder Dignitas leisten Suizidhilfe in diesem Rahmen. Dies ist nicht strafbar, solange ihnen keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können.

Direkte aktive Sterbehilfe: Dies stellt die gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen dar, bspw. durch das absichtliche Verabreichen einer Spritze, welche direkt zum Tod führt. Diese Handlung ist strafbar; es handelt sich je nach Fallkonstellation um eine vorsätzliche Tötung, um eine Tötung auf Verlangen oder um Totschlag.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf den assistierten Suizid. Dabei ist eine grundlegende Abgrenzung zum Suizid vorzunehmen, der sich hinsichtlich des Motivs und des Wunsches unterscheidet: Beim assistierten Suizid handelt es sich häufig um einen sogenannten Bilanzsuizid, durch den ein langandauerndes Leiden beendet werden soll und der normalerweise seit längerer Zeit gewünscht ist. Suizidalität dagegen kann die Folge einer psychischen Erkrankung oder einer schwereren psychosozialen Krise sein, die oft

behandelbar wäre. Dennoch ist eine klare Zuordnung der Motive nicht immer möglich (vgl. Zimmermann et al. 2019: 45).

Mehrfach wird in dieser Arbeit auch der Begriff Palliative Care verwendet, der daher ebenfalls zu definieren ist:

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kurierung 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. (Binder/von Wartburg 2014: 8)

Für Personen, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen, wird in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung sterbewillige Person verwendet.

Weitere Begriffe werden im Verlauf der Arbeit erläutert.

1.3 Erkenntnisinteresse

Die Gestaltung des Prozesses wird zu einem grossen Teil durch die sterbewillige Person beeinflusst. Personen entscheiden sich aus verschiedenen Gründen für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids: Dies können bspw. körperliche und psychische Krankheiten, altersbedingte Multimorbidität sowie Gefühle der Einsamkeit und des Verlusts von Selbstständigkeit sein (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 2). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (nachfolgend SBK genannt) empfiehlt, dass Pflegefachleute Personen, die sich für den assistierten Suizid entscheiden, begleiten und diesen, falls gewünscht, in ihren letzten Augenblicken beistehen. Jedoch gehört nach Angabe des SBK der assistierte Suizid nicht zum pflegerischen Auftrag (vgl. SBK 2005: 1f.).

Bei der Begleitung können aus verschiedenen Gründen Unsicherheiten entstehen. So ist der Suizid im hohen Alter bisher nur gering untersucht (vgl. Kliemt/Howe 2014: 143). Es liegen nur wenige Studien darüber vor, was sich positiv auf die psychologische Auseinandersetzung beim Sterben im Alter auswirken kann (vgl. Tiedtcke/Lang 2014: 23). Hinzu kommt, dass die Schweizer Sterbehilfepraxis bisher noch wenig erforscht ist (vgl. Boucsein-Keller 2015: 138). In Bezug auf die Gestaltung des Zeitraums zwischen der Entscheidung für den assistierten Suizid und dessen Durchführung stellt sich zudem die Frage, was bzgl. des Kontextes des Alters- und Pflegeheims berücksichtigt werden sollte. Beim Sterben handelt es sich um einen individuellen Prozess. Eine Standardisierung der Versorgungsmodelle von Seiten einer Institution kann daher nicht den persönlichen und biografischen Umständen sowie den Vorstellungen der betroffenen Personen entsprechen (vgl. Heller 2007: 89). Zudem besteht

die Gefahr, dass durch organisatorische Abläufe den individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen Sterbender zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ausserdem besteht bei der Koordination der Tätigkeiten der involvierten Fachkräfte Verbesserungsbedarf (vgl. Zimmermann et al.: 2019: 14). Daher ist es von Interesse und Thema der vorliegenden Arbeit, wie der Prozess adäquat an die individuelle Situation angepasst und gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Personen strukturiert werden kann. Dabei soll sich die Gestaltung des Zeitraums nicht nur auf die methodische Vorgehensweise beschränken. Zudem soll berücksichtigt werden, welche Wirkung durch die Gestaltung des Zeitraums erzielt werden soll. „Für die Bewertung beruflichen Handelns [ist] nicht nur die Frage bedeutsam (...), ob die Handlungen (...) entsprechend den prozessbezogenen Anforderungen ausgeführt worden sind, sondern auch, ob und welche Wirkung das Handeln erzeugt hat.“ (Merchel 2015: 128f.) Die gemeinsame Festlegung auf eine angestrebte Wirkung erweist sich jedoch als schwierig: So haben sich in der Vergangenheit die Vorstellungen, wie mit dem Leiden und Sterben umgegangen werden soll, auseinanderentwickelt (vgl. Zimmermann et al. 2019: 14). Dennoch kann festgehalten werden, dass heutzutage beim Sterben ein würdevoller Prozess angestrebt wird, der möglichst kontrolliert und selbstbestimmt erfolgen soll (vgl. Kovacevic/Bartsch 2017: 1f.). Zudem hält die Leistungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms 67 (nachfolgend NFP 67 genannt) fest: „Das wichtigste Ziel der Gesellschaft im Umgang mit dem Sterben sollte darin bestehen, Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen“. (Leistungsgruppe des NFP 67 Lebensende 2017: 11) Eine Auseinandersetzung wie es um die Menschenwürde am Lebensende steht, fand bisher jedoch nur in geringem Ausmass statt (vgl. Welsh 2017: 7f). Wie bereits festgehalten, beinhaltet der Zeitraum, bis der assistierte Suizid durchgeführt werden kann, eine gewisse Vorbereitungszeit (vgl. EXIT Deutsche Schweiz 2019a: 34). Im Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik ist es daher von Interesse, wie der Zeitraum würdig gestaltet werden kann, wenn sich Bewohnende eines Alters- und Pflegeheims dazu entschliessen, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen.

Wenn eine Person ihren Tod vorzeitig bestimmt, entstehen zudem rechtliche Fragen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 129). Daher ist auch zu berücksichtigen, welche Bestimmungen bei der Durchführung eines assistierten Suizids gelten. Dabei ist zu erwähnen, dass es bestimmte Zivilgesellschaften und Organisationen gibt, die sich mit Entscheidungen am Lebensende beschäftigen (vgl. ebd.: 19). Deren Überzeugungen und Denkweisen hinsichtlich eines 'guten Sterbens' können Haltungen und Handlungen beeinflussen, bspw. auch jene von Pflegefachpersonen (vgl. ebd.: 157f.). Deshalb ist es von Interesse, welche Haltung relevante gesellschaftliche Stakeholder bzgl. der Thematik des assistierten Suizids einnehmen.

In der vorliegenden Arbeit wird die Gestaltung des Zeitraums ab der Äusserung des Wunsches nach assistiertem Suizid bis zu dessen Durchführung konkret auf ein Alterszentrum übertragen.

1.4 Relevanz der Thematik

Relevanz für die Soziale Arbeit: Professionelle der Sozialen Arbeit sind selten in Alters- und Pflegeheimen anzutreffen (vgl. Wichmann/Becker-Ebel/Wilkening 2014: 109). Dennoch ist die Fragestellung für die Soziale Arbeit von Bedeutung: So entsteht bzgl. der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen ein Widerspruch zwischen der Fürsorgeverpflichtung von Alters- und Pflegeheimen und dem Ermöglichen der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 4). Um diesen Konflikt konstruktiv bewältigen zu können, kann die Soziale Arbeit einen Beitrag leisten, denn ihre Position ist zwischen den im Auftrag der Gesellschaft handelnden Organisationen und den Subjekten zu verorten (vgl. Thole 2012: 24f.). Zudem gilt Selbstbestimmung als ein Grundsatz für die Soziale Arbeit (vgl. AvenirSocial 2010: 8).

Es gibt Strukturmerkmale professionellen Handelns, die für die Soziale Arbeit kennzeichnend sind. Sie beeinflussen einerseits die Bedingungen, unter denen das Handeln stattfindet, andererseits können durch sie Widersprüche entstehen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 47). Im Zusammenhang mit der oben genannten Fragestellung soll das Strukturmerkmal der Nichtstandardisierbarkeit hervorgehoben werden. „Das Strukturmerkmal der Nichtstandardisierbarkeit begründet den *Status* der Sozialen Arbeit als *Profession*.“ (ebd.: 55) Dieses Merkmal findet sich auch in der vorliegenden Thematik wieder. So handelt es sich beim Sterben um einen individuellen Vorgang, der weder standardisiert werden sollte noch könnte (vgl. Engel 2014: 72). Um damit professionell umgehen zu können, könnte die Soziale Arbeit mit Ihrer Erfahrung einen wertvollen Beitrag leisten.

Im Weiteren müssen Überlegungen hinsichtlich der Zielsetzung des Prozesses angestellt werden: „Anzustreben ist ein Sterben, das eines Menschen würdig ist, seinem individuellen Lebensentwurf entspricht und seinem sozialen Eingebundensein gerecht wird.“ (Dialog Ethik 2005: 3) In der vorliegenden Arbeit spielt die Würde der sterbenden Menschen eine wesentliche Rolle, ebenso wie es für die Soziale Arbeit gilt: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde.“ (AvenirSocial 2010: 8) Bzgl. dem assistierten Suizid liegt aus dem Bereich der Sozialen Arbeit bisher jedoch keine Stellungnahme vor (vgl. Schwarz 2015: 55). Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio ist der Meinung, dass gerade die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag zu einem professionellen Umgang mit Sterbenden leisten kann, wobei der systemische Blick und die Ressourcenorientierung einen Nutzen darstellen können (vgl. Borasio 2012: 82f.). Zudem

kann sie Personen, die im Sterben liegen, in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördern und zum Einbezug weiterer Hilfesysteme verhelfen. So behandelt sie die Sterbenden selbst als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt und kann sie dabei unterstützen, dass dieser Lebensabschnitt selbstbestimmt und würdevoll abläuft (vgl. Pankofer 2014: 27f).

Gesellschaftliche Relevanz: In Bezug auf ein würdevolles Sterben ist erwähnenswert, dass die Menschenwürde in der Bundesverfassung der Schweiz einen grundlegenden Stellenwert einnimmt: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“ (Art. 7 BV) und: „Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.“ (Art. 12 BV) Es kann davon ausgegangen werden, dass menschenwürdiges Sterben in Alters- und Pflegeheimen zukünftig an Bedeutung gewinnen wird. Dies, da einerseits die Anzahl an Pflegebedürftigen zunehmen wird und da andererseits Personen erst ins Heim eintreten werden, wenn sie bereits pflegebedürftig sind (vgl. Laufmann 2014: 10). So geht eine Statistik davon aus, dass in der Schweiz im Jahre 2050 jährlich 90'000 Menschen sterben werden, während es im Jahre 2013 um die 60'000 waren (vgl. Binder/von Wartburg 2014: 5).

Im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Relevanz soll zudem berücksichtigt werden, welche Haltung gegenüber dem assistierten Suizid eingenommen wird. Die Anzahl Mitglieder bei EXIT ist zwischen 2010 bis heute von 52'000 auf über 120'000 Personen gestiegen (vgl. Wiler 2019: o.S.). Dazu kommt eine Zustimmung in grossen Teilen der Gesellschaft, die sich in Volksabstimmungen zu Regelungen oder Einschränkungen des assistierten Suizids gezeigt hat: Letzteres war bspw. im Jahr 2011 im Kanton Zürich mit 85 % der Stimmen abgelehnt worden (vgl. Borasio 2014: 91).

Bezüglich der Fragestellung gilt es festzuhalten, dass Alters- und Pflegeheime relevante Sterbeorte darstellen. Von den 62'500 Personen, die im Jahre 2009 in der Schweiz starben, taten dies 40 % in Alters- und Pflegeheimen (vgl. Junker 2012: 6). Die Gesellschaft hat daher einen grossen Einfluss und trägt eine Mitverantwortung dafür, unter welchen Bedingungen das Sterben stattfindet: „Wir sind als Gesellschaft gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein würdiges Abschiednehmen und Sterben ermöglichen und den Sterbenden wie den Zurückbleibenden (Angehörigen und Betreuenden) den notwendigen Raum für Abschieds-, Trauer- und Verarbeitungsprozesse gibt (sic!).“ (Bethesda/Dialog Ethik 2012: 43) In dieser Hinsicht scheint Verbesserungsbedarf zu bestehen: Zwar wird heute offen über das Sterben gesprochen, während es bspw. vor 50 Jahren als Tabuthema galt (vgl. Zimmermann et al. 2019: 11). Dennoch ist das Thema Lebensende auf gesellschaftspolitischer Ebene in der Schweiz noch von geringem Interesse, auch wenn sich dies in der Zukunft ändern kann. Dafür spricht, dass die geburtenstarken Jahrgänge ins Alter kommen, wodurch das Thema Lebensendversorgung auch auf politischer Ebene ins Zentrum rücken wird (vgl. ebd.: 183). In

diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Menge an Richtlinien, die für Entscheidungen am Lebensende von Bedeutung sind, in den letzten Jahren angestiegen ist. Dies spricht für das Vorhandensein des gesellschaftlichen Interesses, das Lebensende aktiv beeinflussen zu wollen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 17).

In der Gesellschaft gibt es Diskurse, die sich darauf beziehen, was unter einem 'guten Sterben' verstanden wird. Diese sind insofern relevant, als sie Haltungen und Handlungen beeinflussen (vgl. ebd.: 157f.). Bezüglich der Thematik des 'guten Sterbens' nehmen in der Schweiz der Bewusstseins- sowie der Selbstbestimmungsdiskurs die Vormachtstellung ein. Beim Bewusstseinsdiskurs spielen das bewusste Kommunizieren und die Gestaltung des Lebensendes eine wichtige Rolle. Dabei wird das Sterben akzeptiert. Beim Selbstbestimmungsdiskurs stehen Sterbende im Zentrum, die wohlinformiert Entscheidungen fällen und diese Phase selbst lenken (vgl. ebd.: 198f.). Im Vergleich zum Bewusstseinsdiskurs handelt es sich nach dem Selbstbestimmungsdiskurs auch um 'gutes Sterben', wenn die Person den Zeitpunkt selbst bestimmt und das natürliche Sterben nicht zulässt (vgl. ebd.: 164). Dabei ist erwähnenswert, dass die befürwortende Haltung gegenüber dem assistierten Suizid gesellschaftlich relevanter wird, je mehr das Lebensende beeinflussbar wirkt und das Sterben seinen religiösen Wert verliert (vgl. ebd.: 179).

1.5 Formulierung der Fragestellung

Wird der Zeitpunkt des assistierten Suizids festgelegt, entsteht ein Freiraum für die Gestaltung des Zeitraums davor. Dadurch wird ein Abschiednehmen möglich und bestimmte Angelegenheiten können geregelt werden (vgl. Zimmermann et al.: 178). Die Gestaltung des Zeitraums zwischen der Wunschäusserung nach assistiertem Suizid und dessen Durchführung steht im Zentrum dieser Arbeit. Dieser Zeitraum wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst: Dabei herrscht in der Schweiz das Subsidiaritätsprinzip, weshalb sich z. T. die Kantone in ihren Gesetzen und Regelungen unterscheiden, was zu Differenzen in der Ausgestaltung des Lebensendes führen kann (vgl. ebd.: 132f.). So variierte bspw. der Anteil der Personen, die in Alters- und Pflegeheimen sterben 2009 je nach Kanton zwischen 28 % bis 52 % (vgl. Junker 2012: 6). Es lässt sich nicht endgültig festlegen, ob diese Differenzen kulturell bedingt oder auf den föderalistischen Aufbau der Schweiz zurückzuführen sind (vgl. Hedinger 2016 66f.). Es ist festzustellen, dass in der Schweiz Unterschiede bestehen in der Art und Weise, wie die Versorgung von Personen in der Sterbephase ausgestaltet ist. Allerdings sind die gesetzlichen Regelungen der Kantone zum assistierten Suizid ähnlich (vgl. Interview 1 im Anhang). Findet der assistierte Suizid in einem Heim statt, können sich die Regelungen je nach Kanton jedoch unterscheiden (vgl. CURAVIVA Schweiz: o.J.).

In der vorliegenden Arbeit wird die Ausgestaltung der methodischen Vorgehensweise auf das Alterszentrum Baumgarten in Bettlach übertragen. Dieses befindet sich im Kanton Solothurn.

Das zuständige Amt für soziale Sicherheit hat im Juni 2018 Richtlinien herausgegeben, gemäss denen die Alters- und Pflegeheime selbst entscheiden können, ob sie den assistierten Suizid erlauben wollen. In diesem Fall müssen mehrere Vorgaben umgesetzt werden, so etwa, dass, wenn Bewohnende den Einbezug von Sterbehelferinnen und Sterbehelfern wünschen, das entsprechende Vorgehen festgehalten werden muss (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018: 1f.). Dieser Aspekt steht im Zentrum der vorliegenden Arbeit und der Zeitraum wird am Beispiel des Alterszentrums Baumgarten betrachtet. Die weiteren in den Richtlinien enthaltenen Punkte werden vorwiegend vom Altersheim separat bearbeitet (sie werden jedoch vorliegend z. T. berücksichtigt, sofern sie das konkrete Vorgehen tangieren). Die methodische Vorgehensweise lässt sich auch auf andere Alters- und Pflegeheime übertragen, jedoch sind dabei die örtlichen Gegebenheiten und die massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen zu berücksichtigen.

Eine weitere Eingrenzung erfolgt durch die Wahl der Organisation, die den assistierten Suizid durchführt. So besteht für die Organisationen die Möglichkeit, innerhalb des geltenden Rechts eigene Kriterien zu erstellen, nach denen sie sich bei der Durchführung des assistierten Suizids richten (vgl. Schwarz 2015: 50). Mit Bezug auf Gauthier, Mausbach, Reisch und Bartsch stellen Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass in der Schweiz fünf Organisationen tätig sind. In der Deutschschweiz sind dies EXIT Deutsche Schweiz, Dignitas, Lifecircle und Ex International. Dabei gibt es Unterschiede betreffend der Anzahl Mitglieder sowie der verfolgten Strategien (vgl. Zimmermann et al. 2019: 95f.). EXIT Deutsche Schweiz ist der grösste Verein und führt den assistierten Suizid am häufigsten bei der Schweizer Wohnbevölkerung durch (vgl. Kovacevic/Bartsch 2017: 4-6).

Zu erwähnen ist auch der Suizidtourismus in der Schweiz: Dabei kommen Personen mit Wohnsitz im Ausland in die Schweiz, um den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen (vgl. Bartsch 2017: 218). Da sich die vorliegende Arbeit auf die Bewohnenden eines Alters- und Pflegeheims bezieht, wird auf diese Thematik nicht näher eingegangen.

Da davon auszugehen ist, dass der assistierte Suizid im vorliegend dargestellten konkreten Fall voraussichtlich von der Organisation EXIT Deutsche Schweiz begleitet wird, soll hier auf deren Vorgehensweise Bezug genommen werden. Sollte eine andere Organisation den assistierten Suizid durchführen, müsste eine allfällige Anpassung der Gestaltung des Zeitraums in Betracht gezogen werden, falls Abweichungen bezüglich der Vorgehensweise bestehen. Bei EXIT werden die Personen, die den assistierten Suizid begleiten, Freitodbegleitpersonen genannt (vgl. EXIT Deutsche Schweiz 2019a: 20). In der vorliegenden Arbeit wird dementsprechend diese Bezeichnung verwendet.

Wie bereits festgehalten, sollte in der Gesellschaft beim Umgang mit Sterbenden ein wichtiges Ziel darin bestehen, Personen zu einem würdigen Sterben zu verhelfen (vgl. Leistungsgruppe

des NFP 67 Lebensende 2017: 11). Daher soll die Menschenwürde für die vorliegende Arbeit als normativer Rahmen dienen, der für die Ausgestaltung des Zeitraums relevant ist. Damit eine Person in Würde sterben kann, ist von Bedeutung, welchen Beitrag die Gesellschaft dazu leisten kann (vgl. Zimmermann et al. 2019: 153). Zu diesem Zweck soll die Einstellung der gesellschaftlichen Stakeholder zum Thema vergegenwärtigt werden. Somit wird in der vorliegenden Arbeit ein würdiges Sterben als normativer Zielzustand festgelegt. Dies erscheint insofern relevant, weil in der Debatte um den assistierten Suizid die Menschenwürde einen wesentlichen Stellenwert hat. „Die Berufung auf die Achtung der Menschenwürde ist in den Sterbehilfedebatten allgegenwärtig. Geht es um die besonders umstrittenen Formen wie die Beihilfe zum Suizid oder die Tötung auf Verlangen, berufen sich gar Befürworter *und* Gegner darauf.“ (Zimmermann-Acklin 2007: 21) Daraus ergibt sich die oben bereits erläuterte Fragestellung: Wie kann der Zeitraum zwischen der Wunschäusserung nach Inanspruchnahme des assistierten Suizids, durchgeführt von EXIT, durch Bewohnende eines Alters- und Pflegeheims in der Schweiz bis zur Durchführung im Heim würdig gestaltet werden?

Diese Frage beinhaltet folgende Unterfragen: Welche Bestimmungen gelten für die Durchführung des assistierten Suizids von EXIT in einem Alters- und Pflegeheim? Was bedeutet würdiges Sterben bei Inanspruchnahme des assistierten Suizids in einem Alters- und Pflegeheim? Wie stehen die gesellschaftlichen Stakeholder zum assistierten Suizid? Wie kann das methodische Vorgehen konkret auf das Alterszentrum Baumgarten übertragen werden?

1.6 Theoretische Grundlagen, Methodik und Literatur

Theoretische Grundlagen und Methodik: Die Forschung weist darauf hin, dass das Sterben in Pflegeheimen grösstenteils nach unorganisierten Abläufen erfolgt (vgl. Pleschberger 2005: 64). Zudem werden die Bedürfnisse Sterbender durch die bestehenden institutionalisierten Routineabläufe oft nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. Zimmermann et al. 2019: 18). Darüber hinaus reicht es nicht aus, den assistierten Suizid nur zuzulassen, denn selbstbestimmtes Sterben umfasst mehr, als nur über die Möglichkeit zu verfügen, sich selbst zu töten. So soll die betreffende Person bis zum Schluss geachtet werden. Zudem ist jedes Sterben in Würde ein individueller Vorgang und darf bzw. soll das auch sein (vgl. Borasio 2014: 186-188).

Da der Zeitraum, der in der vorliegenden Arbeit untersucht wird, jeweils auf die sterbewillige Person ausgerichtet und dennoch strukturiert werden soll, entsteht der Bedarf nach methodischem Vorgehen. Durch methodisches Handeln können Aufgaben situativ, strukturiert und kriteriengeleitet bewältigt werden. Dabei werden das berufliche Handlungsfeld und die wissenschaftliche Herangehensweise berücksichtigt (vgl. von Spiegel 2018: 104). Wie

erwähnt, ist für das berufliche Handeln die Wirkungsorientierung relevant (vgl. Merchel 2015: 128f.). So müssen Überlegungen angestellt werden, welche Wirkung der Prozess erreichen soll. Bei der Begleitung Sterbender spielt die verbleibende Lebensqualität eine wichtige Rolle (vgl. Engel 2014: 71). Dies spricht für die Verwendung des Qualitätsbegriffs, zu dem verschiedene Definitionen vorliegen. Ein verbreitetes Modell im Gesundheitsbereich stammt von Avedis Donabedian, der als Basisqualität zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet (vgl. Arbeitsgruppe Qualität BS/BL/SO 2004: 86). So bezieht sich die Strukturqualität auf die Ausstattung, die gegebenen Bedingungen und die personellen Ressourcen. Die Prozessqualität bezieht sich auf die Wirkung und Leistung, die durch Handlungen von Menschen und die Anwendung von Methoden erbracht werden. Die Ergebnisqualität ergibt sich aus dem Feststellen von Ergebnissen und Veränderungen (vgl. ebd.: 86). Soll bei Sterbenden eine hohe Lebensqualität erzielt werden, ist es wichtig, sich ihre Bedürfnisse und Interessen zu vergegenwärtigen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 50). Diese können sich jedoch unterscheiden (vgl. ebd.: 96f.). Daher ist relevant, was die Person (noch) erleben will. Für selbstbestimmtes Sterben spielt es zudem auch eine Rolle, wie mit Sterbenden umgegangen wird (vgl. Borasio 2014: 187f.). Mit den erwähnten Qualitäten ist es jedoch bspw. nicht möglich, zwischenmenschliche Aspekte zu bestimmen (vgl. Arbeitsgruppe Qualität BS/BL/SO 2004: 87). Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Arbeit anstelle der Ergebnisqualität der Begriff Erlebnisqualität verwendet werden. Dadurch rückt bei der Strukturierung des Prozesses das Erleben der sterbewilligen Person ins Zentrum. Zudem ermöglicht dies, gemeinsam mit der Person eine Auswertung der Qualität vorzunehmen, die im Zentrum steht (vgl. Oberholzer 2009: 52). Während die Struktur- und Prozessqualität von Seiten der Institution festgelegt wird, wird die Erlebnisqualität von den Bewohnenden bestimmt. Für die theoretische Herleitung der Erlebnisqualität dienen die Indikatoren der Kooperation zwischen Professionellen und Personen mit Beeinträchtigung, welche als Bestandteile des Konzepts der Funktionalen Gesundheit der Qualitätsbestimmung dienen (vgl. ebd.: 52-56). Die vorliegende Arbeit geht jedoch aus Gründen des Umfangs nicht näher auf das Konzept ein, sondern beschränkt sich auf die Beschreibung der einzelnen Indikatoren. Es handelt sich dabei um den Erhalt bzw. die Verbesserung der Selbstverantwortung, der Selbstleitung und der Selbstständigkeit sowie um einen angemessenen Einbezug der gesundheitlichen Situation (vgl. ebd.: 56). Die ersten drei Begriffe stammen aus dem anthropologischen Dreischritt der Selbstbestimmung nach Helmut Walther und dienen der Beschreibung von Tätigkeiten und Variablen, die sich auf die Selbstbestimmung einer Person beziehen (vgl. Walther 2016: 76). Der vierte Aspekt besteht im Einbezug der gesundheitlichen Situation. Dabei werden der gesundheitliche Zustand der Person bei der Gestaltung des Zeitraums sowie die Zusammenarbeit mit weiteren Professionellen berücksichtigt (vgl.

Oberholzer 2009: 56). Dies ist auch daher von Bedeutung, weil das Bedürfnis, schmerzfrei zu sterben bedeutend ist, wie auch die Zuversicht, künftige Symptome bewältigen zu können (vgl. Zimmermann et al. 2019: 53-55).

Einer der wichtigsten Wünsche von Sterbenden lautet, nicht allein zu sterben (vgl. ebd.: 51f). Zudem besteht häufig auch eine Verbundenheit zu Personen ausserhalb der Familie, deren Existenz den Professionellen vielfach nicht bekannt ist (vgl. Mayer 2011: 39). Damit diese Personen in den Prozess einbezogen werden können, müssen die Professionellen informiert sein. Die Darstellung des sozialen Bezugssystems kann mittels einer Netzwerkkarte erfolgen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 193f.). Für deren Verwendung sprechen zwei Gründe: Einerseits kann dadurch festgehalten werden, welche die relevanten Bezugspersonen sind. Andererseits gibt es unterschiedliche Vorstellungen, wie mit dem Sterben umgegangen werden soll (vgl. Zimmermann et al. 2019: 14). Dadurch kann im Hinblick auf die Gestaltung des Zeitraums beim Einbezug von Bezugspersonen Konfliktpotential entstehen, z.B. weil diese eine ablehnende Haltung einnehmen. Indem das Umfeld zunächst dargestellt wird, kann überlegt werden, was beim Einbezug der betreffenden Personen berücksichtigt werden sollte. Für die Gestaltung des untersuchten Zeitraums stellt sich zudem die Frage, worauf bei der Auswahl der methodischen Vorgehensweise geachtet werden soll. Bei der Versorgung Sterbender erhalten deren Wohlbefinden, Lebensqualität und Bedürfnisse einen wichtigen Stellenwert (vgl. Engel 2014: 71). Deshalb soll dem Individuum ausreichend Platz eingeräumt werden. Um den Prozess zu strukturieren, wird in der vorliegenden Arbeit das SENS-Modell verwendet. Dieses kann als ein Modell beschrieben werden, das sich bei Gesprächen mit Sterbenden an der Frage orientiert, worin die Ursachen für das Leiden bestehen. Mittels des Modells können Bedürfnisse strukturiert und ressourcenorientiert festgestellt werden. Zudem unterstützt es die interdisziplinäre Zusammenarbeit und fördert die Reduktion der Hindernisse bei der Kommunikation über das Sterben. Das Modell kann in Pflegeeinrichtungen als Arbeitsinstrument eine bedarfsorientierte Begleitung Sterbender unterstützen, ihre Selbstbestimmung fördern und den Sterbeprozess zu einer würdevollen Phase machen. Das SENS-Modell beinhaltet folgende vier Bereiche, wobei die Fragen als Beispiele zu betrachten sind:

S = Symptomerfassung: Welches Problem bereitet am meisten Sorgen?

E = Entscheidungsfindung: Was soll in der nächsten Zeit erledigt werden?

N = Netzwerk-Organisation: Was ist bei einem Notfall zu berücksichtigen?

S = Support: Wie werden die Angehörigen unterstützt? (vgl. Becker 2014: 32f).

Somit wird beim SENS-Modell auch das Umfeld berücksichtigt. Dies ist insofern relevant, als bei der Betreuung Sterbender auch die Kontaktpflege zu den Angehörigen und deren Einbezug in den Sterbeprozess eine wichtige Rolle spielen (vgl. Engel 2014: 71). Zudem ist

es für die Sterbequalität von Bedeutung, dass die Unterstützung durch das Alters- und Pflegeheim auf die Bedürfnisse der Sterbenden und der Angehörigen ausgerichtet ist (vgl. Zimmermann et al. 2019: 83).

Im Zusammenhang mit der Feststellung, dass sich die Vorstellungen von einem würdevollen und 'guten Sterben' sowie die Haltungen gegenüber dem assistierten Suizid unterscheiden, ist es umso wichtiger, dass in den einzelnen Bereichen des Modells auch Werte festgehalten werden, an denen sich das Alters- und Pflegeheim beim Treffen von Entscheidungen ausrichten kann. So dienen Werte als Leitvorstellungen, an welchen sich Gruppen bei der Entscheidung über mögliche Handlungen orientieren können (vgl. Höffe 2008: 344). Dabei ist zu beachten, dass in der Literatur für die einzelnen Buchstaben des SENS-Modells z. T. unterschiedliche Bezeichnungen verwendet werden (z. B. Netzwerk-Organisationen oder Netzwerk). Für die vorliegende Arbeit gelten die Bezeichnungen wie oben dargestellt.

Zusätzlich wird für die Ausgestaltung des Zeitraums die Richtlinie von Dedicca verwendet. Sie dient der Planung des Vorgehens, wenn in einem Heim der Wunsch nach assistiertem Suizid kommuniziert wird. Darin wird bspw. festgehalten, welche Voraussetzungen für die Durchführung eines assistierten Suizids im Heim geklärt werden müssen und welche Gespräche mit den Involvierten stattfinden sollen (vgl. Dedicca 2015: 1-3).

Um den Prozess individuell auf das Alterszentrum Baumgarten anzupassen, wurde jeweils festgelegt, welche Qualitäten (Struktur- und Prozessqualität) und Werte (innerhalb des SENS-Modells) für das Alterszentrum eine Rolle spielen (die Erlebnisqualität wird mit der sterbewilligen Person festgelegt). Diese werden z.T. dem Leitbild des Alterszentrums entnommen.

Literatur: Im Hauptteil wird bei der Beschreibung der aktuellen Situation bzgl. der Versorgung in Alters- und Pflegeheimen und dem Erleben von Sterbenden als Primärquelle das Buch *Das Lebensende in der Schweiz* verwendet (Zimmermann et al. 2019). Im Buch werden die Ergebnisse des NFP 67 aufgegriffen. Das NFP 67 förderte während einer Laufzeit von 2012 bis 2017 33 Forschungsprojekte, die sich mit dem Lebensende in der Schweiz auseinandersetzten. Die übergeordneten Themen für das Forschungsprogramm betreffen die Versorgung am Lebensende, Lebensendentscheidungen, normative Fragen zum Lebensende sowie Sinnfragen und Ideale, die sich auf das Sterben beziehen. Das Buch erscheint für die vorliegende Arbeit als geeignet, da es den gegenwärtigen Stand der Forschung in der Schweiz wiedergibt (vgl. ebd.: 12f.). Für die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise wird jeweils die Literatur verwendet, die sich mit der jeweiligen Theorie oder Methode auseinandersetzt.

Zudem wurden zur Bearbeitung der Fragestellung drei Interviews durchgeführt. Ein Gespräch fand mit einer Pflegeleiterin eines Alters- und Pflegeheims statt, in dem das SENS-Modell bereits angewendet wird. Dadurch kann auf die Erfahrungen aus der Praxis zurückgegriffen werden. Ein weiteres Interview wurde mit einer Palliativmedizinerin geführt, die das SENS-Modell unterrichtet. Dadurch erfolgt die Auseinandersetzung mit der theoretischen Ebene des Modells. Bei der dritten Interviewpartnerin handelt es sich um eine Freitodbegleiterin von EXIT Deutsche Schweiz. Dadurch kann bei der Erarbeitung auf ihre Erfahrung und die konkrete Sichtweise bei der Durchführung des assistierten Suizids abgestellt werden. Der Einbezug des Alterszentrums und die Durchführung der Interviews ergänzen zudem das bestehende Wissen bzgl. des Kontextes von Alters- und Pflegeheimen.

1.7 Methodische Herangehensweise an Erarbeitung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit verfolgt im Wesentlichen einen theoretischen Ansatz, der anhand der Fachliteratur erarbeitet wurde. Um die vorhandenen theoretischen und praktischen Kenntnisse zu ergänzen, wurden Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse aus den Interviews werden jeweils zusammengefasst im Anhang wiedergegeben. Die methodische Ausgestaltung des betreffenden Zeitraums wurde an die Situation des Alterszentrums Baumgarten angepasst. Dabei wurde einbezogen, welche Werte bei der Gestaltung des Prozesses relevant sind und welche Qualitäten für das Heim eine Rolle spielen. Die methodische Ausgestaltung kann unter Berücksichtigung der jeweils vorhandenen Werte und Qualitäten sowie der örtlichen Bedingungen auf andere Alters- und Pflegeheime übertragen werden.

Mit dem vorliegenden Kapitel zur methodischen Herangehensweise und dem Aufbau der Arbeit wird die Einleitung der Arbeit abgeschlossen.

Im Hauptteil erfolgt die Bearbeitung der Fragestellung. Dabei wird vergegenwärtigt, wie die Versorgung am Lebensende erfolgt und wer Einfluss auf diesen Zeitraum hat. Die Gestaltung der Entscheide, die am Lebensende gefällt werden, werden dabei durch verschiedene Faktoren beeinflusst: Auf der Makroebene erfolgt dies anhand der rechtlichen Grundlagen, auf der Mesoebene durch die beteiligten Organisationen und Institutionen des Gesundheitssystems sowie die Zivilgesellschaften und auf der Mikroebene durch die betroffenen Menschen und ihr Umfeld (vgl. Zimmermann et al. 2019: 18f.). Die einzelnen Ebenen werden bei der Bearbeitung der Fragestellung ebenfalls berücksichtigt.

Die Gestaltung des Lebensendes berührt verschiedene rechtliche Fragen (vgl. ebd.: 153). Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit auch die Bestimmungen betrachtet, unter denen der assistierte Suizid in der Schweiz erfolgt. In diesem Zusammenhang wird dargestellt, welche gesetzlichen Grundlagen im Strafgesetzbuch festgehalten sind. Beim assistierten Suizid spielen zudem die standesrechtlichen Richtlinien eine Rolle (vgl. ebd.: 197). Ausserdem wird

für die Durchführung des assistierten Suizids vorausgesetzt, dass die Urteilsfähigkeit bei der sterbewilligen Person gegeben ist (vgl. EXIT Deutsche Schweiz o.J.b). Jene stellt einen Rechtsbegriff dar (vgl. Zimmermann et al. 2019: 196). Dieser wird ebenfalls aufgegriffen und seine rechtliche Bedeutung wird dargelegt. Anschliessend wird auf die rechtliche Situation von Alters- und Pflegeheimen eingegangen und beschrieben, welche Unterschiede zwischen den Kantonen beim assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen bestehen. Da die Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids durch die Vorgehensweise von EXIT deutsche Schweiz geprägt ist, werden schliesslich die entsprechenden Voraussetzungen für die Durchführung und den Ablauf eines assistierten Suizids dargestellt.

Wie erwähnt, besteht der Anspruch, den Zeitraum würdig zu gestalten. Deshalb wird im dritten Kapitel dieser Arbeit der Begriff der Menschenwürde thematisiert. Dabei werden zunächst unterschiedliche Begriffsverständnisse vorgestellt, unter Berücksichtigung der Widersprüche, die in Diskussionen um den assistierten Suizid entstehen. So steht unter ethischen Gesichtspunkten die Thematik im Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung (vgl. NEK-CNE 2006: 3). Dieses Spannungsfeld soll im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid thematisiert werden, um anschliessend zu beschreiben, wie menschenwürdiges Sterben bei dessen Inanspruchnahme umgesetzt werden kann.

Anschliessend wird im vierten Kapitel auf die Situation der sterbewilligen Person eingegangen. Dafür wird dargestellt werden, welche Personen den assistierten Suizid in Anspruch nehmen. Im Weiteren werden die Bedürfnisse der Sterbenden betrachtet, da jene für deren Lebensqualität eine zentrale Rolle spielen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 50).

Die Gestaltung des Prozesses wird durch das Alters- und Pflegeheim wesentlich beeinflusst. Daher wird im fünften Kapitel dargelegt, welche Bedeutung das Heim als Sterbeort hat und wie sich die Betreuung Sterbender heutzutage gestaltet. In diesem Zusammenhang wird die Ausgangslage des Alterszentrums Baumgarten geschildert und es wird dargestellt, was bei der Anpassung der methodischen Ausgestaltung berücksichtigt werden muss.

Soll beim assistierten Suizid ein würdiges Sterben ermöglicht werden, stellt sich die Frage, was die Gesellschaft dazu beiträgt und wie sie den sterbewilligen Personen begegnet (vgl. ebd.: 153). Deshalb wird im sechsten Kapitel die Haltung der gesellschaftlichen Stakeholder gegenüber dem assistieren Suizid aufgegriffen. Dies, weil deren Überzeugungen Handlungen und institutionelle Veränderungen beeinflussen können (vgl. ebd.: 198f.). Es wird eine Gewichtung der einzelnen Stakeholder vorgenommen werden, was erleichtert, Entscheide darüber zu treffen, welche Haltungen und Handlungsanweisungen bei der Gestaltung des Zeitraums berücksichtigt werden sollen.

Anschliessend wird im siebten Kapitel auf die einzelnen Methoden und Modelle bzgl. der Gestaltung des Zeitraums eingegangen. Dafür werden jene Aspekte aus den Richtlinien von

Dedica aufgegriffen, die für die Gestaltung des Zeitraums eine Rolle spielen. Im Anschluss daran wird der Zeitraum als Ablauf anhand eines Flussdiagramms dargestellt. Analog dazu werden im Folgenden die weiteren theoretischen Grundlagen zuerst dargestellt und dann im Hinblick auf ihre konkrete Umsetzung innerhalb des Zeitraums betrachtet. In Bezug auf die Wirkungsorientierung werden die verschiedenen Qualitäten aufgegriffen und ausserdem wird auf die Netzwerkkarte und das SENS-Modell eingegangen. Am Schluss des Hauptteils wird beschrieben, was bei der Durchführung des assistierten Suizids berücksichtigt werden sollte. Die Bearbeitung der Unterfragen erfolgt jeweils im Hauptteil.

In der Schlussfolgerung werden die Ergebnisse und die Fragestellung diskutiert und letztere wird beantwortet. Zudem erfolgt eine kritische Betrachtung der Methoden, eine Diskussion der Ansätze und es werden Folgerungen und weiterführende Fragen abgeleitet.

2. Durchführung der Suizidhilfe in der Schweiz

2.1 Rechtliche Situation

Wird eine Person beim assistierten Suizid unterstützt, wenn sie nicht mehr urteilsfähig ist, kann es sich um eine fahrlässige Tötung handeln (vgl. Zimmermann et al. 2019: 148). Dies unterstreicht die Wichtigkeit, die rechtliche Situation zu vergegenwärtigen.

2.1.1 Strafgesetzbuch und Rechtsprechung

In der Schweiz ist die Hilfe beim Freitod seit 1918 legal. Das heutige Strafgesetz stammt aus dem Jahr 1942 und hält fest, dass der assistierte Suizid stattfinden kann, wenn die Hilfe nicht aus selbstsüchtigen Gründen geschieht (vgl. EXIT Deutsche Schweiz o.J.a.). Die rechtliche Regelung bezieht sich grösstenteils auf den Art. 115 StGB (vgl. Zimmermann et al. 2019: 197). Dieser lautet: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“ (Art. 115 StGB)

Zudem gilt es festzuhalten, dass die Rechtsprechung zwischen dem assistierten Suizid und der aktiven Sterbehilfe unterscheidet. So hat das Bundesgericht 2006 (BGE 133 I 58: 67) entschieden: „Ein Anspruch des Sterbewilligen, dass ihm Beihilfe bei der Selbsttötung oder aktive Sterbehilfe geleistet wird, wenn er sich ausserstande sieht, seinem Leben selber ein Ende zu setzen, besteht nicht.“ Daher ist es strafrechtlich von Bedeutung, dass die sterbewillige Person das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital (nachfolgend NaP genannt) selbst zu sich nehmen muss. Zudem ist es strafrechtlich relevant, dass bei der Unterstützung keine selbstsüchtigen Motive feststellbar sind und während der Einnahme von NaP die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person gegeben ist. Zudem muss der Wunsch nach assistiertem Suizid frei gefällt worden sein und eine gewisse Konstanz vorweisen (vgl. Brunner 2010: 223-231). Ist eine Person urteilsfähig, kann sie rechtmässig über ihr eigenes

Lebensende verfügen. Die Abgabe von NaP kann jedoch nicht rechtlich eingefordert werden. Die Ärztin und der Arzt haben eine zentrale Rolle bei der Abgabe von NaP (vgl. Schwarzenegger 2007: 844-846). Aus diesem Grund kommt der ärztlichen Standesordnung eine wichtige Rolle zu.

2.1.2 Standesrecht

Besondere Relevanz für die vorliegende Thematik haben die medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (nachfolgend SAMW genannt). Sie gehören zum ärztlichen Standesrecht und können in Situationen der Orientierung dienen, wo die Rechtslage nicht endgültig definiert ist (vgl. Zimmermann et al.: 2019: 17). Die SAMW-Richtlinien, die sich auf den assistierten Suizid beziehen, wurden 2017/2018 überarbeitet. Bisher lautete die Voraussetzung für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids wie folgt (ebd.: 151f.):

Die Erkrankung der Patientin rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist. Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. Zudem hat die Überprüfung durch eine unabhängige Drittperson zu erfolgen, welche nicht zwingend eine Ärztin sein muss.

Infolge der Änderung und der neuen medizin-ethischen Richtlinien der SAMW (Umgang mit Sterben und Tod) gilt nicht mehr die Voraussetzung, dass die Erkrankung am Lebensende vorliegen muss, sondern es entscheidet unter anderem das Kriterium des unerträglichen Leidens einer Person darüber, ob assistierter Suizid geleistet werden darf. Dadurch entsteht ein grösserer Entscheidungsspielraum für Ärztinnen und Ärzte (vgl. ebd.: 152-153). Gewöhnlich nimmt die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend FMH genannt) die Richtlinien der SAMW in ihre Standesordnung auf. Die neuen SAMW-Richtlinien wurden jedoch von der FMH abgelehnt, was zur Folge hat, dass weiterhin die älteren Richtlinien gültig sind. Die Ablehnung bezieht sich hauptsächlich auf den Begriff des unerträglichen Leidens, da dies ein sehr subjektives Kriterium sei. Nach der FMH darf der assistierte Suizid nur geleistet werden, wenn eine schwerwiegende und unheilbare Krankheit vorliegt. Die FMH signalisierte jedoch bereits ihre Bereitschaft für eine Überarbeitung der alten Richtlinien. So könne bspw. die Beihilfe zum Suizid erlaubt sein, wenn jemand an einer schweren, unheilbaren Krankheit leidet und die Symptome trotz Behandlung nicht ausreichend kontrollierbar sind. Der Konflikt hat jedoch keine Folgen für die Praxis, da sich Ärztinnen und Ärzte, wenn sie Patientinnen oder Patienten das Rezept für NaP ausstellen, obwohl sie nicht todkrank sind, bereits heute nicht strafbar machen. Möglich sind jedoch Sanktionen innerhalb der FMH (vgl. Brotschi 2018: o.S.).

2.1.3 Urteilsfähigkeit

Wie bereits festgehalten wurde, besteht eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids darin, dass die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person gegeben sein muss. Nur wenn diese vorliegt, erfolgt der Suizid auch eigenverantwortlich (vgl. Kovacevic/Bartsch 2017: 3). Das Zivilgesetzbuch hält fest: „Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlichem Zustand die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“ (Art. 16 ZGB) Urteilsunfähig im Hinblick auf den assistierten Suizid bedeutet, dass die Person nicht mehr fähig ist, die Bedeutung und Auswirkung der Handlung nachzuvollziehen und nach diesem Verständnis zu handeln (vgl. Zimmermann et al 2019: 148). Falls Zweifel an der Urteilsfähigkeit bestehen, ist die Unterstützung beim assistierten Suizid verboten (vgl. Kovacevic/Bartsch 2017: 4). Wird die Person dennoch unterstützt, geht die hilfeleistende Person das Risiko ein, sich der vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötung strafbar zu machen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 148).

Die Urteilsfähigkeit beinhaltet jedoch nur, in der Lage zu sein, vernunftgemäss handeln zu können. Dabei ist es nicht relevant, ob dies für Aussenstehende vernünftig erscheint (vgl. ebd.: 135f.). Bisher fehlen in der Schweiz standardisierte Richtlinien, anhand derer die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den assistierten Suizid überprüft werden könnte (vgl. Kovacevic/Bartsch 2017: 4). Daher liegt die Zuständigkeit für die rechtliche Beurteilung bei den Behörden und Gerichten. Die Feststellung der Urteilsfähigkeit ist anspruchsvoll. Es kann bspw. aufgrund gewisser Erkrankungen und Belastungen eine nur vorübergehende Urteilsunfähigkeit vorliegen oder die Einschätzung, ob die Urteilsfähigkeit vorliegt, kann sich je nach Person, die diese vornimmt, unterscheiden (vgl. Zimmermann et al.: 2019: 136-138). Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und dem Wunsch nach assistiertem Suizid ist ein psychiatrisches Gutachten nötig. Dabei wird überprüft, ob der Wunsch therapierbar bzw. dauerhaft ist und wohlwogen formuliert wurde (vgl. ebd.: 148f.).

Vor der Inanspruchnahme des assistierten Suizids erfolgt die Überprüfung der Urteilsfähigkeit durch die Ärztinnen und Ärzte bei der Rezeptausstellung für das NaP. Diese halten fest, dass die sterbewillige Person in Bezug auf die Handlung des assistierten Suizids urteilsfähig ist. Die Gültigkeit des Rezepts beträgt je nach Kanton zwischen 1 bis 6 Monaten. Am Tag des assistierten Suizids überprüft zusätzlich die Freitodbegleitperson die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person. Letztere bestätigt die Urteilsfähigkeit mittels Beantwortung von Fragen und in der Freitoderklärung (vgl. Interview 1 im Anhang).

2.1.4 Suizidhilfe in Alters- und Pflegeheimen

Die Zuständigkeit für Regelungen, die sich auf das Lebensende beziehen, liegt beim Bund, wenn ihm dies die Bundesverfassung zuschreibt. Andernfalls liegt sie bei den Kantonen (vgl.

Zimmermann et al.: 2019: 132). Dies trifft auch auf den assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen zu. Auf die Frage nach ihrer Zustimmung betreffend die Suizidhilfe in Alters- und Pflegeheimen antwortete Bundesrätin Sommaruga: „Das ist Sache der Kantone, wo ja auch entsprechende Abstimmungen anstehen. Der Bund hat dazu nichts zu sagen.“ (Strebel 2011: o.S.) Dadurch entsteht in diesem Bereich ein gewisser Gestaltungsfreiraum für die Kantone, weshalb sich die Regelungen zwischen den Kantonen unterscheiden können:

Die Stadt Zürich akzeptiert den assistierten Suizid grundsätzlich in allen Alters- und Pflegeheimen des Gesundheits- und Umweltdepartements, unter der Bedingung, dass die Person nicht über ein Zuhause verfügt oder in einer Institution lebt (vgl. Meier 2014: 3).

Die Einwohner des Kantons Waadt haben 2012 per Gesetz angenommen, dass unter bestimmten Bedingungen öffentliche Heime und Spitäler den Wunsch nach assistiertem Suizid zulassen müssen (vgl. CURAVIVA Schweiz o.J.).

Der Kanton Bern überlässt den Alters- und Pflegeheimen die Entscheidung, ob sie den assistierten Suizid zulassen wollen. Bei einer Umfrage, an der 250 Alters- und Pflegeheime teilnahmen, teilten 78 mit, dass dort der assistierte Suizid zulässig sei (vgl. EXIT Deutsche Schweiz 2015 o.S.). Falls ein Pflegeheim selbst über die Zulassung des assistierten Suizids entscheiden kann und diesen ablehnt, besteht kein Rechtsanspruch darauf, diesen im Pflegeheim zu begehen (vgl. Hoppler-Wyss 2011: 479).

In der vorliegenden Arbeit wird die methodische Gestaltung an ein Alterszentrum aus dem Kanton Solothurn angepasst. Dort besteht seit Juni 2018 für die Heime die Möglichkeit, dass sie selbst über eine Zutrittsgewährung entscheiden können. Die veröffentlichten Richtlinien enthalten mehrere Punkte, die erfüllt sein müssen, so muss bspw. der Grundsatzentscheid bzgl. der Zulassung im Leitbild festgehalten werden. Ein weiterer Aspekt, der im Falle einer Zulassung von Sterbehilfeorganisationen festgehalten werden muss, ist die Vorgehensweise, wenn Bewohnende des Heims den Wunsch zum Einbezug einer Freitodbegleitperson kommunizieren. Diese Vorgehensweise wird z.T. in der vorliegenden Arbeit beim methodischen Vorgehen aufgegriffen. Ein weiterer Aspekt, der in den kantonalen Richtlinien festgehalten ist und das Vorgehen beeinflusst, besteht darin, dass für die Mitarbeitenden ein Mitwirkungsverbot für den assistierten Suizid besteht (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018 1f.).

2.2. Suizidhilfe von EXIT Deutsche Schweiz

Im Folgenden wird dargestellt, welche Voraussetzungen bei EXIT Deutsche Schweiz bestehen und wie sich der Ablauf eines assistierten Suizids demnach gestaltet.

2.2.1 Voraussetzungen bei EXIT Deutsche Schweiz

EXIT hält sich bei der Durchführung des assistierten Suizids an das bestehende Recht (vgl. EXIT Deutsche Schweiz o.J.b). Dadurch ergeben sich folgende Voraussetzungen für die

sterbewillige Person (wie die Freitodbegleitperson diese überprüft, ist im Interview 1 im Anhang ersichtlich). Notwendig ist, dass die Person

„versteht, was sie tut (Urteilsfähigkeit)

nicht aus dem Affekt handelt und sämtliche Alternativen zum Freitod erwogen hat (Wohlerwogenheit)

einen dauerhaften Sterbewunsch hegt (Konstanz)

von Dritten nicht beeinflusst wird (Autonomie)

den Suizid eigenhändig ausführt (Tatherrschaft).“ (EXIT Deutsche Schweiz o.J.b)

Diese Bedingungen müssen erfüllt sein, um zu gewährleisten, dass es sich um einen selbstbestimmten, wohlinformierten und überlegten Wunsch handelt.

Darüber hinaus berücksichtigt EXIT eigene Sorgfaltskriterien, die zusätzlich zu den gesetzlichen Grundlagen bestehen. So begleitet EXIT nur Mitglieder mit Schweizer Wohnsitz oder Bürgerrecht, die volljährig sind und bei denen eine hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder eine unzumutbare Behinderung vorliegen (vgl. Exit Deutsche Schweiz o.J.b). Allerdings unterliegen die letzten beiden Aspekte einer subjektiven Beurteilung der sterbewilligen Person. Die Kosten werden im Sinne des Solidaritätsprinzips von allen Mitgliedern über den Mitgliedsbeitrag getragen. Zudem stellt das Fehlen von finanziellen Mitteln für sterbewillige Personen kein Hindernis dar, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen (vgl. Interview 1 im Anhang). Zusätzlich fordert Exit Deutsche Schweiz (o.J.b) für die Durchführung eines assistierten Suizids:

„ein aktuelles Diagnoseschreiben vom behandelnden Arzt

die Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch einen Arzt

ein ärztliches Rezept für das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital.“

Bei Vorliegen eines psychischen Leidens sind die Anforderungen höher; hier sind auch eine Therapie sowie ein Gutachten bzgl. der Urteilsfähigkeit notwendig. Im Falle einer Demenz können Personen nur im früheren Stadium, also solange die Urteilsfähigkeit noch gegeben ist, begleitet werden (vgl. ebd.).

2.2.2 Ablauf einer Freitodbegleitung

Im Normalfall kontaktiert die sterbewillige Person im Vorfeld die EXIT-Geschäftsstelle in Zürich. In einem Gespräch wird der Person aufgezeigt, welche Dokumente eingeholt werden müssen. Nachdem die Dokumente der Geschäftsstelle zugestellt wurden, besucht eine Freitodbegleitperson die sterbewillige Person und führt ein Gespräch zur Klärung der Situation. In diesem Zusammenhang werden die Voraussetzungen für den assistierten Suizid überprüft, Alternativen zum Freitod erläutert und Anliegen thematisiert. Falls die Person anschliessend den Wunsch äussert, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, sind weitere Vorbereitungen zu treffen. So muss das Rezept für das NaP vom Arzt ausgestellt werden.

Falls es dabei zu Schwierigkeiten kommt, etwa wenn die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte grundsätzlich den assistierten Suizid ablehnen, vermittelt EXIT auch Konsiliarärzte. Liegt das Rezept bei EXIT vor und wurden die Vorbereitungen vollzogen, wird das Rezept von EXIT eingelöst und das Medikament gelagert. Ab diesem Zeitpunkt entscheidet die sterbewillige Person, wann der assistierte Suizid stattfinden soll.

Am Tag des assistierten Suizids wird das Medikament von der Freitodbegleitperson an den Sterbeort gebracht. Dabei überprüft die Freitodbegleitperson mehrmals die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person. Zudem unterstützt sie dabei, eine den Vorstellungen der sterbewilligen Person entsprechende würdige Atmosphäre zu schaffen. Die Einnahme des Medikaments muss durch die sterbewillige Person selbst erfolgen (mittels Trinkens oder Öffnens eines Infusionshahns).

Nachdem das NaP eingenommen wurde, kann sich die sterbewillige Person von den Anwesenden verabschieden und schläft nach wenigen Minuten ein. Daraufhin tritt infolge des Aussetzens von Atemimpulsen und eines Herzstillstands der Tod ohne Leiden ein.

Nach dem Eintritt des Todes muss die Polizei informiert werden. Daraufhin führt die Polizei (mit der Amtsärztin oder dem Amtsarzt und je nach Kanton auch die Staatsanwaltschaft) die Legalinspektion durch, um zu überprüfen, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Die Freitodbegleitperson kümmert sich um die Kommunikation mit der Polizei, unterstützt die anwesenden Personen und bleibt am Sterbeort, bis die Untersuchungen abgeschlossen sind (vgl. EXIT o.J.c). Bei der Durchführung des assistierten Suizids muss eine Drittperson als Zeugin oder Zeuge anwesend sein. Zudem haben die Angehörigen, falls im Anschluss an den assistierten Suizid Bedarf besteht, die Möglichkeit, sich mit der Freitodbegleitperson in Verbindung zu setzen, um sich über das Vorgefallene auszutauschen (vgl. Interview 1 im Anhang). Im Hinblick auf die Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung eines assistierten Suizids in einem Heim muss dieses die Entscheidungen treffen, welche Aufgabe das Heim übernimmt, wie sich die Zusammenarbeit mit der Freitodbegleitperson gestaltet und ob es während des Zeitraums auch Verantwortung dafür tragen will, dass die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt wurden.

3. Menschenwürdiges Sterben

3.1 Würdeverständnis

Wie beschrieben, besteht der Anspruch, den Zeitraum bis zum Vollzug des Suizids würdig zu gestalten. Zum grundsätzlich vielgestaltigen Würdebegriff lässt sich Folgendes festhalten: „Es gibt fast ebensoviele Würdeinterpretationen wie es philosophische Lehren und Strömungen gibt, und der Vielgestaltigkeit der damit verbundenen Menschenbilder sind keine Grenzen gesetzt.“ (Wetz 1998: 14) Für diese Arbeit relevant ist jenes Verständnis von Würde, das in

Bezug auf den assistierten Suizid von Bedeutung ist. Dabei lassen sich zwei Deutungen des Begriffs unterscheiden:

1. Normative Menschenwürde (inhärente Würde): Absoluter Wert, der jedem Mensch zusteht, der als unantastbar gilt und unabhängig von der Umgebung und Veranlagung eines Menschen besteht.

2. Handlungs- und Situationswürde (kontingente Würde): Diese ist abhängig von den bestehenden Umständen, wobei zwischen Handlungs- und Situationswürde in Bezug auf den Pflegekontext wie folgt unterschieden werden kann:

Handlungswürde: Bei Handlungen wird die Menschenwürde der Bewohnenden respektiert.

Situationswürde: Die Gestaltung der Lebens- und Pflegesituation wird durch den Respekt vor der Menschenwürde beeinflusst.

Nach dem Verständnis der kontingenten Würde kann eine Situation unwürdig sein. Bei der Beurteilung, ob dies zutrifft, spielt die vorhandene Lebensqualität eines Menschen eine Rolle. Eine Bezugnahme auf diese Qualität ermöglicht es, Äusserungen zu Situationen und Handlungen zu treffen, wie es um deren Würde steht. Dabei spielt die subjektive Wahrnehmung der erlebten Lebensqualität eine zentrale Rolle. Es gibt Diskussionen, die zu klären versuchen, wann ein Mensch seine Menschenwürde verliert, etwa im Fall von Demenz (vgl. Rügger 2013: 13-26). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint im Zusammenhang mit der Fragestellung nicht zielführend, zudem wird dieses Würdeverständnis von der Sozialen Arbeit nicht geteilt: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde sowie den Rechten, welche daraus folgen.“ (AvenirSocial 2010: 8) Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit die Annahme vertreten, dass die Gestaltung des Zeitraums keinen Einfluss auf die Menschenwürde hat, er sich jedoch hinsichtlich der resultierenden Qualität unterscheiden kann (vgl. Rügger 2013: 14-16).

Innerhalb der Debatte um die Sterbehilfe wird mit Bezug auf die inhärente Menschenwürde jeweils für sowie auch gegen den assistierten Suizid argumentiert (vgl. Rügger 2003: 64-69).

Ein Grund besteht darin, dass die inhärente Würde folgende vier Ansprüche beinhaltet:

1. Schutz von Leib und Leben 2. Selbstbestimmung 3. Grundlegende Rechte 4. Elementaren Respekt (vgl. Rügger 2013: 14f.).

Die Argumentation um die Sterbehilfe ist häufig durch das Spannungsfeld zwischen den ersten beiden Aspekten geprägt (vgl. Rügger 2003: 64-69). Je nach Gewichtung kann eine Haltung resultieren, die sich eher für oder gegen den assistierten Suizid richtet. Dieses Dilemma wird auch von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (nachfolgend NEK-CNE genannt) (2005: 66) festgehalten: „Die ethischen Fragen, welche die Suizidbeihilfe aufwirft, ergeben sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für

suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits.“ Auf dieses problematische Verhältnis und den Umgang damit wird im folgenden Kapitel eingegangen.

3.2 Selbstbestimmung und Fürsorge

Es gibt verschiedene Definitionen von Selbstbestimmung. Eine davon lautet: „Anspruch oder die Möglichkeit, in persönlichen Angelegenheiten selber über sein Leben bestimmen und eigenverantwortlich entscheiden zu können, ohne dass einem andere vorschreiben, wie man zu handeln hat.“ (Rüegger 2013: 26) In der heutigen Gesellschaft hat die Selbstbestimmung einen hohen Stellenwert. Bspw. im Bereich der Medizin kann der Bezug auf die Patientenautonomie als eine Reaktion auf die paternalistische Haltung von Ärztinnen und Ärzten gedeutet werden, die die Meinung der Patientinnen und Patienten zu wenig berücksichtigt hatten (vgl. NEK-CNE 2005: 50).

Bzgl. dem Umgang mit dem Spannungsfeld kann die Rechtsprechung eine Orientierung bieten. So spielen beim assistierten Suizid einerseits das Recht über das eigene Lebensende zu bestimmen (Selbstbestimmung) und andererseits die staatliche Fürsorgepflicht eine Rolle (Fürsorge). Daher dürfen nur Personen den assistierten Suizid in Anspruch nehmen, die gewisse Voraussetzungen erfüllen (vgl. Schwarzenegger 2007: 844). Dabei ist die Fürsorge entscheidend, denn laut der NEK-CNE wird bspw. die Patientenautonomie erst durch diese ermöglicht. So können selbstbestimmte Entscheide erst gefällt werden, wenn die vorhandenen Möglichkeiten aufgezeigt wurden (vgl. NEK-CNE 2005: 50f.) „Fürsorge, so lässt sich zusammenfassen, steht nicht bloss in einem Spannungsverhältnis zur Selbstbestimmung, wie es die Formel «Paternalismus versus Autonomie» nahe legt, sie gehört auch zu den Voraussetzungen wirklicher Selbstbestimmung. Davon sind auch Suizid und Suizidbeihilfe nicht ausgenommen.“ (ebd.: 51) Fürsorgerische Handlungen, wie bspw. das Besprechen des Suizids und das Aufzeigen von Alternativen können die Menschen darin unterstützen, selbstbestimmte Entscheide zu treffen (vgl. ebd. 50f.).

3.3 Menschenwürdiges Sterben bei Inanspruchnahme des assistierten Suizids

Im Hinblick auf die Fragestellung gilt es festzuhalten, dass auch während des Sterbens die Menschenwürde unantastbar ist. Für die Gestaltung des Zeitraums kann jedoch die Bezugnahme auf die kontingente Würde hilfreich sein. „«Würdig» ist hier im kontingenten Sinne zu verstehen und meint einen sterbenden Menschen auf eine Weise begleiten, die zum Ausdruck bringt, dass er von den ihn Umgebenden zutiefst als wertvolle, mit einer unverlierbaren inhärenten Würde ausgestatte Person wahrgenommen und respektiert wird.“ (Rüegger: 2003: 58) Für eine menschenwürdige Behandlung und Pflege bedeutet dies, das Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren und nicht dem Willen der sterbewilligen Person zuwiderzuhandeln (vgl. Rüegger 2010: 64). Zudem ist zu erwähnen, dass die Achtung der

Selbstbestimmung für die Beziehung zwischen der sterbewilligen Person und dem Pflegepersonal von zentraler Bedeutung ist (vgl. Rügger 2013: 33).

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Überlegungen zum Würdebegriff gilt es nun bzgl. der Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des Suizids zu bestimmen, was es konkret bedeutet, wenn der Zeitraum würdevoll gestaltet werden soll. Da unterschiedliche Ansprüche an den Begriff der Menschenwürde unterschiedliche Auslegungen und Gewichtungen eines würdevollen Sterbens mit sich bringen können, entsteht hinsichtlich der Ausgestaltung des Zeitraums ein gewisses Konfliktpotential. Dementsprechend stellt sich die Frage, an welchen Werten sich ein Alters- und Pflegeheim orientieren will. Diese müssen im Vorfeld festgelegt sowie einzeln gewichtet werden, da ein Spannungsfeld zwischen verschiedenen Werten entstehen kann (wie bei Fürsorge und Selbstbestimmung). Bzgl. der Wirkungsorientierung stellt sich zudem die Frage, welche Qualitäten angestrebt werden sollen, damit ein würdiges Sterben erreicht werden kann. Nicht nur das Heim wird diesbezüglich Überlegungen anstellen, sondern es muss individuell thematisiert werden, welche Ansprüche und Bedürfnisse bei der sterbewilligen Person bestehen und was für sie ein würdevolles Sterben bedeutet (bzgl. der Erlebnisqualität).

4. Sterbewillige Person

4.1 Adressatinnen und Adressaten

2014 haben 742 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz den assistierten Suizid in Anspruch genommen. Dies machte 1,2 % aller Todesfälle aus. 94 % der Personen waren mindestens 55-jährig und es handelte sich dabei häufiger um Frauen (vgl. Junker 2016: 1f.). Im Jahr 2017 begleitete EXIT Deutsche Schweiz 733 Personen in den assistierten Suizid, während die Zahl im Jahr 2018 bei 905 lag (EXIT Deutsche Schweiz 2019b: o.S.). Die deutliche Zunahme lässt sich damit begründen, dass die Bedeutung der Selbstbestimmung in der Gesellschaft relevanter geworden ist und die Lebenserwartung sowie die Anzahl Mitglieder bei EXIT Deutsche Schweiz angestiegen sind (vgl. Interview 1 im Anhang).

Personen, die sich für einen assistierten Suizid entscheiden, erachten das Leben als nicht mehr lebenswert. Häufig besteht dabei eine schwere körperliche Erkrankung. Bei Personen, die einen assistierten Suizid in Anspruch nahmen, lagen als Grundkrankheiten bei 42 % der Personen Krebs, bei 14 % eine neurodegenerative Erkrankung und bei 11 % eine Herz-Kreislaufkrankheit vor und bei 10 % war der Bewegungsapparat erkrankt. Weitere Krankheiten bestanden aus Schmerzsyndromen sowie Multimorbidität. Zudem wurden bei 3 % der Fälle eine Depression und bei 0,8 % Demenz genannt (vgl. Junker 2016: 2). Weitere Einflussfaktoren sind Einsamkeit, der Verlust der Selbstständigkeit und über zu wenig Gelegenheiten zu verfügen, am Leben teilzuhaben und zudem das Gefühl, anderen zur Last

zu fallen, was dazu führen kann, dass im Leben kein Sinn mehr gesehen wird und dieses hoffnungslos erscheint (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 2).

4.2 Bedürfnisse von Sterbenden

Damit eine hohe Lebensqualität erzielt werden kann, ist es von Bedeutung, sich die Bedürfnisse von Sterbenden zu vergegenwärtigen. Dies erfolgt hier anhand aktueller Studien und Erfahrungen bei Sterbenden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 50f.):

1. Soziale Ebene: Für das Erleben von Lebensqualität ist es für Sterbende in der Schweiz von grosser Bedeutung, Zeit mit der Familie zu verbringen (vgl. Borasio 2012: 190f.). Oft haben Sterbende das Bedürfnis, ihren Angehörigen und weiteren Personen nahe zu kommen, Konflikte zu lösen und sich zu verabschieden. Falls keine nahestehenden Personen vorhanden sind, stellen professionelle oder freiwillige Kontaktpersonen eine wichtige Unterstützung dar (vgl. Zimmermann et al. 2019: 51f.).

2. Information: Mit Bezug auf Clayton, Buttow, Arnold und Tattersall sowie auf De Clercq, Elger und Wangmo halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass gemäss einer Studie aus Australien es für Sterbende von wesentlichem Interesse ist, künftige Schmerzen kontrollieren zu können. Hingegen wünschen sich viele gar keine genauen Informationen über künftige Symptome. Wichtig ist, dass nur grob aufgezeigt wird, wie sich der Zustand entwickeln würde und dass ihnen versichert wird, dass bei auftretenden Krisen die Unterstützung sichergestellt ist (vgl. ebd.: 53f.).

3. Unbewusster und rascher Tod: Mit Bezug auf Steinhauser und Tulsy halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass der Wunsch, unterwartet und ohne sich darüber bewusst zu sein zu sterben weit verbreitet ist. Vorher sollen jedoch noch alle anstehenden Aufgaben erledigt worden sein. Dies trifft jedoch nicht auf alle Menschen zu. So hat die Spiritualität eines Menschen einen wichtigen Einfluss darauf, ob das Sterben bewusst erlebt werden soll. Bspw. ist es innerhalb des katholischen Glaubens wichtig, dass der Übergang vom Leben zum Tod bei vollem Bewusstsein erfolgt (vgl. ebd.: 51-55).

4. Ende des Leidens: Das Sterben schmerzfrei zu erleben, ist für viele Menschen von elementarer Bedeutung. Bei hochbetagten Menschen spielt zudem auch psychisch bedingtes Leiden eine zentrale Rolle, das in Form von Depressionen, Ängsten und existenziellen Nöten vorkommen kann (vgl. ebd.: 51-55).

5. Hoffnung bis zuletzt: Mit Bezug auf Weeks, Catalano, Cronin, Finkelmann, Mack, Keating und Schrag halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass gemäss einer amerikanischen Studie unheilbar Krebskranke am Lebensende zu unrealistisch optimistischen Einschätzungen hinsichtlich der Heilung neigen. Zudem ist zu erwähnen, dass, je mehr die Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten Anlass zur Zuversicht gaben, die Kommunikation von Seiten der Letzteren umso positiver bewertet wurde. Hier liegt die

Vermutung nahe, dass die involvierten Personen dazu neigen, das Sterben zu verdrängen und Behandlungen auswählen, die nicht mehr als sinnvoll erscheinen (vgl. ebd.: 57).

Schliesslich ist festzuhalten, dass die genannten Bedürfnisse widersprüchlich sein können (vgl. ebd.: 51). Sterbende können während der Sterbephase auch Veränderungen ihrer Befindlichkeit erleben. So kann es vorkommen, dass Personen, die über die Gewissheit der Möglichkeit des assistierten Suizids verfügen, dies als entlastend empfinden (vgl. Interview 1 im Anhang).

Bzgl. der sozialen Bedürfnisse ist zu ergänzen, dass der assistierte Suizid auch Auswirkungen auf die Angehörigen haben kann (vgl. Zimmermann et al.: 2019: 32). Auf deren Erleben detailliert einzugehen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hinsichtlich der Gestaltung des Prozesses ist jedoch zu berücksichtigen, dass es für Angehörige von Bedeutung sein kann, beim assistierten Suizid anwesend zu sein (falls die Bereitschaft der Angehörigen vorhanden ist), jedoch sollen sie nicht in Kontakt mit dem NaP kommen und möglichst wenig von der Legalinspektion mitbekommen. Zudem sollte mit den Angehörigen bereits im Vorfeld der anstehende Verlust der Person thematisiert werden und sie sollten auf mögliche depressive und traumaspezifische Symptome aufmerksam gemacht werden, die durch den Verlust entstehen können (vgl. Boucsein-Keller 2015: 135-138).

Im Hinblick auf die methodische Ausgestaltung des Zeitraums zwischen der Wunschäusserung und der Durchführung des assistierten Suizids gilt es zu berücksichtigen, dass der assistierte Suizid in der Regel bei Personen durchgeführt wird, bei denen eine Erkrankung vorliegt. Daher ist bei der Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung die gesundheitliche Situation einzubeziehen. Bei Sterbenden bestehen zudem unterschiedliche Bedürfnisse, bspw. wie auftretende Symptome bewältigt werden können. Daher ist ein allfälliger Einbezug von zuständigen Spezialistinnen und Spezialisten für die vorliegenden Problematiken vorzusehen. Daraus folgt, dass individuell auf die unterschiedlichen Bedürfnisse, die Sterbende haben können, eingegangen werden muss und dass diese überprüft werden sollen.

5. Sterbeort Alters- und Pflegeheim

5.1 Sterbende in Alters- und Pflegeheimen

Bei der Versorgung am Lebensende spielen Alters- und Pflegeheime eine wichtige Rolle, sowohl als Institution als auch mittels der involvierten Pflegefachpersonen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 190). Alters- und Pflegeheime sind relevante Sterbeorte: In der Schweiz sterben jährlich etwa 40 % der Personen innerhalb dieser Institutionen (vgl. ebd.: 186). Dabei handelt es sich häufiger um Frauen, denn infolge ihrer höheren Lebenserwartung ist es

wahrscheinlicher, dass Frauen das fragile Alter ohne Partner erreichen und es wegen unzureichender Unterstützung zu einem Eintritt in ein Pflegeheim kommt (vgl. ebd.: 48). Zudem sind Personen, die in einem Schweizer Pflegeheim sterben, seit längerer Zeit pflegebedürftig (vgl. ebd.: 94). In Bezug auf den assistierten Suizid ist erwähnenswert, dass 2017 11,6 % aller assistierten Suizide, die von EXIT durchgeführt wurden, in einem Heim stattfanden (vgl. EXIT Deutsche Schweiz 2018: 20).

Pflegeheime wurden für die Betreuung älterer Menschen errichtet und sind Teil des Schweizer Gesundheitssystems, das hauptsächlich auf die Behandlung und die Verbesserung von Gesundheitsproblemen abzielt. So besteht in Pflegeheimen kein sterbensspezifisches Fachwissen. Zudem schenken organisatorische Abläufe den Interessen von Sterbenden in der Regel wenig Aufmerksamkeit (vgl. Zimmermann et al. 2019: 13f.). Mit Bezug auf Soom, Ammann, Salis, Gross und Rauber halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass in Pflegeheimen in der Deutschschweiz das Augenmerk hauptsächlich auf das Leben gerichtet sei, während das Sterben verdrängt werde. Dennoch gehe dem Sterben in einem Pflegeheim für die Bewohnenden oft ein langer Zeitraum voraus, der geprägt ist durch das Vorliegen von Leiden und Erkrankungen, Einengung der erlebten Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie durch soziale Isolation (vgl. ebd.: 94).

Zudem halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass bei der Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende die Koordination und Vernetzung der Tätigkeiten zwischen den involvierten Personen und Organisationen oft fehlt (vgl. ebd.: 14). Mit Bezug auf Alvarado und Liebig halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass eine Befragung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen in der Schweiz ergab, dass verschiedene Vorstellungen bzgl. der Arbeitsorganisation, der beruflichen Grundhaltungen und der Ansichten bestehen und die Zuständigkeiten nicht geklärt sind. Dies kann zu Unstimmigkeiten und Konflikten im Umgang mit Sterbenden führen. Zudem erschweren unterschiedliche Arbeitszeiten gemeinsame Absprachen (vgl. ebd.: 88).

5.2 Ausgangslage Alterszentrum Baumgarten

Die im Folgenden erarbeitete methodische Ausgestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids wird an das Alterszentrum Baumgarten in Bettlach angepasst. Dort wurde jedoch noch kein Grundsatzentscheid bzgl. der Zulassung des assistierten Suizids gefällt. Bisher galt die Regel, dass, falls der Wunsch nach einem assistierten Suizid geäußert wird, die sterbewillige Person aus dem Heim austreten muss. In der vorliegenden Arbeit wurde die methodische Vorgehensweise mit der Leitung des Altersheims und der Pflege auf die Gegebenheiten des Altersheims ausgerichtet. Bis der Stiftungsrat des Alterszentrums über die strategische Ausrichtung bzgl. der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen entschieden hat, besteht die aktuelle Haltung der Pflegeleitung darin, dass auch bei der Zulassung des

assistierten Suizids der Pflegeauftrag von den Handlungen getrennt werden muss, die auf den assistierten Suizid hinzielen. Jedoch übernimmt die Pflegeleitung die Rolle als Ansprechperson für die sterbewillige Person beim assistierten Suizid sowie die Koordinationsaufgaben mit den allfälligen Personen und Stellen, die einbezogen werden müssen. Die Organisation des assistierten Suizids erfolgt jedoch grösstenteils über die sterbewillige Person, die Freitodbegleitperson und An- sowie Zugehörige. Nach der Vorgabe des Amtes für soziale Sicherheit muss das Heim zudem eine Ethikkommission bilden (vgl. Amt für soziale Sicherheit: 2018: 2). Da bisher noch nicht bekannt ist, wie sich diese im Alterszentrum Baumgarten zusammensetzen und organisieren würde, wird in der vorliegenden Arbeit nicht näher darauf eingegangen. Zu erwähnen ist jedoch, dass sie bei Vorliegen ethischer Dilemmata beraten kann (vgl. ebd.: 2).

Für die methodische Ausgestaltung des Zeitraums zwischen der Wunschäusserung und der Durchführung des assistierten Suizids ist festzustellen, dass in Alters- und Pflegeheimen hinsichtlich der Sterbephase eine Strukturierung des Ablaufs erforderlich ist. Die individuellen Bedürfnisse von Sterbenden werden jedoch nur unzureichend berücksichtigt. Auch wird das Sterben eher ausgeblendet und der Fokus auf die Behandlung und Betreuung gelegt. Im hier betrachteten Zeitraum sind zudem verschiedene Professionelle involviert, deren Herangehensweise an die Thematik sich unterscheiden kann, was ein gewisses Konfliktpotential beinhaltet. Daher erfolgt in einem nächsten Schritt eine Analyse der Aussagen der gesellschaftlichen Stakeholder zur untersuchten Thematik. Ausserdem soll eine Gewichtung der einzelnen Stakeholder vorgenommen werden.

6. Analyse der Stakeholder

6.1. Relevante gesellschaftliche Stakeholder

„Ein *Stakeholder* ist (...) jede Person oder Institution, die einen Anspruch an ein Unternehmen hat, weil sie selbst oder Dritte durch das Handeln dieses Unternehmens direkt oder indirekt betroffen sind.“ (Thommen 2015: 20) Die relevanten Aussagen zum assistierten Suizid von Seiten der gesellschaftlichen Stakeholder, die in die vorliegende Thematik des assistierten Suizids in Alters- und Pflegeheimen involviert oder davon betroffen sind, sollen hier im Hinblick auf die Gestaltung des Zeitraums betrachtet werden. Spezifische Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen werden separat dargestellt. Anschliessend soll eine Gewichtung der Stakeholder vorgenommen werden. Dies ermöglicht es, in einem Fazit zu beurteilen, welche Aussagen bei der Gestaltung des Zeitraums berücksichtigt werden sollen. Die ausgewählten Stakeholder sind den Bereichen/Arbeitsfeldern: Medizin, Pflege, Theologie, Alter, Ethik und EXIT zugeordnet.

6.1.1 Medizin

SAMW
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
Rolle des Arztes ist, Symptome zu behandeln und Person zu begleiten.
Wunsch nach assistiertem Suizid muss sorgfältig abgeklärt werden.
Assistierter Suizid ist erlaubt, wenn Voraussetzungen erfüllt sind. Gewisse Voraussetzungen müssen von einer unabhängigen Drittperson überprüft werden.
Assistierter Suizid ist keine medizinische Handlung und es besteht kein Rechtsanspruch. Dennoch ist er rechtlich zulässig.
Zum assistierten Suizid gehören alle Handlungen, die darauf abzielen, dass eine Person den assistierten Suizid ausführen kann (bspw. Verschreibung von NaP).
Bei unerträglicher Leidenssituation kann assistierter Suizid erlaubt sein (vgl. SAMW 2018: 24-27).

Tabelle 1: SAMW. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

FMH
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
Kriterium des unerträglichen Leidens führt zu Rechtsunsicherheit.
Neue SAMW-Richtlinien sind nicht Teil der FMH-Standesordnung, deshalb sind weiterhin ältere SAMW-Richtlinien (aus dem Jahre 2012) gültig (vgl. FMH 2018: 2).
Ärztinnen und Ärzte sollen Symptome behandeln und Personen begleiten.
Assistierter Suizid ist keine ärztliche Tätigkeit, da er der Absicht und dem Zweck der Medizin entgegenwirkt. Jedoch ist die Achtung des Wunsches von Patientinnen und Patienten wesentlich für die Beziehung (vgl. SAMW 2013: 9).

Tabelle 2: FMH. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen
Pflegefachpersonen kann die Mitwirkung beim assistierten Suizid verwehrt, diese jedoch nicht von ihnen gefordert werden (vgl. ebd.: 12).

Tabelle 3: FMH. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)

6.1.2 Pflege

SBK
Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen
Assistierter Suizid gehört nicht zum pflegerischen Auftrag. Ebenfalls ist ausgeschlossen, NaP zu besorgen oder es den Bewohnenden zu übergeben.
Dilemma, einer Person einerseits nicht zu schaden und andererseits ihren Willen zu respektieren.

Teamgespräche und Austausch über eigene Gefühle der Pflegefachpersonen sind wichtig.
Alles Mögliche tun, damit Leiden abnimmt.
Mit Personen Möglichkeiten suchen, wie dem Wunsch nach Selbsttötung nachgegangen werden kann.
Angehörige der sterbewilligen Person begleiten.
Wenn die Verantwortung für Pflegefachpersonen zu gross wird, ermöglichen sie abzugeben.
Falls gewünscht, der sterbewilligen Person bis zu Letzt beistehen (vgl. SBK 2005: 1-2).

Tabelle 4: SBK. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)

CURAVIVA Schweiz
Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen
Gleiches Recht für Personen, die zu Hause und die im Heim leben.
Ablehnung der Sichtweise, dass Suizid alter Menschen weniger schlimm sei als der von Jüngeren.
Respektieren der Selbstbestimmung der sterbewilligen Personen.
Verringern der Symptome, die zum Wunsch nach assistiertem Suizid führen.
Nicht vorgeschrieben, ob Zulassung ermöglicht oder verboten sein sollte. Vertreten wird die Empfehlung der NEK-CNE (vgl. Kapitel 6.1.5), dass, falls Bewohnerinnen oder Bewohner keinen sonstigen Lebensort haben, der assistierte Suizid durchgeführt werden sollte. Spezielle Situation, wenn bereits bei Eintritt in privates Heim über Verbot informiert wurde.
Trennung der Rollen und Tätigkeiten zwischen EXIT und Alters- und Pflegeheim.
Pflegepersonen sollen bis zuletzt für die bestmögliche Lebensqualität sorgen, ohne dass sie bei der Vorbereitung oder Durchführung des assistierten Suizids einbezogen werden. Bei gegenseitigem Wunsch kann die Pflegefachperson bei assistiertem Suizid dabei sein, jedoch ausserhalb der Arbeitszeit und als Privatperson.
Alles Mögliche tun, damit der Wunsch nach assistiertem Suizid vergeht.
Überprüfung der Voraussetzungen ist Aufgabe von EXIT. Falls Voraussetzungen angezweifelt werden, könnte Personal des Heims EXIT darauf hinweisen.
Entgegenwirken, die Situation von pflegegebedürftigen Menschen als unwürdig zu betrachten.
Zunahme von Palliative Care (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 2-7).

Tabelle 5: CURAVIVA Schweiz. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)

6.1.3 Theologie

Zwischen 2015 und 2017 war die Religionszugehörigkeit bei der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz bei Personen die 15 Jahre und älter sind bei 36.5 % römisch-katholisch und

bei 24,4 % evangelisch-reformiert. Diese Bekenntnisse sind am meisten verbreitet (vgl. BFS 2019: o.S.). Daher beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf deren Aussagen.

Die Schweizer Bischöfe
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
Wegen der Nähe zur Tötung auf Verlangen Ablehnung des assistierten Suizids.
Warnung vor möglichen Gefahren in Form eines Nachahmungseffekts.
Schwere Auswirkungen auf das Gewissen der involvierten Drittperson beim assistierten Suizid (vgl. Die Schweizer Bischöfe 2002: 18-20).

Tabelle 6: Die Schweizer Bischöfe. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (nachfolgend SEK genannt)
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
„Menschliches Leben – auch im Sterben – ist von Gott gewolltes Leben.“ (Mathwig 2007: 40)
Die individuelle Unerträglichkeit des Leides kann nicht beurteilt werden.
Rechtsanspruch für Palliative Care muss gegeben sein.
Sterbehilfe ist am Willen des Patienten auszurichten. Wunsch nach assistiertem Suizid fordert Respekt und Anerkennung (vgl. ebd.: 40-41).

Tabelle 7: SEK. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

6.1.4 Alter

Pro Senectute
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
Assistierter Suizid ist zu respektieren.
Die Würde von Sterbenden ist zu schützen.
Unwürdiges Sterben bedeutet, wenn Bedürfnisse und Nöte weder bemerkt noch befriedigt resp. verringert werden.
Palliative Care soll flächendeckend umgesetzt werden (vgl. Pro Senectute 2013: 1-3).

Tabelle 8: Pro Senectute. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

6.1.5 Ethik

NEK-CNE
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
Pro: Grundsatz der Selbstbestimmung, über Umstände und Zeitpunkt des Sterbens selbst entscheiden zu können.
Pro: Recht und Macht über eigenes Sterben.
Pro: Prinzip des Wohltuns, wenn das Leben nur noch aus Leiden besteht.
Contra: Kann Heiligkeit des Lebens widersprechen.

Contra: Bzgl. der beruflichen Integrität, steht im Gegensatz zum Zweck der Tätigkeit einer Ärztin oder eines Arztes, die im Heilen besteht.
Contra: Gefahr des Missbrauchs und Annäherung an aktive Sterbehilfe.
Gegenseitige Verantwortung, Lebensverhältnisse zu schaffen, damit der Wunsch nach assistiertem Suizid nicht aufkommt. Dennoch ist es möglich, dass der Wunsch entsteht und beim Suizid Unterstützung benötigt wird.
Beurteilung ist einzelfallabhängig und Entscheid erfordert Verständnis und Respekt. Urteil über Legitimität der Handlung kann nur die Person selbst fällen (vgl. NEK-CNE 2005: 43-47).

Tabelle 9: NEK-CNE. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen
Wohlerwogener Entscheid soll nicht durch Heim oder Ärztinnen und Ärzte verhindert werden. Alternativen in Form eines Arzt- oder Heimwechsels sind zu ermöglichen.
Falls beim Wunsch nach assistiertem Suizid das Heim der einzige Lebensort der Person ist, sollte er auch in diesen Örtlichkeiten erfüllbar sein.
Spezielle Situation in privatem Heim, wenn Bewohnende bereits bei Eintritt darüber Kenntnis erhalten, dass assistierter Suizid nicht möglich ist.
Pflegefachpersonen dürfen nicht zur Beteiligung am assistierten Suizid verpflichtet werden (vgl. NEK-CNE 2005: 73).

Tabelle 10: NEK-CNE. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)

6.1.6 EXIT

EXIT Deutsche Schweiz
Generelle Aussagen zum assistierten Suizid
„Das Recht, Art und Zeitpunkt des eigenen Sterbens zu bestimmen, kommt grundsätzlich allen Menschen in der Schweiz zu.“ (EXIT Deutsche Schweiz o.J.b)
„EXIT engagiert sich für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben.“ (EXIT Deutsche Schweiz o.J.d).
Förderung der Palliativpflege (vgl. ebd.).
Weitere Voraussetzungen siehe Kapitel 2.2.1.

Tabelle 11: EXIT. Generelle Aussagen zum assistierten Suizid (eigene Darstellung)

Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen
Angebot von Kursen und Schulung für Alters- und Pflegeheime.
Bei Zulassung von assistiertem Suizid entspricht Nachahmungseffekt nicht der Erfahrung (vgl. Interview 1 im Anhang).

Tabelle 12: EXIT. Aussagen zum assistierten Suizid in Alters- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)

6.2 Gewichtung der Stakeholder

Im Folgenden sollen die einzelnen Stakeholder gewichtet werden. Dabei gilt es festzuhalten, dass sich diese Gewichtung je nach Situation und Interessen der sterbewilligen Person unterscheiden kann.

Gewichtung	Begründung
1. Pflege	Von den Involvierten der Gesundheitsversorgung sind Sterbende am häufigsten von Pflegefachpersonen umgeben (vgl. Zimmermann et al. 2019: 88). Zudem grosser Einfluss auf die Gestaltung des Zeitraums.
2. Ethik	Bei Zulassung muss Alterszentrum über eine Ethikkommission verfügen (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018: 2). Möglicher Nutzen bei Umgang mit ethischen Dilemmata.
3. EXIT	Hauptsächliche Begleitung des assistierten Suizids.
4. Medizin	Einbezug während des Zeitraums gegeben. Bedingungen müssen erfüllt sein, jedoch Uneinigkeiten zwischen FMH und SAMW.
5. Theologie	Einbezug möglich, jedoch nicht unbedingt vorgesehen. Ablehnende Haltung könnte negative Auswirkungen auf die Lebensqualität haben.
6. Alter	Selten involviert und geringer Einfluss auf Gestaltung des Zeitraums.

Tabelle 13: Gewichtung der einzelnen Stakeholder (eigene Darstellung)

6.3 Fazit

Die Aussagen der gesellschaftlichen Stakeholder bewegen sich wiederum im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge: So wird die Durchführung des assistierten Suizids von der Mehrzahl der gesellschaftlichen Stakeholder unterstützt und es wird betont, dass der Entscheid zu respektieren ist (dabei werden Aspekte der Selbstbestimmung ersichtlich). Jedoch sollen die Ursachen, durch die der Wunsch nach assistiertem Suizid entsteht, bekämpft und das Leiden gelindert werden (dabei zeigen sich fürsorgerische Aspekte). Unter den aufgezählten Stakeholdern lehnen einzig die schweizerischen Bischöfe den assistierten Suizid grundsätzlich ab. Zudem hält eine Vielzahl der Stakeholder fest, dass eine Stärkung der Palliativpflege erreicht werden soll. Dennoch bestehen Unterschiede in den konkreten Haltungen und Handlungsanweisungen. Da daraus hinsichtlich der Ausgestaltung des untersuchten Zeitraums ein Konfliktpotential entstehen kann, wurde eine Gewichtung vorgenommen. Dabei erhielten die gesellschaftlichen Stakeholder aus dem Bereich der Pflege die höchste Priorität. Demnach wird bei der Gestaltung der methodischen Vorgehensweise primär auf deren Aussagen Bezug genommen. Diese werden zudem verwendet, um zu prüfen, ob den entsprechenden Anforderungen bei der Ausgestaltung des Zeitraums nachgekommen wurde. Dennoch muss die Priorisierung je nach Situation und Interessen der sterbewilligen

Person angepasst werden, weshalb möglicherweise Argumente anderer Stakeholder berücksichtigt werden müssen.

7. Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids

7.1 Dedicarichtlinien

Bei der Gestaltung der methodischen Vorgehensweise werden bestimmte Aspekte aus den Richtlinien von Dedicar aufgegriffen. Demnach müssen bspw. bestimmte Voraussetzungen geklärt werden, wenn der Wunsch nach assistiertem Suizid mitgeteilt wird (vgl. Dedicar 2015: 1-2). Die Voraussetzungen lauten ähnlich wie jene von EXIT (Kapitel 2.2.1). Es ist erwähnenswert, dass die Verantwortung für die Überprüfung dieser Voraussetzungen im Wesentlichen bei der Ärztin oder dem Arzt und der Freitodbegleitperson liegt. Dennoch kann das Alters- und Pflegeheim für sich entscheiden, ob seine Verantwortlichen selbst gewisse Voraussetzungen überprüfen sollen. Die Richtlinien von Dedicar sehen die Durchführung von zwei Gesprächen vor. Dadurch können weitere involvierte Personen einbezogen und gewisse Voraussetzungen für die Durchführung des assistierten Suizids geklärt werden. Die dabei getroffenen Abmachungen werden schriftlich festgehalten.

1. Gespräch: Nachdem der Wunsch nach assistiertem Suizid mitgeteilt wurde, findet ein erstes Gespräch statt. An diesem können neben der sterbewilligen Person je nach Ausgangslage eine Ärztin oder ein Arzt, ausgewählte Angestellte des Heims (beim Alterszentrum Baumgarten die Pflegeleiterin), die Seelsorgerin oder der Seelsorger teilnehmen sowie weitere Fachpersonen. Bei diesem Gespräch sollen die Möglichkeiten der Palliativpflege sowie allfällige Anpassungen der Pflegesituation aufgegriffen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, mehrere Gespräche durchzuführen. Für die vorliegende Arbeit wurde ein Gespräch eingeplant.

2. Gespräch: Zu einem späteren Zeitpunkt kann, falls die sterbewillige Person zustimmt, im Heim ein Gespräch mit der Freitodbegleitperson stattfinden. An diesem können zudem eine Ärztin oder ein Arzt, ausgewählte Angestellte des Heims (beim Alterszentrum Baumgarten die Pflegeleiterin) teilnehmen. Im Rahmen dieses Gesprächs soll die Urteilsfähigkeit bestätigt werden (vgl. Dedicar 2015: 2). Bei Bedarf könnten an diesem Gespräch auch weitere Personen aus der Netzwerkkarte einbezogen werden (z.B. Angehörige). Bzgl. der Berücksichtigung der Aussagen der Stakeholder aus der Pflege ist zu erwähnen, dass diese Gespräche dahingehend relevant sind, als dadurch die Trennung der Tätigkeiten und Rollen zwischen EXIT und dem Alterszentrum sichergestellt werden kann (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 5).

7.2 Flussdiagramm des Prozesses

Zu Übersichtszwecken wird der Zeitraum in einem Flussdiagramm dargestellt. Dieses ermöglicht es, die Prozessabläufe übersichtlich abzubilden und unterstützt deren Nachvollziehbarkeit (vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 2016: 94). In diesem Fall werden das 1. und das 2. Gespräch aus dem Kapitel 7.1 dargestellt (mit Dedic gekennzeichnet). Auf die weiteren Schritte wird innerhalb der nächsten Kapitel näher eingegangen. Zu erwähnen ist, dass der Zeitraum

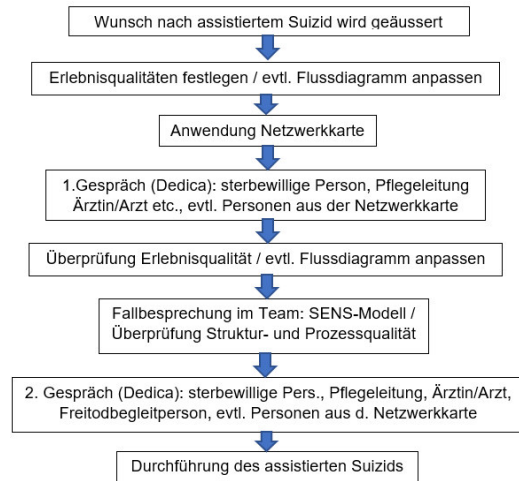


Abbildung 1: Flussdiagramm methodisches Vorgehen (in Anlehnung an: Gohrbandt 2019: o.S.)

ab der Äusserung des Wunsches, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, bis zu dessen Durchführung unterschiedlich lange ausfallen kann. Laut EXIT Deutsche Schweiz (vgl. 2019a: 34). liegen zwischen der Anfrage bzgl. des assistierten Suizids bis zu dessen Durchführung mehrere Wochen. Für die vorliegende Arbeit wurde von einem Zeitraum von vier Wochen ausgegangen. Bei abweichenden Zeiträumen müsste bei der Gestaltung der methodischen Vorgehensweise möglicherweise eine Anpassung vorgenommen werden. Bzgl. der Gespräche, die in Kapitel 7.1 beschrieben wurden, kann das erste Gespräch ca. eine Woche nach der Äusserung des Wunsches nach dem assistierten Suizid stattfinden und das zweite Gespräch ca. eine Woche vor der Durchführung des assistierten Suizids. Zudem finden während des Zeitraums weitere Gespräche mit der sterbewilligen Person sowie teaminterne Fallbesprechungen statt. Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden.

7.3 Methodische Ansätze

Die Modelle und Methoden werden betrachtet, indem zuerst die Darstellung des theoretischen Inhalts erfolgt und anschliessend beschrieben wird, wie dieser konkret auf den Zeitraum übertragen werden kann.

7.3.1 Wirkungsorientierung anhand von Qualitäten

Damit der Zeitraum strukturiert werden kann, gilt es zunächst festzuhalten, welche Wirkung erzielt werden soll. Dies ist wesentlich für das Handeln (vgl. Merchel 2015: 128f.). Wie in der Einleitung beschrieben, wird in der vorliegenden Arbeit auf die Struktur-, die Ergebnis- und die Erlebnisqualität Bezug genommen.

7.3.1.1 Theoretische Grundlagen

Strukturqualität: bezieht sich auf die Infrastruktur, die Ausstattung und die personellen Ressourcen. **Prozessqualität:** bezieht sich auf die pflegerischen und diagnostischen Tätigkeiten (vgl. Lädach/Schweingruber 2004: 72). **Erlebnisqualität:** setzt sich zusammen

aus dem Erhalt/der Verbesserung der Selbstverantwortung, der Selbstleitung, der Selbstständigkeit und einem angemessenen Einbezug der gesundheitlichen Situation (vgl. Oberholzer 2009: 56). Die ersten drei Punkte zur Erlebnisqualität entstammen dem anthropologischen Dreischritt der Selbstbestimmung von Helmut Walther und dienen der Beschreibung von Tätigkeiten und Variablen, die Bestandteile der Selbstbestimmung darstellen, wobei sie einander überlagern und in Wechselwirkung zueinander stehen. Eine Aufgliederung in die einzelnen Schritte dient dem Zweck der Analyse. Zudem kann so der Fokus auf jene Kompetenzen gelegt werden, über die die Personen bereits verfügen.

1. Selbstverantwortung: bezieht sich auf den Willen (Motive haben) einer Person und die Übernahme der Verantwortung fürs Handeln.
2. Selbstleitung: bezieht sich auf das vorhandene Wissen und die Auswahl zwischen den verschiedenen Optionen.
3. Selbstständigkeit: bezieht sich auf das Können (handeln können) und das Handeln (Verwirklichen) einer Person (vgl. Walther 2016: 76-85).

Wird erstens der Erhalt oder die Verbesserung der Selbstverantwortung einer Person angestrebt, gilt es, die Ideen und Bedürfnisse der Person zu berücksichtigen. Zudem soll die Person mitverantwortlich zu Tätigkeiten und dem Eingehen neuer Beziehungen aufgefordert werden. Sollen zweitens der Erhalt resp. die Verbesserung der Selbstleitung erreicht werden, müssen innerhalb der Kooperation Räume für das Treffen von Entscheidungen erzeugt werden, in denen aus den möglichen Optionen eine Auswahl getroffen werden kann. Dabei sollen jedoch auch die Folgen dieser Entscheidungen veranschaulicht werden. Wird drittens der Erhalt oder die Verbesserung der Selbstständigkeit beabsichtigt, sollten die Tätigkeiten so weit wie möglich selbstständig realisiert werden können, wobei der jeweiligen Person auch Verantwortung übertragen wird. Der Aspekt des angemessenen Einbezugs der gesundheitlichen Situation bezieht sich darauf, dass die gesundheitliche Verfassung einer Person im Hinblick auf die Gestaltung von Aktivitäten berücksichtigt wird (wo Ressourcen und Beeinträchtigungen vorliegen) und dass sich die Kooperation mit den medizinisch-therapeutischen Berufen koordiniert vollziehen soll (vgl. Oberholzer 2009: 56).

7.3.1.2 Anwendung während des Zeitraums

Für die Überprüfung der Qualitäten während des Zeitraums wurde ein Dokument (Titel: Wirkungsabsichten/Wirkungsorientierung) für die Situation des Alterszentrums Baumgarten erstellt, das im Anhang ersichtlich ist. Dabei wird die Struktur- und Prozessqualität von Seiten des Alters- und Pflegeheims festgelegt. Dafür wurden bestimmte Aspekte aus dem Leitbild des Alterszentrums Baumgarten entnommen und den jeweiligen Qualitäten zugeordnet. Es wurden Aspekte berücksichtigt, die die Menschenwürde betreffen oder Ansprüche, die sich aus diesem Begriff ergeben, oder sofern auf die Lebensqualität einer Person Bezug

genommen wird. Zusätzlich wurden weitere mögliche Vorschläge gemacht, die sich durch die Zusammenarbeit mit dem Alterszentrum Baumgarten herauskristallisiert haben. In dem genannten Dokument sind Aspekte festgehalten, die überprüft werden können: Was die Strukturqualität angeht, so kann dies mittels Fragenstellen erfolgen. Die Indikatoren der Prozessqualität können als Weg zum angestrebten Ziel verstanden werden (vgl. Arbeitsgruppe Qualität BS/BL/SO 2004: 86). Dabei kann im Team thematisiert werden, wie die Prozessqualität einzuschätzen ist und ob das angestrebte Ziel, den Zeitraum zwischen der Wunschäusserung und der Durchführung des assistierten Suizids würdig zu gestalten, erreicht wird. Dabei sind die Qualitäten zu beurteilen und ggfls. Anpassungen in Betracht zu ziehen. Die Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität kann in Fallbesprechungen im Team erfolgen (siehe Flussdiagramm Kapitel 7. 2), die nach der Überprüfung der Erlebnisqualität stattfinden.

Die konkrete Ausgestaltung der Erlebnisqualität wird dagegen gemeinsam mit der sterbewilligen Person durchgeführt. Ebenfalls erfolgt deren Auswertung mit ihr (vgl. Oberholzer 2009: 52). Nachdem der Wunsch nach assistiertem Suizid geäussert wurde, können in einem Gespräch zwischen einer Pflegefachperson (im Alterszentrum Baumgarten die Pflegeleiterin) und der sterbewilligen Person die einzelnen Bereiche der Erlebnisqualität besprochen und Abmachungen getroffen werden. Das betrifft, wie oben dargestellt, die Bereiche:

1. Selbstverantwortung: Hier könnten die Bedürfnisse (unter Berücksichtigung des Kapitels 4.2) und Interessen der sterbewilligen Person erfragt werden. Zudem könnte überprüft werden, ob der Person auch die Konsequenzen ihres Handelns bewusst sind (bspw. auch des assistierten Suizids).

2. Selbstleitung: Hier kann der sterbewilligen Person die vorgesehene methodische Gestaltung des Zeitraums aufgezeigt werden (anhand des Flussdiagramms) und mit ihr besprochen werden, inwieweit eine Bereitschaft besteht, die vorgesehenen Schritte durchzuführen (Netzwerkkarte erstellen etc.). Dabei muss das Heim festlegen, ob Gespräche mit den weiteren Fallinvolvierten vorgegeben werden. Zudem kann besprochen werden, was die Person noch erledigen möchte. Das betrifft auch die Tätigkeiten, die für die Inanspruchnahme einer Freitodbegleitung nötig sind (wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben). Zudem könnten im Gespräch Alternativen zum assistierten Suizid thematisiert werden.

3. Selbstständigkeit: Für jene Tätigkeiten, denen die sterbewillige Person nachgehen möchte (wie bei Ziff. 2 oben, Selbstleitung besprochen), kann nun besprochen werden, in welchem Ausmass diese in Eigenregie realisiert werden können bzw. welches Mass an Unterstützung dabei benötigt wird (das Alters- und Pflegeheim muss hier klären, bei welchen Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid stehen, es Unterstützung leistet).

4. Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation: Diese wird im Hinblick auf die festgelegten Tätigkeiten vergegenwärtigt. Hier könnte thematisiert werden, ob die Vorhaben angesichts der gesundheitlichen Verfassung der sterbewilligen Person zumutbar sind und ob ihr gar mehr zugemutet werden könnte (falls sie über ausreichend Ressourcen verfügt). Zudem könnten auch die gesundheitlichen Einschränkungen thematisiert werden (bspw. wo die Person am meisten leidet) und es könnte der Einbezug möglicher Professioneller besprochen werden bzw. wie der bisherige Einbezug der weiteren Professionellen zu beurteilen ist und ob Anpassungen nötig sind. Nach Besprechung der Erlebnisqualität muss überprüft werden, ob das Flussdiagramm (Kapitel 7.2) angepasst werden muss.

Die Überprüfung und die allfällige Anpassung der Erlebnisqualität (siehe Flussdiagramm) kann nach dem ersten gemeinsamen Gespräch mit den weiteren Involvierten (Kapitel 7.1) stattfinden. Bei diesem Anlass könnte eine Anpassung des Flussdiagramms vorgenommen werden. Bzgl. der Aussagen der gesellschaftlichen Stakeholder aus der Pflege ist festzuhalten, dass hier auch nach Möglichkeiten gesucht werden könnte, wie die Person der Selbsttötung nachkommen kann (vgl. SBK 2005: 2). Zudem wird berücksichtigt, dass die Person unterstützt wird und bis zuletzt Lebensqualität erleben kann. Zudem wird die Selbstbestimmung der Person respektiert (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 4f.).

7.3.2 Netzwerkkarte

Wie in der Einleitung aufgeführt, soll eine Netzwerkkarte erstellt werden.

7.3.2.1 Theoretische Grundlagen

Mittels einer Netzwerkkarte kann das soziale Umfeld einer Person erfasst werden, wodurch soziale Beziehungen als mögliche Ressourcen erkennbar werden. Die Person, deren Umfeld dargestellt wird, stellt den Mittelpunkt der Karte dar. Umgeben ist sie von mindestens vier Feldern, die die Netzwerke der Person kennzeichnen (z. B. 1. Freunde, 2. Familie, 3. Beruf, 4. Professionelle Beziehungen). Anschliessend können Personen aus dem Umfeld in den jeweiligen Feldern eingezeichnet werden und mit der Person in der Mitte mittels einer Linie verbunden werden. Je bedeutungsvoller die Beziehung für die Person im Zentrum ist, desto geringer ist die Distanz auf der Karte zu ihr. Zudem können, falls Beziehungen zwischen den weiteren Personen auf der Karte bestehen, diese ebenfalls mit einer Linie verbunden werden. Dadurch wird die Vernetzung zwischen den verschiedenen Feldern sichtbar. Das Erstellen der Netzwerkkarte kann sich zudem positiv auf die Kooperation auswirken (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 193-195).

7.3.2.2 Anwendung während des Zeitraums

Die Karte ist gemeinsam mit der sterbewilligen Person zu erstellen (vgl. ebd.: 194). Dies kann erfolgen, nachdem sie den Wunsch nach dem assistierten Suizid geäussert hat (siehe Flussdiagramm Kapitel 7.2), jedoch nur, wenn sie im Rahmen des Gesprächs bzgl. der

Erlebnisqualität (7.3.1.2) ihre Bereitschaft für eine gemeinsame Erstellung signalisiert hat. Die Karte kann als Grundlage für die Gestaltung des Zeitraums und den Einbezug der relevanten Personen dienen (bspw. festlegen, wer an den einzelnen Gesprächen mit den weiteren Involvierten teilnehmen soll). Dies ermöglicht die Mobilisierung von Ressourcen (Personen, die einbezogen werden) sowie die Thematisierung des Umgangs mit Stressoren (bspw. Umgang mit Personen, die den assistierten Suizid ablehnen).

7.3.3 SENS-Modell

Um den Prozess zu strukturieren, wird darüber hinaus das SENS-Modell verwendet.

7.3.3.1 Theoretische Grundlagen

Das Modell dient der Strukturierung und der Besprechung von Fällen in der Palliative Care (vgl. Eychmüller 2014: 1f). Hier ist zu erwähnen, dass zwischen Palliative Care und assistiertem Suizid je nach Argumentation kein Widerspruch bestehen muss, sondern dass Palliative Care als ergänzende Möglichkeit am Lebensende betrachtet werden kann. Es ist ein Ziel der palliativen Versorgung, die bestmögliche Unterstützung bzgl. der Lebensqualität zu erzielen, jedoch das Sterben an sich nicht zu verhindern. So kann die palliative Begleitung für bestimmte Personen ein besseres Leben ermöglichen, wobei nicht auszuschliessen ist, dass einzelne davon sich dennoch entschliessen, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen (vgl. Ostgathe/Galushko/Voltz 2010: 248-254). Beim SENS-Modell wird eine Person in ihrer Ganzheitlichkeit beachtet (vgl. Interview 2 im Anhang). Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen berücksichtigt werden (vgl. Binder/von Wartburg 2014: 12).

Auf diese Dimensionen soll im Zusammenhang mit dem Sterben näher eingegangen werden:

Körperliche Dimension: Innerhalb dieser Dimension ist es von grosser Bedeutung, welche Einschränkungen und Schmerzen bei einer Person vorliegen und wie diese verringert werden können. Innerhalb dieser Dimension stellt sich die Frage, ob sich die Person um sich selber sorgen kann oder ob sie dabei Unterstützung benötigt (vgl. Zimmermann et al.: 2019: 38).

Psychische und kognitive Dimension: Beim SENS-Modell werden die psychische und die kognitive Dimension der gleichen Dimension zugeordnet (vgl. Interview 3 im Anhang). Häufig müssen sich Menschen in der Sterbephase mit psychischen Beeinträchtigungen auseinandersetzen. Dabei können Gefühle wie Niedergeschlagenheit oder Sinnlosigkeit aufkommen. Mit zunehmendem Alter sind auch die kognitiven Kompetenzen Veränderungen ausgesetzt, was eine Entfremdung der persönlichen Biografie und Identität zur Folge haben kann. Dadurch kann mit dem Auftreten von Veränderungen nicht mehr wie gewohnt umgegangen werden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 38).

Soziale Dimension: Hier werden die Kontaktpflege zu den nahestehenden Personen sowie die Frage, ob sich die Person von jemandem verabschieden möchte, thematisiert (vgl. ebd.:

38f). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass das Leben im Heim und eine schlechte Gesundheit zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen können (vgl. Erlemeier 2011: 30).

Spirituelle und religiöse Dimension: In Bezug auf die Religiosität und Spiritualität eines Menschen und die damit zusammenhängenden Bedürfnisse sind Sinnfragen von Bedeutung, die angesichts des Sterbens entstehen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 39).

7.3.3.2 SENS-Bereiche

In diesem Kapitel soll auf die einzelnen Bereiche des SENS-Modells eingegangen werden:

1. Symptomerfassung: Hier werden die Symptome der verschiedenen Dimensionen berücksichtigt (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) (vgl. Interview 2 im Anhang). Dabei ist es relevant, welche Symptome und Angelegenheiten die Personen in der Gegenwart und der Zukunft am meisten beunruhigen (vgl. Becker 2014: 32). So sollen mögliche Mittel zur Symptombehandlung und Selbsthilfe vergegenwärtigt werden (vgl. Eychmüller 2014: 2).

2. Entscheidungsfindung: Die Entscheidungsfindung bezieht sich auf die Priorisierung der Interessen einer Person. Zudem beinhaltet sie die präventive Planung im Hinblick auf das Sterben (Anordnung im Todesfall, Testament etc.) (vgl. ebd.: 2). Durch Lebensentscheidungen stellen sich betroffene Personen dem Sterben nicht entgegen, sondern lassen es zu oder veranlassen es vorzeitig. Nebst dem assistierten Suizid gibt es weitere Entscheidungen dieser Art: Möglich sind bspw. die tiefe Sedierung bis zum Tod sowie die Einnahme von Nahrung einzustellen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 61-65). Darüber hinaus umfasst dieser Bereich die Lebensendplanung, die das thematisiert, was die Person vor dem Sterben erledigen möchte (vgl. Interview 3 im Anhang).

3. Netzwerk-Organisation: Dieser Bereich bezieht sich auf die Ausgestaltung und Anpassung des Betreuungsnetzes (vgl. Eychmüller 2014: 2). Dabei werden die Abstimmung und Organisation der Zusammenarbeit berücksichtigt (vgl. Interview 2 im Anhang). Zudem wird thematisiert, was in einem Notfall zu beachten ist (vgl. Becker 2014: 33).

4. Support: Hier wird einbezogen, wie das Umfeld der sterbewilligen Person unterstützt wird (vgl. Interview 2 im Anhang). Dies kann sich sowohl auf die Unterstützung der Angehörigen als auch die der Fachpersonen beziehen (vgl. Eychmüller 2014: 2).

7.3.3.3 Anwendung während des Zeitraums

Das SENS-Modell wird in der Fallbesprechung im Team angewendet, in der zunächst ein Teammitglied die Situation schildert und dabei auch Bezug auf die vorhandenen Ressourcen der Person nimmt (vgl. Interview 3 im Anhang). Das Modell orientiert sich an der Frage, was die Ursache für das Leiden darstellt (vgl. Becker 2014: 32). Zudem sollten vor dem Gespräch die jeweiligen Aspekte, die hinsichtlich der Erlebnisqualität besprochen wurden, vergegenwärtigt werden (z. B. welche Bedürfnisse bei der sterbewilligen Person bestehen etc.). Zu den einzelnen Bereichen des Modells wurde jeweils eine Vorlage erstellt (Anhang:

SENS-Modell). Im Rahmen der Fallbesprechung können die aufgelisteten Fragen, die auf dem Dokument bei den einzelnen Bereichen festgehalten und den Dimensionen zugeordnet sind, im Team bearbeitet und besprochen werden (die Auswahl erfolgt situationsabhängig). Die aufgelisteten Fragen zu den Bereichen auf dem Dokument im Anhang wurden mit Frau Claudia Gohrbandt überprüft, die das SENS-Modell schult (vgl. Interview 2 im Anhang).

Beim Dokument im Anhang (SENS-Modell) wurden zudem die einzelnen Bereiche mit Werten aus dem Leitbild des Alterszentrums Baumgarten ergänzt. Bei deren Auswahl wurde berücksichtigt, an welchen Stellen sich im Leitbild ein Bezug auf die Menschenwürde oder auf die darin enthaltenen Ansprüche (wie in Kapitel 3.1 beschrieben) und die Lebensqualität ergibt. Zudem wurde eine Gewichtung der einzelnen Werte vorgenommen, um im Sinne der Wertorientierung eine Richtlinie zu bieten, wenn Unklarheit darüber besteht, ob bestimmten Aspekten oder Fragen nachgegangen werden soll. Zudem können am Ende der Fallbesprechung Interventionen bestimmt werden (vgl. Interview 3 im Anhang). Falls sich das Alterszentrum Baumgarten für eine Zulassung entscheidet, würden die Festlegung und die Priorisierung der Werte gemeinsam im Team vorgenommen werden.

Die Fallbesprechung im Team nach dem SENS-Modell (siehe Flussdiagramm, Kapitel 7.2) kann nach der Überprüfung der Erlebnisqualität stattfinden (Kapitel 7.3.1.2). Dabei können allfällige Änderungen thematisiert werden, die sich aus der Überprüfung der Erlebnisqualität ergeben. Die einzelnen Bereiche können bspw. wie folgt behandelt werden:

1. Symptomerfassung: Dabei könnte besprochen werden, woran die sterbewillige Person bei den vier Dimensionen am meisten leidet (Körper, Psyche etc.) und was sich darauf positiv auswirken könnte.
2. Entscheidungsfindung: Im Hinblick auf den assistierten Suizid könnte das Team thematisieren, ob Zweifel am Vorliegen der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids bestehen. Zudem könnte besprochen werden, ob allfällige Alternativen zum assistierten Suizid noch mit der sterbewilligen Person zu thematisieren sind und was die Person noch erledigen möchte (im Rahmen der Lebensendplanung).
3. Netzwerk-Organisation: Hier könnte besprochen werden, ob und welche Personen einbezogen werden sollten und ob der Einbezug weiterer Professioneller erfolgen sollte. Zudem könnte überlegt werden, wie sich die bisherige Kooperation mit weiteren Involvierten gestaltet und ob eine Anpassung vorgenommen werden sollte. Des Weiteren könnten bspw. Anpassungen der Wohnsituation thematisiert werden. Ausserdem könnte dieser Bereich durch weitere Personen aus der Netzwerkkarte ergänzt werden.
4. Support: Hier wäre zu besprechen, inwieweit die Unterstützung für das Umfeld der sterbewilligen Person vorhanden ist und ob dabei Veränderungsbedarf besteht. Es kann auch

gefragt werden, wie es dem Team ergeht. Am Ende der Besprechung könnten mögliche Interventionen besprochen werden.

Bzgl. der gesellschaftlichen Stakeholder ist zu erwähnen, dass diese Fallbesprechungen auch als Gelegenheit dazu dienen können, dass die Involvierten ihre Gefühle äussern können. Zudem können Personen, denen die Verantwortung zu gross erscheint, diese gegebenenfalls abgeben. Zugleich wird überprüft, wie das Leiden gelindert werden kann und wie Angehörige begleitet werden können (vgl. SBK 2005: 2). Auch Zweifel an fehlenden Voraussetzungen können in diesem Rahmen thematisiert werden (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 6). Diese könnten anschliessend mit der sterbewilligen Person und der Freitodbegleitperson besprochen werden (2. Gespräch in Kapitel 7.1).

7.4 Durchführung des assistierten Suizids

Im Gespräch mit der Freitodbegleitperson (2. Gespräch in Kapitel 7.1) kann thematisiert werden, was es im Hinblick auf die Durchführung des assistierten Suizids zu berücksichtigen gilt. Hier muss das Alterszentrum für sich klären, welche Unterstützung im Hinblick auf den assistierten Suizid geleistet wird und wie sich die Kommunikation im Team und im Alterszentrum gestaltet. Zudem sollte überprüft werden, ob den Wünschen der sterbewilligen Person (im Hinblick auf den assistierten Suizid) nachgekommen werden kann, welche Personen beim assistierten Suizid anwesend sein sollen (Angehörige, Mitbewohner etc.) und wann er stattfinden soll. Bzgl. der Aussagen der gesellschaftlichen Stakeholder aus dem Bereich der Pflege ist an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass es sich beim assistierten Suizid nicht um einen pflegerischen Auftrag handelt (vgl. SBK 2005: 1). Zudem ist in den Richtlinien des Amtes für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn festgelegt, dass beim assistierten Suizid ein Mitwirkungsverbot besteht (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018: 2). Demnach müsste geprüft werden, ob für Angestellte des Heims die Möglichkeit besteht, bei gegenseitigem Wunsch beim assistierten Suizid ausserhalb der Arbeitszeit und als Privatperson anwesend zu sein (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 5).

8. Ergebnisse, Diskussion und Ausblick

8.1 Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Wie kann der Zeitraum zwischen der Wunschäusserung nach Inanspruchnahme des assistierten Suizids, durchgeführt von EXIT, durch Bewohnende eines Alters- und Pflegeheims in der Schweiz bis zur Durchführung im Heim würdig gestaltet werden?

Zusammenfassung der Erkenntnisse: Entscheidet sich eine Person für den assistierten Suizid, entsteht bis zu dessen Durchführung ein zeitlicher Spielraum, der strukturiert und gestaltet werden kann (vgl. Zimmermann et al. 2019: 178). Um dem nachzukommen, wurde

zunächst vergegenwärtigt, welche Einflussfaktoren für die Versorgung am Lebensende vorhanden sind und wie sich diese auf die erlebte Qualität im Sterben auswirken. Diese Faktoren sind verschiedenen Ebenen zuzuordnen, wovon eine die gesellschaftlichen Bedingungen betrifft (vgl. ebd.: 84f.). Dabei sind vor allem die gesetzlichen Grundlagen und die strafrechtliche Situation von Bedeutung, die die Voraussetzungen festlegen, unter denen eine Person den assistierten Suizid in Anspruch nehmen kann. Die Verantwortung für die Überprüfung der Voraussetzungen liegt bei der Ärztin oder dem Arzt, die das Rezept ausstellen, sowie der Freitodbegleitperson, die den assistierten Suizid begleitet. Dennoch muss ein Alters- und Pflegeheim bspw. entscheiden, inwiefern es die Voraussetzungen für die Durchführung eines assistierten Suizids selbst überprüfen will. Damit wird deutlich, dass sich ein Heim bereits vor der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen mit bestimmten Fragen auseinandersetzen muss.

Einer weiteren Ebene sind die involvierten Institutionen und Organisationen zuzuordnen (vgl. ebd.: 84f.). In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Alters- und Pflegeheime in der Schweiz häufig auch Sterbeorte sind. Dennoch wird das Sterben innerhalb dieser Örtlichkeiten eher verdrängt, was die Gefahr mit sich bringt, dass die Bedürfnisse von Sterbenden nicht genügend berücksichtigt werden. Zudem spielen die gesellschaftlichen Stakeholder eine wichtige Rolle: Mit ihrer Haltung können sie gesellschaftliche Entwicklungen und konkrete Handlungen beeinflussen. Bei der Einzelbetrachtung wurde festgestellt, dass eine Vielzahl der gesellschaftlichen Stakeholder den assistierten Suizid toleriert und sich gleichzeitig für bessere Bedingungen einsetzt, damit der Wunsch nach assistiertem Suizid nicht entsteht oder wieder vergeht. Da sich die Äusserungen der Stakeholder dennoch unterscheiden und dies zu Unklarheiten bei der konkreten Ausgestaltung des Zeitraums führen kann, wurde eine Gewichtung der Stakeholder vorgenommen. Dabei erhielten die Stakeholder aus dem Bereich der Pflege die höchste Priorität, da Sterbende am häufigsten von Pflegefachpersonen umgeben sind und weniger von anderen Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung. Daher wurden bei der Gestaltung des Prozesses die Aussagen der Pflegefachpersonen herangezogen. Im Anschluss daran wurden der Ablauf und die Voraussetzungen eines assistierten Suizids bei EXIT vergegenwärtigt.

Zudem wurde dargestellt, wer den assistierten Suizid in Anspruch nimmt, wobei sich ergeben hat, dass es sich häufig um Personen mit gesundheitlichen Problemen handelt. Dennoch können sich die Bedürfnisse von Sterbenden unterscheiden und sind z. T. widersprüchlich, was unterstreicht, dass individuell auf die sterbewilligen Personen eingegangen werden muss. Um den Prozess zu strukturieren, wurde eine Zielsetzung festgelegt. Den normativen Rahmen bildet die Menschenwürde. In der theoretischen Auseinandersetzung wurde festgehalten, dass sie die Ansprüche auf 1. Schutz von Leib und Leben, 2. Selbstbestimmung, 3. grundlegende

Rechte und 4. elementaren Respekt beinhaltet (vgl. Rüegger 2013: 14f.). Die Debatte um den assistierten Suizid ist häufig durch die ersten beiden Punkte geprägt (vgl. Rüegger 2003: 64-69). Abhängig von deren Gewichtung kann eine Haltung resultieren, die eher für oder gegen den assistierten Suizid ist. Erwähnenswert ist zudem, dass Gegner des assistierten Suizids nicht selten über einen spirituellen-religiösen Hintergrund verfügen, der im Widerspruch zur gezielten Beendigung eines Lebens steht (vgl. Zimmermann et al. 2019: 180). Für die Gestaltung des Zeitraums wurde angenommen, dass die normative Menschenwürde auch im Sterben besteht, sich jedoch die dabei erlebte Lebensqualität subjektiv unterscheiden kann. Dementsprechend wurden Überlegungen angestellt, wie während des Zeitraums mit entstehenden Spannungsfeldern umgegangen werden kann (Werteorientierung) und welche Qualitäten erreicht werden sollen (Wirkungsorientierung), damit ein würdiges Sterben gewährleistet werden kann.

Auf dieser Grundlage wurde die methodische Vorgehensweise erarbeitet. So soll nach der Wunschäusserung des Suizids gemeinsam mit der sterbewilligen Person definiert werden, was sie während dem Zeitraum erleben möchte. Dabei rückt die Erlebnisqualität der Person ins Zentrum. Bei deren Ausgestaltung wurden der emanzipatorische Dreischritt nach Walther und die gesundheitliche Situation berücksichtigt. Dadurch erhält die Selbstbestimmung einer Person einen zentralen Stellenwert. Anschliessend kann, falls die sterbewillige Person dafür ihre Bereitschaft signalisiert, gemeinsam mit ihr eine Netzwerkkarte erstellt werden. Damit kann das Umfeld der Person dargestellt werden. Die Karte kann als Grundlage für die nächsten Schritte dienen, indem entschieden wird, ob und welche Personen dabei einbezogen werden sollen. Zu einem späteren Zeitpunkt kann die Erlebnisqualität mit der sterbewilligen Person überprüft werden.

Für die weitere Gestaltung des Zeitraums wurden zudem Aspekte aus den Richtlinien von Dedic aufgenommen. So sollen zwei Gespräche mit den weiteren Fallinvolvierten stattfinden (unter Berücksichtigung der Personen aus der Netzwerkkarte). Gemäss den Dedic-Richtlinien kann ausserdem im Gespräch überprüft werden, ob die Voraussetzungen für den assistierten Suizid erfüllt werden. Anschliessend können die Teambesprechungen gegliedert nach dem SENS-Modell strukturiert durchgeführt werden. Dabei kann zudem die Struktur- und Prozessqualität thematisiert und es können Anpassungen in Betracht gezogen werden. Bei den Qualitäten werden die Werte aus dem Leitbild des Heims berücksichtigt, bei denen ein Zusammenhang mit der Menschenwürde oder den darin enthaltenen Ansprüchen besteht.

Diskussion der Ergebnisse: Die methodische Vorgehensweise für die Gestaltung des Zeitraums sollte die Ziele verfolgen, dass einerseits der Prozess strukturiert, andererseits individuell auf die sterbewillige Person eingegangen werden soll. Zudem sollte sie auf weitere Alters- und Pflegeheime übertragbar sein. Entstanden ist ein methodisches Gerüst, das den

Prozess strukturiert und die Eigenheiten eines Heims und die Bedürfnisse der sterbewilligen Person berücksichtigt. Um individuell auf das Heim einzugehen, kann bei der Ausgestaltung der Werte- und Wirkungsorientierung das Leitbild eines Heims verwendet werden.

Für die vorliegende Thematik ist das Spannungsfeld zwischen der Fürsorgeverpflichtung eines Heims und dem Respekt vor der Selbstbestimmung der sterbewilligen Person zu berücksichtigen (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 4). Das Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung spiegelt sich auch in den Diskussionen, die beim assistierten Suizid auf die Würde Bezug nehmen. Wird dieses Spannungsfeld als ein Widerspruch betrachtet, der einseitig bewältigt werden soll, birgt dies Gefahren.

„Wird das Leben so sehr geschützt, dass jede Freiheit erstickt wird, entfällt de facto der Grund für den Schutz und damit das Prinzip als Ganzes. Wird andererseits die Freiheit zuungunsten des Schutzes der Schwachen überbetont, kommt es zum darwinschen Überleben der Anpassungsfähigsten, womit die Freiheit aller Menschen und damit ebenfalls die Idee der Menschenwürde ausgehebelt wären. Beide Funktionen bedingen einander offensichtlich.“ (Zimmermann-Acklin 2007: 24)

Die methodische Ausgestaltung des Zeitraums unterstützt die Bewältigung dieses Spannungsfelds, indem beide Aspekte berücksichtigt werden. Falls bspw. eine Person selbstbestimmt die Möglichkeiten zur Gestaltung des Zeitraums ablehnt, kann mittels Teambesprechungen, die nach dem SENS-Modell gegliedert sind, und dem Anstreben der Struktur- und Prozessqualität dem Fürsorgeauftrag dennoch nachgekommen werden.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte die Auswahl der Methoden z.T. selektiv. Gegebenenfalls eignen sich für die Gestaltung des Zeitraums andere Methoden besser. Dies gilt es stets zu überprüfen. Bzgl. der Bewertung der methodischen Ausgestaltung sind jedoch zwei Aspekte zu nennen: So kann festgehalten werden, dass die erlebte Sinnlosigkeit (aus unterschiedlichen Gründen) einer Person einen Einfluss auf die Entstehung des Wunsches nach assistiertem Suizid haben kann (vgl. CURAVIVA Schweiz 2013: 2). Eine sterbewillige Person kann jedoch vor der Inanspruchnahme des assistierten Suizids durch die Mobilisierung ihres Umfeldes Freude und Sinn erleben (vgl. Boucsein-Keller 2015: 134). Dem Anspruch auf den Einbezug des Umfelds wird mittels der methodischen Vorgehensweise nachgegangen. Zudem ist erwähnenswert, dass bei Bewohnenden eines Pflegeheims häufig Redebedarf bzgl. des bevorstehenden Sterbens und den damit zusammenhängenden Wünschen besteht. Sie bekommen jedoch selten die Gelegenheit dazu (vgl. Zimmermann et al. 2019: 189). Bei der methodischen Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit sind solche Gespräche institutionalisiert. Die Gespräche sind insofern von Bedeutung, weil dadurch die Selbstbestimmung einer sterbewilligen Person erst ermöglicht wird.

Zu bedenken ist schliesslich, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Sterbeidealen möglich ist (vgl. ebd.: 188f.). Deshalb ist es wichtig, dass der sterbewilligen Person individuell begegnet werden muss, damit ihre Bedürfnisse, ihre Persönlichkeit und ihre Würde beachtet werden können (vgl. ebd.: 83). Dieser Aspekt wird in der vorliegenden Arbeit mittels der Ausgestaltung der Erlebnisqualität unterstützt, indem die sterbewillige Person den Zeitraum zu einem grossen Teil selbst beeinflussen und ihre Wünsche einbringen kann.

8.2 Methodenkritik und kritische Diskussion

Methodenkritik: Die methodische Ausgestaltung der vorliegenden Arbeit kann auch kritisch betrachtet werden. So gibt es bspw. sterbewillige Personen, die sich kein Extraprogramm vor der Inanspruchnahme eines assistierten Suizids wünschen, sondern vielmehr wünschen, die letzten Tage 'normal' zu gestalten (vgl. Interview 1 im Anhang). Zudem sind manche Personen nicht damit einverstanden, über das Lebensende zu sprechen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 188f.). Durch die methodische Ausgestaltung erhält die Person zwar die Möglichkeit, den Zeitraum im Wesentlichen selbst zu gestalten. Dennoch kann die methodische Vorgehensweise bspw. durch Fallbesprechungen im Team dazu führen, dass einzelne Pflegefachpersonen dem allfälligen Wunsch der sterbewilligen Person nach einem gewöhnlichen Ablauf ungenügend Rechnung tragen, weil sie diesen als unwürdig erachten.

Des Weiteren kann auch die methodische Vorgehensweise kritisch betrachtet werden. Obwohl sie theoretisch begründet wurde, gilt es festzuhalten, dass sich eine Methode nicht für alle Personen im gleichen Ausmass eignet. So kann zwar die Netzwerkkarte der Mobilisierung von Ressourcen dienen. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass Einsamkeit im Alter weit verbreitet ist (vgl. Erlemeier 2011: 30). Trifft dies auf eine Person zu und wird dennoch die Netzwerkkarte angewendet, kann die Auseinandersetzung mit dem fehlenden Umfeld als unangenehm erlebt werden und sich negativ auf die erlebte Lebensqualität auswirken.

Ebenso muss die Wirkung des SENS-Modells überprüft werden. Das Modell stammt aus der Palliative Care. Diese zielt massgeblich darauf, die Grundhaltung von Personen zu ändern, die Sterbende betreuen und pflegen. So sollen dabei bspw. die Sterblichkeit einer Person und die Grenzen der Medizin berücksichtigt werden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 97). In der Literatur wird beschrieben, dass das Modell eine bedürfnisorientierte Vorgehensweise und einen würdevollen Sterbeprozess ermöglicht (vgl. Becker 2014: 33). Ist jedoch die Palliative Care in einem Heim noch ungenügend vorhanden, erscheint es fraglich, ob das Modell seine gewünschte Wirkung erzielt.

Darüber hinaus könnte sich bei der Anwendung der methodischen Vorgehensweise die Vielfalt der theoretischen Grundlagen als anspruchsvoll herausstellen, weshalb die konkrete Ausgestaltung auf ihre Tauglichkeit hin überprüft werden sollte.

Kritische Diskussion der Ansätze: Hinsichtlich der Gestaltung des untersuchten Zeitraums muss ein Heim eindeutig festlegen, welche Aufgaben von den Angestellten des Heims übernommen werden sollen. So handelt es sich laut dem SBK beim assistierten Suizid nicht um einen pflegerischen Auftrag (vgl. SBK 2005: 1). Dennoch kann es sich als wichtig erweisen, dass bei gewissen Tätigkeiten, die den assistierten Suizid betreffen, auch die Pflege involviert ist. Kommunizieren bspw. Personen in Entscheidungsprozessen ihre Wünsche, sollte sich das pflegerische Handeln an diesen orientieren (vgl. Zimmermann et al. 2019: 135). Wird bei solchen Entscheidungsprozessen die Pflege jedoch nicht einbezogen, fehlt eine wichtige Perspektive, die bspw. für bestimmte Entscheidungen relevant sein könnte. Ein Heim kann sich dazu bereit erklären, die Voraussetzungen für den assistierten Suizid zu überprüfen und den Zeitraum zu begleiten. Dabei könnte es sich jedoch als schwierig erweisen, eindeutig zu differenzieren, welche Handlungen bereits zum assistierten Suizid gehören. So können Aufgaben, die im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid stehen, Auswirkungen auf die Beziehung zwischen den Pflegefachpersonen und der sterbewilligen Person haben. Für diesen Umgang wird daher auch die Bereitschaft der Pflegefachpersonen benötigt. Für einen allfälligen Einbezug der Pflege muss ein Alters- und Pflegeheim darüber hinaus klären, ob die involvierten Fachpersonen auch dafür über die nötigen Kompetenzen verfügen. Für einen professionellen Umgang mit Sterbenden muss z.B. das Pflegefachpersonal in der Lage sein, mit Sterbenden und ihrem Umfeld sowie interdisziplinär kommunizieren, die eigenen Grenzen feststellen und die Selbstbestimmung Sterbender aufrechterhalten zu können (vgl. Schmid 2016: 4). Daher ist ein Alters- und Pflegeheim dazu aufgefordert, zu prüfen, ob die involvierten Fachpersonen über die Bereitschaft und die Kompetenzen verfügen, den anfallenden Aufgaben nachgehen und den Zeitraum würdig gestalten zu können.

Ein weiterer Aspekt, der im Anschluss an die vorliegende Arbeit diskutiert werden sollte, bezieht sich auf die Selbstbestimmung einer Person, die im Zentrum dieser Arbeit steht. Diese Ausrichtung kann sich auch als problematisch erweisen: Mit Bezug auf Castra halten Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag fest, dass, falls in einer individualisierten Gesellschaft Selbstbestimmung als emanzipatorisches Ideal betrachtet wird, dies dazu führen kann, dass die Problembewältigung nicht mehr gemeinsam, sondern eigenverantwortlich vollzogen werden muss (vgl. Zimmermann et al. 2019: 167). Daher ist im Einzelfall zu prüfen, was einer Person zugemutet werden kann und welche Unterstützung sie für das Erreichen eines würdigen Sterbens benötigt. „Die einer Gesellschaft zur Verfügung stehenden Ressourcen, die für das Wohlbefinden der Menschen eingesetzt werden können, sind bedürfnisgerecht, adäquat und rechtmässig zu verteilen (...)“ (AvenirSocial 2010: 10) In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass durch eine Liberalisierung des assistierten Suizids die Gefahr besteht, dass nicht der Aufwand geleistet wird, der eine menschenwürdige

Pflege mit sich bringen würde (vgl. NEK-CNE 2005: 46). Deshalb sind die Ursachen für den Wunsch nach assistiertem Suizid stets genau zu begutachten (ob evtl. die Pflegesituation unbefriedigend ist etc.). Ähnlich verhält es sich mit der Werteorientierung. Geht der Respekt vor der Individualität der sterbewilligen Person verloren, kann eine Bewertung der Art, wie eine Person sterben möchte, zu deren EntWERTung führen. Diese Vermutung bestätigte sich während der Erarbeitung der vorliegenden Ausführungen beim Autor. Zum Teil wurde in Gesprächen von aussenstehenden Drittpersonen eine Haltung eingenommen, die sich eindeutig gegen den assistierten Suizid richtet und sterbewilligen Personen mit Unverständnis begegnet. Wird jedoch dem Wunsch nach assistiertem Suizid nur Ablehnung und Unverständnis entgegengebracht, erscheint ein würdiges Sterben nicht mehr möglich. In diesem Sinne ist es von wesentlicher Bedeutung, dass dem Entscheid für die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids mit Respekt begegnet und das Urteil über dessen Legitimität der sterbewilligen Person allein zugestanden wird (vgl. ebd.: 47). Daher ist es auch relevant, dass die weiteren Involvierten ihre Haltung reflektieren müssen.

Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass Diskurse nicht unhinterfragt für die Gestaltung des Zeitraums übernommen werden dürfen. So treffen die Vorstellungen von einem ‚guten Sterben‘, die sich in Sterbediskursen wiederfinden, nicht auf alle Menschen zu und blenden stets auch gewisse Aspekte aus (vgl. Zimmermann et al. 2019: 178f.). Dass das Augenmerk auf diese Diskurse gerichtet wird, darf nicht zu einer Eingrenzung möglicher Formen individuellen Sterbens führen. Bzgl. der Gestaltung der Diskurse sollte auch kritisch betrachtet werden, dass der Berufsverband der Sozialen Arbeit in der Schweiz kein Grundlagenpapier zum assistierten Suizid veröffentlicht hat. Die Soziale Arbeit könnte jedoch einen wichtigen Beitrag zum Diskurs leisten, bspw. indem sie das Sterben ins öffentliche Bewusstsein ruft und das Interessen Sterbender aufgreift (vgl. Student/Mühlum/Student 2004: 103f.).

Zwar stützt sich die methodische Ausgestaltung in der vorliegenden Arbeit auf die zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Grundlagen. Die Versorgung von Sterbenden in Einrichtungen in der Schweiz ist bisher jedoch nur ansatzweise untersucht worden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 91). Das betrifft auch die Sichtweise von Sterbenden bei der Entscheidungsfindung am Lebensende, wobei dies helfen könnte, den Entscheidungsprozess besser zu begreifen (vgl. ebd.: 70). So ist nicht auszuschliessen, dass in der vorliegenden Arbeit bestimmte Aspekte unberücksichtigt blieben, die für ein würdevolles Sterben von Bedeutung wären.

Wird ein würdiges Sterben angestrebt, reicht es jedoch nicht aus, sich nur auf die methodische Vorgehensweise zu beschränken. So hängt es bspw. vom sozialen Klima am Sterbeort ab, ob die Personen den Mut finden, ihre Bedürfnisse mitzuteilen (vgl. ebd.: 52). Zudem spielen für die erlebte Qualität auch Aspekte wie Empathie und Verlässlichkeit eine Rolle (vgl. ebd.: 83).

Um ein würdiges Sterben zu erreichen, müssen somit nebst der methodischen Ausgestaltung, die im Zentrum dieser Arbeit steht, auch die vorhandene Kultur und die Haltung der involvierten Fachkräfte berücksichtigt werden, mit der diese den Sterbenden begegnen. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die vorliegende Arbeit auf Personen beschränkt, die sich den assistierten Suizid wünschen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass nur bei ihnen ein würdiges Sterben angestrebt und ihrem Sterbeprozess mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, als dies bei Personen der Fall ist, die keinen assistierten Suizid in Anspruch nehmen. „«Unwürdiges Sterben» wäre dann eines, bei dem die Bedürfnisse und Nöte des sterbenden Menschen nicht wahrgenommen und befriedigt bzw. gelindert werden.“ (Pro Senectute 2013: 3) Das in der vorliegenden Arbeit dargelegte Wissen sollte daher für alle Personen im Hinblick auf ein würdiges Sterben nutzbar sein.

8.3 Folgerungen und weiterführende Fragen

Falls der religiöse Wert des Todes künftig weiterhin abnimmt und das Lebensende beeinflussbarer wirkt, dürfte in der Gesellschaft der assistierte Suizid an Zustimmung gewinnen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 179). Durch diese gesellschaftliche Entwicklung könnte möglicherweise auch der Druck auf Alters- und Pflegeheime steigen, den assistierten Suizid zuzulassen (bspw., wenn sich Personen aufgrund des Verbots für ein anderes Heim entscheiden). Zudem könnte, falls Alters- und Pflegeheime künftig häufiger mit assistiertem Suizid konfrontiert werden, dies auch Auswirkungen auf den Alltag der Pflege haben. Je mehr die Anzahl an Fällen zunimmt, desto häufiger sind Angestellte eines Heims möglicherweise mit ethischen Fragestellungen bzgl. der vorliegenden Thematik konfrontiert. Falls dies zutrifft, könnte der Nutzen einer Ethikkommission für Alters- und Pflegeheime untersucht werden, die in den Richtlinien für die Zutrittsbewilligung von Sterbehilfeorganisationen vom Amt für soziale Sicherheit des Kanton Solothurns erwähnt wird und bspw. bei ethischen Dilemmata beraten kann (vgl. Amt für soziale Sicherheit 2018: 2).

Dass die Anerkennung des assistierten Suizids in der Gesellschaft zunimmt, heisst jedoch nicht, dass sich die Differenzen zwischen den Befürwortern und Gegnern reduzieren würden. Eine ablehnende Einstellung ist grösstenteils durch den religiösen und/oder spirituellen Hintergrund einer Person geprägt (vgl. Zimmermann et al. 2019: 180). Es stellt sich daher die Frage, wie die Debatten und die gesellschaftlichen Aushandlungsprozesse um den assistierten Suizid in Zukunft sachlicher geführt werden können (vgl. ebd.: 200). Dies ist insofern von Bedeutung, weil sich die gemeinsamen Vorstellungen bzgl. dem Umgang mit Sterben in der Gesellschaft reduziert haben (vgl. ebd.: 14). Daraus folgt die Frage, wie in der Gesellschaft eine Kultur gefördert werden kann, die mit den individuellen Vorstellungen vom Sterben respektvoll umgeht. Gleiches gilt, wie bereits erwähnt, für den Sterbeort. Dort hängt es vom sozialen Klima ab, ob die Bewohnenden ihre Bedürfnisse mitteilen (vgl. ebd.: 52). Für

ein diesbezüglich unterstützendes Klima in Alters- und Pflegeheimen könnte möglicherweise die Soziale Arbeit einen Beitrag leisten, sei es, indem sie bspw. Sterbende psychosozial begleitet und das Team bei der Reflexion von auftretenden Problemen unterstützt (vgl. Student et al. 2004: 114-116). Die erarbeitete methodische Ausgestaltung konnte bisher noch nicht in der Praxis angewendet werden. In diesem Fall müsste überprüft werden, inwiefern das Erreichen eines würdigen Sterbens gewährleistet ist und welche allfälligen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Zwar ist die Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität durch das Team vorgesehen, jedoch könnte auch eine zusätzliche Überprüfung mittels einer Aussenperspektive in Betracht gezogen werden. Die Literatur verweist dabei bspw. auf die Messmethode Q. Dabei wird die Qualität durch externe Fachexpertinnen und Fachexperten beurteilt, es wird auf Schwachstellen aufmerksam gemacht und es werden Empfehlungen für Massnahmen abgegeben (vgl. Lädach/Schweingruber 2004: 76-78).

Im Zusammenhang mit dem Thema Suizid ist ausserdem zu erwähnen, dass mit Bezug auf Vanlaere, Bouckaert und Castmans der Bundesrat festhält, dass laut einer Studie sich folgende Aspekte positiv auf die Suizidprävention bei älteren Menschen auswirken können: Wenn ihnen Verantwortung übertragen wird, sie die Möglichkeit erhalten, von ihrer Vergangenheit zu erzählen, wodurch ihnen ihre wertvolle Vergangenheit bewusst wird, und wenn das Pflegepersonal die Anzeichen einer Suizidgefährdung besser wahrnimmt und ihnen besser zuhört (vgl. Bundesrat 2011: 11f.). Im Weiteren könnte untersucht werden, inwiefern sich diese Handlungsanweisungen auf den Wunsch nach assistiertem Suizid und positiv auf ein würdiges Sterben auswirken können.

Zudem könnten in künftigen Arbeiten verschiedene Aspekte untersucht werden, die sich auf das Lebensende in der Schweiz beziehen. Folgende Beispiele sollen dies veranschaulichen: Von den Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung sind Sterbende am häufigsten von Pflegefachpersonen umgeben. Jedoch wurden bisher pflegerische Tätigkeiten am Lebensende nur wenig untersucht (vgl. Zimmermann et al. 2019: 88). Erwähnenswert ist zudem, dass im Kapitel 8.2. dieser Arbeit die Kompetenzen aufgezählt wurden, die Pflegefachpersonen für die Arbeit mit Sterbenden mitbringen sollten. Bisher fehlen jedoch gesamtschweizerische Studien, die über den Qualifikationsstand des Gesundheitspersonals in der Grundversorgung oder der Palliative Care Auskunft geben (vgl. ebd.: 99). Im Weiteren haben, falls schwerwiegende Entscheidungen zu treffen sind, auch die persönlichen Ansichten, die bisherigen Erlebnisse mit dem Sterben sowie die vorhandene Grundhaltung einen Einfluss auf die Beurteilung der Lebensqualität. Dabei wären für eine Analyse der Beurteilung der Lebensqualität in solchen Situationen besonders qualitative Studien von Nutzen. Auch diese sind bisher nur in geringem Ausmass vorhanden und geben häufig nur die Sicht von Ärztinnen und Ärzten wieder (vgl. ebd.: 73f.).

Neben der Erarbeitung von Grundlagenwissen stellt sich auch die Frage, wie individuelle Vorstellungen von einem würdevollen Sterben realisiert werden können. Der Palliativmediziner Manuel Jungi äussert sich diesbezüglich: „Man weiss, dass drei Viertel der Patienten eigentlich am liebsten zu Hause sterben möchten. Tatsache ist aber, dass drei Viertel der Patienten in Institutionen sterben, weil sie sich oft zu spät mit der letzten Lebensphase auseinandersetzen.“ (Send 2019: 30) So ist hier festzuhalten, dass es künftig einerseits darum gehen wird, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu verbessern, während die Menschen sich andererseits bereits frühzeitig mit ihrem eigenen Lebensende befassen sollten. Im Zusammenhang mit dem Wunsch, zuhause zu sterben, ist bzgl. der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Folgendes erwähnenswert: Die EAPC (Europäische Vereinigung für Palliative Care) sieht einen mobilen Palliative Care Dienst pro 100 000 Bewohnende vor. In der Schweiz sollten dementsprechend ca. 80 Dienste bestehen, was deutlich mehr ist als die aktuell vorhandenen 26 Dienste (vgl. Zimmermann et al. 2019: 99). Auch hier zeigt sich in diesem Bereich ein deutlicher Verbesserungsbedarf. Bzgl. der Bedeutung ist zu erwähnen, dass gewisse sterbewillige Personen einen Eintritt in ein stationäres Setting ablehnen, falls jedoch die Palliativepflege zuhause möglich wäre, würden sie dieser Form zustimmen (vgl. Interview 1 im Anhang). Wie erwähnt, ist jede Person aufgefordert, sich frühzeitig mit dem Lebensende und damit, wie sie dieses verbringen möchte, auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang ist die vorausschauende Behandlungsplanung zu nennen, bei der es sich um eine Weiterentwicklung der Patientenverfügung handelt. Dadurch können Personen in Beratungen Behandlungswünsche veranlassen für den Fall, dass sie urteilsunfähig werden würden. Im Vergleich zur Patientenverfügung kann dabei auch die Auswirkung der Wahl bzgl. medizinischer Massnahmen anhand der jetzigen Situation thematisiert werden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 24f.). Sich frühzeitig mit den möglichen Behandlungen am Lebensende auseinandersetzen und zu klären, wann das Leben noch lebenswert ist, beinhaltet stets eine Auseinandersetzung mit dem individuellen Verständnis der Lebensqualität. Dies kommt schlussendlich dem Würdeerhalt beim Sterben entgegen, unabhängig davon, ob sich jemand für einen assistierten Suizid entscheidet. Die methodische Ausgestaltung der vorliegenden Arbeit könnte sich möglicherweise auch für die Planung der letzten Lebensphase für Personen eignen, die keinen assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten. Dies könnte in einer weiteren Arbeit untersucht werden. Denn die bewusste Wahrnehmung der eigenen Endlichkeit kann dazu dienen, die Lebensqualität und den Würdeerhalt im Sterben, wie auch im Leben zu erleben. „Ich lerne etwas von der Dringlichkeit der Zeit. Es ist nicht mehr viel Zeit. Der Wert dessen, was jetzt ist, was jetzt möglich ist und jetzt gerade geschieht, wird dafür umso wichtiger.“ (Frör o.J. zit. nach Borasio: 2012: 189)

9. Quellenverzeichnis

Alterszentrum Baumgarten (2013). Leitbild. Kompetenzzentrum Betreuung und Pflege. Bettlach: Alterszentrum Baumgarten.

Amt für soziale Sicherheit (2018). Richtlinien Soziale Organisationen und Sozialversicherungen. Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen. RL-SOV-2018. Amt für soziale Sicherheit Kanton Solothurn. URL: https://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/ddi-aso/13_4_Soziale_Organisationen/Alter_und_Pflege/Richtlinien_Sterbehilfe.pdf [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

Arbeitsgruppe Qualität BS/BL/SO (2004). Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen. In: Schaffert, René/Wahlster, Thomas (Hg.). Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe. Zürich: edition 8. S. 83-115.

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.

Bartsch, Christine (2017). Praxis und Probleme des assistierten Suizids in der Schweiz aus rechtsmedizinischer Sicht. In: Welsh, Caroline/Ostgahte, Christoph/Frewer, Andreas/Bielefeldt, Heiner (Hg.). Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Band 3: Menschenrechte in der Medizin. Bielefeld: transcript Verlag. S. 203-220.

Becker, Stefanie (2014). Komplexe Bedürfnisse und Gestaltungsoptionen. Eine gerontologische Perspektive auf das Sterben. In: George, Wolfgang (Hg.). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Giessen: Psychosozial-Verlag. S. 29-34.

Bethesda/Dialog Ethik (2012). Abschieds- und Sterbekultur. Gestaltung der letzten Lebensphase mit und in Organisationen. Bern: Peter Lang Verlag.

- BFS (2019). Religionszugehörigkeit, 2015-2017. Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Strukturhebung. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.assetdetail.7726966.html> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- BGE. Bundesgerichtsentscheid. (2006). 133 I 58. Auszug aus dem Urteil der II. öffentlichrechtlichen Abteilung i.S. X. gegen Gesundheitsdirektion und Verwaltungsgericht des Kantons Zürich bzw. X. gegen Eidgenössisches Departement des Innern (Verwaltungsgerichtsbeschwerde). 2A.48/2006 / 2A.66/2006 vom 3. November 2006
URL:http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade&lang=de&type=show_document [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- Binder, Judith/von Wartburg, Lea (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: BAG - Bundesamt für Gesundheit.
- Borasio, Gian Domenico (2012). Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 2. Aufl. München: C.H. Beck.
- Borasio, Gian Domenico (2014). Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. München: C.H. Beck.
- Boucein-Keller, Valérie (2015). Angehörige – Gehen lassen. Neutral. Was Angehörige erleben – eine Befragung von Familienangehörigen und engen Freunden. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende - Pro und Contra. 2.Aufl. Zürich: Orell Füssli Verlag. S. 132-139.
- Brotschi, Markus (2018). Ärzte wollen Sterbehilfe nur bei Schwerstkranken leisten. Tagesanzeiger. URL: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/aerztewollen-sterbehilfe-nur-bei-schwerstkranken-leisten/story/23473861> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

Brunner, Andreas (2010). Graubereiche in der Sterbehilfe. In: Petermann, Frank Th. (Hg). Sterbehilfe. Im Fokus der Gesetzgebung. Band 66: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis. Universität St. Gallen. Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis. S. 223-248.

Bundesrat (2011). Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bericht des Bundesrates. Bern: Schweizer Eidgenossenschaft. URL: <https://www.ejpd.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-d.pdf> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

BV. – Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft – 23. September 2018.

CURAVIVA Schweiz (2013). Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für erwachsene Menschen mit Behinderung. Grundlagenpapier. Bern: CURAVIVA Schweiz.

CURAVIVA Schweiz (Hg.). (o.J.). Organisierte Suizidbeihilfe in Alters-, Pflege und Behinderteninstitutionen. URL: <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Beihilfe-zum-Suizid/opwygxZg/PQBbv/> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

Dedica (2015). Richtlinien zum Vorgehen bei Wunsch nach assistiertem Suizid. Ergänzung zur grundsätzlichen Haltung der dedica Betriebe gemäss Beschluss der Mitgliederversammlung vom 12. November 2015. Thun: DedicA.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (2016). Qualitätsmanagement in der sozialen Dienstleistung. Nützlich – lebendig - unterstützend. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim: Beltz Juventa.

Dialog Ethik (2005). Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben! Stellungnahmen und Analysen – Dokumentreihe des Instituts Dialog Ethik. Zürich: Dialog Ethik.

Die Schweizer Bischöfe (2002). Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung. Einsiedeln: Die Schweizer Bischöfe.

- Engel, Kathrin (2014). Sterben in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Aspekte professioneller Pflege und Betreuung. In: George, Wolfgang (Hg.). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Giessen: Psychosozial-Verlag. S. 71-76.
- Erlemeier, Norbert (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer.
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (2015). Berner Nein zur Regelung von Suizidhilfe in Heimen. URL: <https://exit.ch/news/news/details/berner-nein-zur-regelung-von-suizidhilfe-in-heimen/> [Zugriffsdatum: 22. Juni 2019].
- EXIT Deutsche Schweiz (2018). EXIT INFO 2.18. Mitglieder-Magazin. Zürich: EXIT Deutsche Schweiz. 37 Jg. (2).
- EXIT Deutsche Schweiz (2019a). Selbstbestimmung im Leben und im Sterben. Informationen zum Verein. Haupt-Infobroschüre. Zürich: EXIT Deutsche Schweiz.
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (2019b). EXIT hat mehr leidende Menschen begleitet. URL: <https://exit.ch/news/news/details/exit-hat-mehr-leidende-menschen-begleitet/> [Zugriffsdatum: 22. Juni 2019].
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (o.J.a). Was ist eine Freitodbegleitung? URL: <https://exit.ch/freitodbegleitung/was-ist-das/?L=0> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (o.J.b). Für wen kommt eine Begleitung in Frage? URL: <https://exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (o.J.c). Wie läuft eine Freitodbegleitung ab? URL: <https://exit.ch/freitodbegleitung/wie-laeuft-eine-freitodbegleitung-ab/> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- EXIT Deutsche Schweiz (Hg.). (o.J.d). Wir engagieren uns. URL: <https://exit.ch/wofuer-kaempft-exit/engagement/> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

- Eychmüller, Steffen (2014). SENS – eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care. URL: <https://www.palliative-stadt-sg.ch/wp-content/uploads/2015/06/2015-Fachartikel-SENS-S.-Eychm%C3%BCller.pdf> [Zugriffsdatum: 22. Juni 2019].
- FMH (Hg.). (2018). Ärztekammer befürwortet eine partnerschaftliche Tarifrevision. Medienmitteilung. FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. URL: https://www.fmh.ch/files/pdf21/medienmitteilung_aerztekammer_befuerwortet_eine_partnerschaftliche_tarifrevision.pdf [Zugriffsdatum: 17. Mai 2019].
- Gohrbandt, Claudia (2018). Assesment «SENS» in der Palliativversorgung. Handlungshilfe für die Praxis: Spital, Spitex, Langzeitpflege. Gümligen: Palliative Schulung.
- Gohrbandt, Claudia (2019). Flussdiagramm. Assistierter Suizid Umgang in Institutionen. Unveröffentlichtes Dokument. Gümligen: Palliative Schulung.
- Hedinger, Damian (2016). Gesundheitsversorgung am Lebensende. Soziale Ungleichheit in Bezug auf Institutionsaufenthalte und Sterbeorte. Wiesbaden: Springer VS.
- Heller, Andreas (2007). Stationär denken – ambulant handeln. Zeit für eine tief greifende Umorientierung: Von Palliative Care zur Palliativen Kultur. In: Schmid, Christoph (Hg.). Orte des Lebens - Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen. Luzern: CURAVIA Schweiz. S. 87-96.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Aufl. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer.
- Höffe, Otfried (2008). Lexikon der Ethik. 7. Aufl. München: Verlag C.H. Beck.
- Hoppler-Wyss, Josef (2011). Recht im Alter. Ein Leitfaden für Soziale Dienste, Spitex-Organisationen, Institutionen der Beratung, Verwaltungen und Behörden, Einrichtungen in Altersarbeit, Pflege und Betreuung. Zürich: Dike Verlag.
- Junker, Christoph (2012). Inventar der Datensituation über Palliative Care. BFS. Abteilung Gesundheit und Soziales. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.

- Junker, Christoph (2016). Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. In: BFS Aktuell. 14. Gesundheit. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Kliemt, Cathrin/Howe, Jürgen (2014). Suizide im Altenpflegeheim. In: George, Wolfgang (Hg.). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Giessen: Psychosozial-Verlag. S. 143-152.
- Kovacevic, Anita/Bartsch, Christine (2017). Suizidbeihilfe in der Schweiz. In: Sozialpolitik.ch. 2. Jg. (1). S. 1-11.
URL:https://www.sozialpolitik.ch/fileadmin/user_upload/2017_1_Kovacevic_Bartsch_final.pdf [Zugriffsdatum: 22. Juni 2019].
- Lädrach, Ursula/Schweingruber, Ruth (2004). Pflegequalität sichtbar machen – die Messmethode Q. In: Schaffert, René/Wahlster, Thomas (Hg.). Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe. Zürich: edition 8. S. 71-82.
- Laufmann, Karl-Josef (2014). Vorwort. In: George, Wolfgang (Hg.). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Giessen: Psychosozial-Verlag. S. 9-11.
- Leistungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017). Einleitung: Das Lebensende als gesellschaftliche Herausforderung. In: Leistungsgruppe des NFP 67 (Hg.). Synthesebericht NFP 67 - Nationales Forschungsprogramm 67. Bern: Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.
- Mathwig, Frank (2007). Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive. SEK Position 9. Bern: Verlag Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund.
- Mayer, Petra (2011). Die Rolle des Therapeuten und Begleiters. In: Huber, Gudrun/Casagrande, Christina (Hg.). Komplementäre Sterbebegleitung. Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien. Stuttgart: Haug Verlag. S. 34-46.

- Meier, Kurt (2014). Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Alters- und Pflegezentren. In: intercura. Assistierter Suizid. 34 Jg. (4). S. 2-3.
- Merchel, Joachim (2015). Evaluation in der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Moser, Urs (2018). Das Verbot der Sterbehilfe in Solothurner Pflegeheimen wird aufgehoben. Freitod-Begleitung. In: az Solothurner Zeitung. URL: <https://www.solothurnerzeitung.ch/solothurn/kanton-solothurn/das-verbot-der-sterbehilfe-in-solothurner-pflegeheimen-wird-aufgehoben-132287817> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- NEK-CNE (2005). «Beihilfe zum Suizid». Stellungnahme Nr.9/2005. Bern: NEK-CNE - Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin.
- NEK-CNE (2006). Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme NR. 13/2006. Bern: NEK-CNE - Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin.
- Oberholzer, Daniel (2009). Bedeutung der Funktionalen Gesundheit für die Qualitätsentwicklung professioneller Dienstleistungen. In: INSOS Schweiz (Hg.). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern: INSOS Schweiz. S. 48-57.
- Ostgathe, Christoph/Galushko, Maren/Voltz, Raymond (2010). Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung In: Frewer, Andreas/Bruns, Florian/Rascher, Wolfgang (Hg.). Hoffnung und Verantwortung. Herausforderungen für die Medizin. Band 3: Jahrbuch Ethik in der Klinik. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 247-256.
- Pankofer, Sabine (2014). Soziale Arbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In: Wasner, Maria/Pankofer, Sabine (Hg.). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Band 11: Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer. S. 21-31.

- Pleschberger, Sabine (2005). Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. In: Heimerl, Katharina/Heller, Andreas/Husebø, Stein/Kojer, Marina/Metz, Christian (Hg.). Band 13: Palliative Care und OrganisationsEthik. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Pro Senectute (2013). Positionspapier Beihilfe zum Suizid im Alter. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Rüegger, Heinz (2003). Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Rüegger, Heinz (2010). Zum Stellenwert von Selbstbestimmung am Lebensende. Autonomie im Blick auf pflegebedürftige Hochbetagte und Sterbende. In: Burbach, Christiane (Hg.). ... bis an die Grenze. Hospizarbeit und Palliative Care. Edition Wege zum Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 59-92.
- Rüegger, Heinz (2013). Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen. Bern: CURAVIVA Schweiz.
- SAMW (2013). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizin-ethische Richtlinien. 6.Aufl. Basel: SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- SAMW (2018). Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien. Basel: SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- SBK (2005). Ethische Standpunkte 1. Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags. Bern: SBK - Schweizerische Berufsverband der Pflegefachrauen und Pflegefachmänner.
- Schmid, Christoph (2016). Palliative Care. Kompetenzen – Aus- und Weiterbildung. Bern: CURAVIVA Schweiz.
- Schwarz, Mira (2015). Ethische Entscheidungsfindung im Diskurs der Sterbe- und Suizidhilfe. Position und Rolle der Sozialen Arbeit. Bachelor Thesis. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Studium in Sozialer Arbeit. Basel.

- Schwarzenegger, Christian (2007). Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod. Wissenschaften. In: Schweizerische Ärztezeitung. 88. Jg. (19). S. 843-846.
- Send, Eric (2019). Der Anfang vom Ende.... Palliative Care. In: Solothurner Spitäler AG (Hg.). Thema. Lebenszyklus. Vom Anfang bis zum Ende. Und dazwischen? Gesundheitsinformation Solothurner Spitäler. 1. Jg. (1). S. 26-31.
- Stadtrat Zürich (Hg.). (2000). Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich vom 25.10.00. 1778. Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements. URL: <https://www.curaviva.ch/files/CFGB2AA/Protokollauszug-Stadtrat-Zuerich-2001.pdf> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- StGB. - Schweizerisches Strafgesetzbuch - 01. März 2019.
- Strebel, Dominique (2011). «Das geltende Recht genügt». Beobachter Online. URL: <https://www.beobachter.ch/gesetze-recht/sterbehilfe-das-geltende-recht-genugt> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].
- Student, Johann-Christoph/Mühlum, Albert/Student, Ute (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. In: Hormfeldt, Hans-Günther/Mühlum, Albert (Hg.). Band 4: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Thole, Werner (2012). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. S. 19-70.
- Thommen, Jean-Paul (2015). Glaubwürdigkeit im Stakeholder-Management. 3. Aufl. Zürich: Versus Verlag.
- Tiedtcke, Johanna M./Lang, Frieder R. (2014). Psychosoziale Bedingungen des Sterbens in Pflegeeinrichtungen. Gerontopsychologische Überlegungen und Ansätze. In: George, Wolfgang (Hg.). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Giessen: Psychosozial-Verlag. S. 21-28.

von Spiegel, Hiltrud (2018). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Walther, Helmut (2016). Selbstverantwortung – Selbstbestimmung – Selbstständigkeit. Bausteine für eine veränderte Sichtweise von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Hähner, Ulrich/Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/Walther, Helmut (Hg.). Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Handreichung zur Leitidee der Selbstbestimmung. 9. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 61–88.

Welsh, Caroline (2017). Autonomie und Menschenrechtsschutz am Lebensende. Eine Einführung. In: Welsh, Caroline/Ostgahte, Christoph/Frewer, Andreas/Bielefeldt, Heiner (Hg.). Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Band 3: Menschenrechte in der Medizin. Bielefeld: transcript Verlag. S. 7-24.

Wetz, Franz Josef (1998). Die Würde der Menschen ist antastbar. Eine Provokation. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wichmann, Cornelia/Becker-Ebel, Jochen/Wilkening, Karin (2014). Pflegeheime. In: Wasner, Maria/Pankofer, Sabine (Hg.). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Band 11: Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer. S. 107-115.

Wiler, Jürg (2019). Sterbehilfe: Die Zahlen sprechen für die Seriosität der Organisationen. Standpunkt. SWI swissinfo.ch.

URL: https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/standpunkt_sterbehilfe--die-zahlen-sprechen-fuer-die-seriositaet-der-organisationen/44668962 [Zugriffsdatum: 26. Mai 2019].

ZGB. - Schweizerisches Zivilgesetzbuch – 01. Januar 2019.

Zimmermann, Markus/Felder, Stefan/Streckeisen, Ursula/Tag, Brigitte (2019). Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven. Basel: Schwabe Verlag.

Zimmermann-Acklin, Markus (2007). Die Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte bei der Begleitung Sterbender – Überlegungen zur Sterbehilfe in der Schweiz. In: Menschenrechte und Menschenwürde. Bulletin. Forch: Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden. 33. Jg. (3/4). S. 21-25.

Anhang

Wirkungsabsichten/Wirkungsorientierung

Strukturqualität: Aufgezählte Punkte resultierten durch die Zusammenarbeit mit dem Alterszentrum Baumgarten:	Prozessqualität:	Erlebnisqualität: (vgl. Oberholzer 2009: 56):
Genügend Ressourcen für Fallbesprechungen und Gespräche mit der sterbewilligen Person.	Bei Anwendung des SENS-Modells an festgehaltenen Werten orientieren (resultierte durch Zusammenarbeit mit Alterszentrum Baumgarten).	Erhalt/Verbesserung der Selbstverantwortung.
Die Ausstattung (Fachwissen und Kapazität) ist ausreichend, um auf Wünsche der sterbewilligen Person einzugehen.	Menschen respektieren und achten. Würde ist unantastbar, wird in allen Lebensbereichen gewährt (vgl. Alterszentrum Baumgarten 2013: 1f.).	Erhalt/Verbesserung der Selbstleitung.
Fallbesprechungen im Team werden nach dem SENS-Modell strukturiert.	Entstehung von Vertrauen, Wertschätzung und Sicherheit (vgl. ebd.).	Erhalt/Verbesserung der Selbstständigkeit.
Kommunikation und Koordination bzgl. assistiertem Suizid läuft über die Pflegeleitung des Alterszentrums.	Fördern der Lebensqualität und der sozialen Kontakte (vgl. ebd.).	Angemessener Einbezug der gesundheitlichen Situation.
Mitarbeitende tragen keine Mitverantwortung bei Durchführung des assistierten Suizids.	In Zusammenarbeit mit Fachkräften Leiden lindern und Lebensqualität bis zu Letzt ermöglichen (vgl. ebd.).	
Räume für Gespräche und die nötigen Ausstattungen (ausgenommen medizinische Materialien wie Medikamente) zur Verfügung stellen.	Letzte Lebensphase wird gemeinsam und nach den Wertvorstellungen und Bedürfnissen der Bewohnenden gestaltet (vgl. ebd.).	

Tabelle 14: Wirkungsabsichten/Wirkungsorientierung (eigene Darstellung)

SENS-Modell

Symptomerfassung		
Lebensbereichsdimensionen	Mögliche Fragen	Werteorientierung anhand des Leitbildes des Alterszentrums Baumgarten
Körperliche Symptome	Was verursacht das grösste Leid bei der sterbewilligen Person?	1. Unterstützung bis zum Lebensende anbieten. 2. Medizinische Behandlungen und pflegerische Interventionen sowie soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Unterstützung anbieten. Bekämpfen der Krankheit ist nicht mehr das Ziel, sondern das bestmögliche Leben mit ihr. 3. Orientieren an den Ressourcen der Bewohnenden. 4. Wir unterstützen, betreuen und pflegen Bewohnende mit Respekt, Wertschätzung und Professionalität (vgl. Alterszentrum Baumgarten 2013: 1-2).
Psychische Symptome	Gibt es Möglichkeiten zur Behandlung der genannten Symptome?	
Soziale Symptome	Sind Ressourcen für die Bewältigung der Symptome vorhanden?	
Spirituelle Symptome	Soll die sterbewillige Person zum Umgang mit den Symptomen befähigt werden?	

Tabelle 15: SENS-Modell. Symptomerfassung (in Anlehnung an: Gohrbandt 2018: o.S.)

Entscheidungsfindung		
Lebensbereichsdimensionen	Mögliche Fragen	Werteorientierung anhand des Leitbildes des Alterszentrums Baumgarten
Entscheidungsfindung	<p>Wurde eine Patientenverfügung erstellt?</p> <p>Bestehen Zweifel an den Voraussetzungen für den assistierten Suizid?</p> <p>Aufzeigen von Alternativen zum assistierten Suizid?</p> <p>Gestaltung der Unterstützung beim assistierten Suizid?</p>	<p>1. Wir achten individuelle Bedürfnisse und gehen auf Gewohnheiten der Einzelnen in allen Lebensbereichen ein.</p> <p>2. Recht der Bewohnenden, ihre Gewohnheiten, ihre Selbständigkeit und ihre Eigenständigkeit in allen persönlichen Belangen nach Möglichkeit zu leben.</p>
Planung des Lebensendes	<p>Ziele und Prioritäten (bis zum assistierten Suizid)?</p> <p>Umstände, unter denen der assistierte Suizid durchgeführt werden soll?</p> <p>Relevante Aspekte aus der Biografie, die berücksichtigt werden können?</p>	<p>3. Letzte Lebensphase wird gemeinsam und nach den Wertvorstellungen und Bedürfnissen der Bewohnenden gestaltet.</p> <p>4. Sinnvolle und bedürfnisgerechte Angebote sind uns wichtig. Die nötigen Mittel dazu werden zur Verfügung gestellt (vgl. Alterszentrum Baumgarten 2013: 1-2).</p>

Tabelle 16: SENS-Modell. Entscheidungsfindung (in Anlehnung an: Gohrbandt 2018: o.S.)

Netzwerk-Organisation		
Lebensbereichsdimensionen	Mögliche Fragen	Werteorientierung anhand des Leitbildes des Alterszentrums Baumgarten
Kooperation mit Freitodbegleitperson	Wie gestaltet sich die Kooperation?	<p>1. Bei Zusammenarbeit mit Angehörigen und Zugehörigen orientieren wir uns an den Bedürfnissen, den Interessen und den Wünschen der Bewohner/-innen.</p> <p>2. Bewohnende stehen im Mittelpunkt aller Bestrebungen.</p> <p>3. In Zusammenarbeit mit weiteren Fachkräften Leiden lindern und Lebensqualität bis zu Letzt ermöglichen.</p> <p>4. Übergreifende Zusammenarbeit zwischen versch. Bereichen fördern wir mit geeigneten Sitzungen und Informationsgefässen.</p> <p>5. Es wird Wert gelegt auf guten Kontakt und sinnvolle Zusammenarbeit mit allen Betreuungsangeboten und Vernetzung geschieht, wo sie sinnvoll erscheint (vgl. Alterszentrum Baumgarten 2013: 1-4).</p>
Kooperation im Team	Abweichung sonstige Pflegesituation? Gespräche im Team?	
Pflegepersonen mit Migrationshintergrund?	Spezielle Handhabung?	
Kooperation mit Familie / Freunden / Mitbewohnenden	Gestaltung Einbezug (gemäss dem Wunsch der sterbewilligen Person für oder gegen Einbezug)? Zeitpunkt der Kontaktaufnahme?	
Wohnsituation	Anpassung im Zimmer? Wann und wo erfolgt assistierter Suizid? Abweichung vom Alltag?	
Hausärztin/Hausarzt?	Gestaltung der Kooperation?	
Ausbildung Personal?	Anforderung an Ausbildung? Ausreichend vorhanden?	
Weitere Angestellte im Heim?	Einbezug, Aufgaben, Anforderungen?	
Stiftungsrat, Heimleitung Seelsorgende Freiwillige etc.?	Rollen, Aufgaben, Einbezug?	

Tabelle 17: SENS-Modell. Netzwerk-Organisation (in Anlehnung an: Gohrbandt 2018: o.S.)

Support		
Lebensbereichsdimensionen	Mögliche Fragen	Werteorientierung anhand des Leitbildes des Alterszentrums Baumgarten
Familie	Begleitung / Einbezug / Rituale / Trauerprozess?	1. Atmosphäre von Akzeptanz und gegenseitige Rücksichtnahme 2. Bei Zusammenarbeit mit Angehörigen und Zugehörigen orientieren wir uns an den Bedürfnissen, den Interessen und den Wünschen der Bewohner/-innen. 3. Regelmässige Kontaktpflege mit Angehörigen und Einbezug auf freiwilliger Basis und gemäss ihren Wünschen in der Betreuung und Pflege. 4. Die Begegnung mit Angehörigen und Zugehörigen ist konstruktiv und partnerschaftlich (vgl. Alterszentrum Baumgarten 2013: 1-4).
Freunde	Begleitung / Einbezug / Rituale / Trauerprozess?	
Mitbewohnende	Begleitung / Einbezug / Rituale / Trauerprozess?	
Team/Institution	Benötigen von Unterstützung? Befreiung von Verantwortung?	
Freiwillige	Begleitung / Einbezug?	
Weitere Professionelle?	Begleitung / Einbezug?	

Tabelle 18: SENS-Modell. Support (in Anlehnung an: Gohrbandt 2018: o.S.)

1. Interview

Zusammenfassung des Interviews mit Frau Ursula Vogt.

Funktion/Rolle: Freitodbegleiterin bei EXIT Deutsche Schweiz.

Interview durchgeführt und Zusammenfassung erstellt von Matteo Rossier.

Interview durchgeführt am 25.02.2019.

Gründe für jährliche Zunahme: Die Zunahme des assistierten Suizids widerspiegelt die Zunahme der Mitgliederzahlen bei EXIT Deutsche Schweiz. Zudem steigert sich der Bedarf kontinuierlich durch die Zunahme der Selbstbestimmung in der Bevölkerung und dadurch, dass diese älter wird. In den letzten Jahren nahm die Anzahl der Anfragen von Nichtmitgliedern für eine Freitodbegleitung deutlich zu. Dies führte zum Stopp für die Durchführung bei Neumitgliedern, da bei einem Engpass langjährige Mitglieder Vorrang haben und zunächst geprüft wird, ob ein konstanter und wohlwogener Sterbewunsch vorliegt.

Kosten: Für Personen, die sich kurzfristig für den assistierten Suizid entscheiden: Lebenslanger Mitgliederbeitrag (Fr. 1'100.--) + Zuschlag (Fr. 2600.--). Personen, die drei Jahre lang Mitglied sind (Fr. 45.-- Jahresbeitrag), zahlen keinen Aufpreis bei der Inanspruchnahme, da durch den verankerten Solidaritätsgedanken die Kosten durch alle Mitgliederbeiträge finanziert werden. Wenn Nichtmitglieder nur über Ergänzungsleistungen verfügen, kann auch nur ein symbolischer Beitrag für die Durchführung erhoben werden.

Gesetzliche Grundlagen: Beschränken sich auf Art 115 StGB. Neben diesen haben die Richtlinien von EXIT und das Standesrecht von Ärztinnen und Ärzten einen grossen Einfluss auf die Ausgestaltung der Praxis. Solange ein Rezept benötigt wird, muss ein Arzt involviert sein. Die Ausgestaltung der Praxis entstand durch den Kontakt zwischen EXIT und den Behörden (vor allem Behörden aus Zürich). Die dabei getroffenen Abmachungen waren wegweisend für die ganze Schweiz.

Durchführung durch Sterbehilfeorganisation: Ärztin oder Arzt können assistierten Suizid durchführen, machen dies jedoch i.d.R. nicht, da es dem Berufsethos widerspricht. Deshalb überlassen sie dies den Sterbehilfeorganisationen.

Ablauf am Tag der Freitodbegleitung: In der Freitoderklärung wird festgehalten, dass die sterbewillige Person an diesem Tag mit Hilfe von EXIT ihr Leben beenden möchte. Zudem werden die anwesenden Zeugen aufgelistet. Dieses Dokument geht zu den Akten, die bereits für die Staatsanwaltschaft vorbereitet sind. Dazu gehören das Personalienblatt, die Arztzeugnisse, die Kopie des Rezepts und die Freitoderklärung. Eine weitere Mappe wird für den Amtsarzt bereitgelegt, der den offiziellen Tod feststellt. Eine weitere anwesende

Drittperson muss die Identifikation der sterbewilligen Person bestätigen. Zudem wirkt sie als Zeuge, indem sie bestätigt, dass die Tatherrschaft bei der sterbewilligen Person vorlag. Bei der anschliessenden Untersuchung prüft eine Ärztin oder ein Arzt, ob Anzeichen von äusserer Gewalteinwirkung erkennbar sind (auch ob die Tatherrschaft der verstorbenen Person zugeordnet werden kann). Anschliessend wird mit der Staatsanwaltschaft der Vorfall besprochen (je nach Kanton ist dabei die Polizei, die Ärztin / der Arzt oder die Staatsanwaltschaft anwesend). Anschliessend wird die Bestatterin oder der Bestatter aufgebeten und der Tatort wird freigegeben. EXIT ist zufrieden mit der derzeitigen Handhabung.

Zeitliche Dauer: Die Zeitdauer zwischen dem Zeitpunkt, ab dem eine Person EXIT ihren Wunsch nach assistiertem Suizid mitteilt, bis zu dessen Durchführung ist sehr individuell. Auch ist nicht garantiert, dass der assistierte Suizid tatsächlich durchgeführt wird. Oft bringt bereits die Vorbereitung auf den assistierten Suizid und das Wissen über dessen Möglichkeit zu verfügen, eine gewisse psychische Entspannung mit sich. Dadurch wirkt der assistierte Suizid auch als Suizidprävention. Zudem teilen gewisse Personen mit, dass, falls sie nicht über diese Möglichkeit verfügen, sie sich auf eine andere Weise das Leben nehmen würden.

Kriterien

Urteilsfähigkeit: Diese muss bei der Rezeptausstellung im Hinblick auf die bestimmte Tätigkeit des assistierten Suizids von der Ärztin oder dem Arzt bestätigt werden. Die Freitodbegleitperson überprüft bei der Durchführung des assistierten Suizids mittels mehrmaliger Nachfragen und dem Unterzeichnen lassen der Freitoderklärung deren Vorhandensein. Wenn Zweifel bestehen, wird der Vorgang abgebrochen. Bei Demenz und psychischer Diagnose muss zusätzlich die Urteilsfähigkeit von einem Psychiater bestätigt werden. Bei Vorliegen einer psychischen Diagnose wird zusätzlich ein psychiatrisches Gutachten nötig für die Bestätigung, dass die sterbewillige Person sich nicht in einer akuten Phase befindet. Eine bestätigte Urteilsfähigkeit von Seiten des Arztes ist für 6 Monate gültig. Als Ausnahme gilt der Kanton Bern, wo die Bestätigung nur 30 Tage gültig ist. Diese Dauer gilt zudem schweizweit bei Vorliegen einer Demenz oder psychischen Erkrankung.

Wohlerwogenheit: Diese zeigt sich dadurch, dass die sterbewillige Person seit längerem bei EXIT Mitglied ist und nun in die Situation geraten ist, dass sie eine Freitodbegleitung in Anspruch nehmen möchte. Daher ist es z.T. problematisch, wenn Personen erst seit kurzem Mitglied sind. Dabei wird auch berücksichtigt, ob der Wunsch bereits vor längerer Zeit mit einer Ärztin oder einem Arzt thematisiert wurde.

Konstanz: In Gesprächen wird geklärt, wie lange der Wunsch bereits besteht. Zudem wird thematisiert, ob zwischen dem Erstgespräch und der Begleitung bei der Freitodbegleitperson Zweifel aufkommen. Wie bei der Wohlerwogenheit wird zudem darauf geachtet, was eine Ärztin oder ein Arzt notiert hat.

Ohne Äusseren Druck (Autonomie): Falls bei der Freitodbegleitperson bzgl. diesem Kriterium Zweifel entstehen, wird dies mit den involvierten Personen thematisiert.

Weitere Sorgfaltskriterien von EXIT: Die Hoffnungslosigkeit einer Prognose ist für Aussenstehende noch fassbar. Unerträgliche Beschwerden und unzumutbare Behinderung kann jedoch nur von einer Person selbst beurteilt werden. Deren Vorhandensein muss im Gespräch thematisiert werden.

Assistierter Suizid in Alters- und Pflegeheimen: Wenn Altersheime den assistierten Suizid erlauben, wenden sie sich i.d.R. an EXIT, um Informationen zu erhalten. EXIT bietet auch Weiterbildungen und Kurse an. Dabei wird bspw. der Ablauf einer Freitodbegleitung erklärt. Oft sorgt sich die Heimleitung bspw. um das Personal, da gewisse Personen glaubensbedingt z.T. Schwierigkeiten haben, den Wunsch nach assistiertem Suizid nachzuvollziehen. Schulungen können sich darauf positiv auswirken. Oft sind z.T. Heime der Meinung, dass, falls sie den assistierten Suizid erlauben, der Wunsch plötzlich von vielen Bewohnenden geäußert wird. Dies entspricht jedoch nicht der Erfahrung von Frau Vogt bei Heimen, die den assistierten Suizid zulassen. Ausschlaggebend, dass sich ein Heim für die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen entscheidet, ist oft, dass verstanden wurde, dass mittels einem Verbot Personen nicht daran gehindert werden, sich das Leben zu nehmen (auch in anderer Form).

Ablauf in Altersheim/Pflegeheim: Dieser wird z.T. eingeschränkt durch bestehende Regeln im Heim. Muss eine Person bspw. bereits eine gewisse Zeit im Heim gelebt haben? Sobald das Heim über den Wunsch von Seiten der sterbewilligen Person informiert ist, stellt sich die Freitodbegleitperson im Heim vor. Dies auch, um sich zu versichern, dass das Heim informiert ist. Dabei stellt sich auch die Frage, wie mit der Information bzgl. des assistierten Suizids umgegangen wird. Sterbewillige sind z.T. auch sehr kommunikationsfreudig bzgl. des Mitteilens ihres Vorhabens. Für den Zeitraum zwischen der Wunschäußerung und der Durchführung des assistierten Suizids wünschen sich Personen z.T., dass dieser Zeitraum wie gewohnt ablaufen soll.

Einbezug Umfeld: Während den Vorbereitungen auf den assistierten Suizid wird darauf geachtet, dass die Familie einbezogen wird. Sterbewillige Personen haben oft Angst davor, was Angehörige denken. Wenn jedoch Angehörige den Wunsch nach assistiertem Suizid

ablehnen, dann steht der Wunsch der sterbewilligen Person an erster Stelle. Gespräche mit Angehörigen dienen auch der sterbewilligen Person zur Orientierung. Zweifel von Seiten der Angehörigen können sich durch gemeinsame Gespräche und indem EXIT ein Gesicht erhält reduzieren. Der Einbezug von Angehörigen ist zudem von Bedeutung, weil die Nachkommen der verstorbenen Person nach dem Tod darüber informiert werden, dass sie ungewöhnlich verstorben ist. Falls das Verhältnis gut war, kann dies für die Kinder erschreckend sein. Deshalb fordert die Freitodbegleiterin, dass die sterbewillige Person ein Schreiben verfassen muss, das festhält, warum die Kinder nicht informiert wurden. Zudem ermöglicht die Freitodbegleitperson den Angehörigen, dass diese sich nach der Durchführung des assistierten Suizids mit ihr in Kontakt setzen können (falls sie über etwas sprechen möchten).

Bedürfnis von sterbewilligen Personen: Diese sind sehr unterschiedlich. Es gibt Personen, die sich im Vorfeld häufig melden, während andere sich nicht melden. Falls die sterbewilligen Personen sich nach der Gestaltung des Ablaufs der Begleitung erkundigen, lautet die Antwort der Freitodbegleitperson, dass sich die sterbewillige Person wohl fühlen soll (Musik, Kerzen, Dekoration). Oft spielen dabei auch Rituale eine wichtige Rolle.

Organisationen in der Schweiz: Die weiteren Organisationen in der Schweiz, die den assistierten Suizid anbieten, orientieren sich zum grossen Teil an EXIT. Ein Unterschied besteht darin, ob auch ausländische Personen begleitet und ob Personen beim assistierten Suizid gefilmt werden (zu Dokumentationszwecken für die Bestätigung der Urteilsfähigkeit und Tatherrschaft). EXIT filmt nicht, da es sich um einen sehr intimen Moment handelt.

Palliative Therapie: Diese wird als Alternative zum assistierten Suizid z.T. in Anspruch genommen. Für viele Mitglieder von EXIT kommt jedoch das Sterben im Hospiz nicht in Frage. Wenn die palliative Therapie zu Hause erfolgen kann, wird diese auch häufiger in Anspruch genommen, als wenn die Betroffenen dafür in eine Palliativstation oder in ein Hospiz gehen müssen. Personen möchten oft zuhause bleiben und selbstbestimmt sterben. Palliativpflege schliesst jedoch den assistierten Suizid nicht aus. Die Freitodbegleitung empfiehlt, den palliativen Weg zu gehen, da weiterhin die Möglichkeit eines assistierten Suizids bestehen bleibt.

Konflikt SMAW und FMH: Trotz bestehendem Konflikt können Menschen dennoch begleitet werden, wenn sie bspw. polymorbid und lebenssatt sind.

Verständnis von Würde: Dieses ist je nach Person unterschiedlich und dies gilt es zu respektieren.

Beratung: Die sterbewillige Person erhält diese vor allem bei EXIT. Ärztinnen und Ärzte haben oft keine Zeit, mit den Personen über den assistierten Suizid zu sprechen. Beratung bezieht sich auch auf die Erklärung der Rechtslage, bspw., dass ein ärztliches Zeugnis vorliegen muss. Falls die Hausärztin oder der Hausarzt dies verweigert, wird ein Wechsel fokussiert. Jedoch benötigt ein solcher Wechsel ebenfalls Zeit, da dokumentiert werden muss, dass die Ärztin oder der Arzt die sterbewillige Person mehrere Male gesehen hat und der Wunsch seit längerem besteht.

Falls kein Sterbeort zur Verfügung steht: EXIT verfügt über ein Sterbezimmer in Basel. Jedoch sind in diesem Zimmer nur 8 Begleitungen pro Jahr und nur nachts möglich (dies wurde mit der Bevölkerung, die in der Umgebung lebt, vereinbart). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass ein Zimmer bei EXIT International in Bern gemietet wird. Dies kostet jedoch CHF 500.-- und dabei muss ein bestimmter Bestatter ausgewählt werden. Die Situation ist nicht befriedigend, jedoch findet sich derzeit kein anderes Sterbezimmer.

2. Interview

Zusammenfassung des Interviews mit Frau Claudia Gohrbandt.

Funktion/Rolle: Gibt Kurse und Schulungen zum SENS-Modell

Interview durchgeführt und Zusammenfassung erstellt von Matteo Rossier.

Interview durchgeführt am 14.03.2019

Aufbau: Zu den einzelnen Bereichen des Modells können jeweils Fragen gestellt werden. Die Ausgangsfrage besteht darin, worunter die Person derzeit am meisten leidet.

1. Symptomerfassung: Belastende Symptome werden erfasst und auf die 4 Dimensionen übertragen (körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimension). Durch die Berücksichtigung dieser vier Bereiche wird ein Mensch in seiner Ganzheit wahrgenommen.

2. Entscheidungsfindung: Diese bezieht sich auch darauf, wie selbstbestimmt eine Person aus dem Leben scheidet. Die Entscheidungsfindung bezieht sich zudem darauf, was die Person in der End-of-Life Planung noch erledigen oder erleben möchte.

3. Netzwerk-Organisation und 4. Support: In diesen Bereichen werden die involvierten Personen berücksichtigt, bspw. wie die gemeinsame Betreuung organisiert wird und der Einbezug des interprofessionellen Teams geregelt wird und dass bei Bedarf externe Fachleute beigezogen werden können. Der Wechsel zwischen Netzwerk und Support findet z.T. fließend statt. Die Netzwerk-Organisation fokussiert die Gestaltung der Zusammenarbeit und der Support die Unterstützung der involvierten Personen (neben der sterbewilligen Person). Eine klare Abgrenzung zu den einzelnen Bereichen ist kaum oder nicht immer möglich.

Es handelt sich um ein strukturiertes systematisches Modell und die Berücksichtigung der 4 Bereiche (SENS) stellt sicher, dass nichts vergessen geht.

Integration des Modells: Die Wertvorstellung (Haltung) eines Heims spielt dabei eine wichtige Rolle. Das Modell stammt aus der Palliative Care. Bei der Anwendung ist es auch relevant, dass die Grundhaltung bei den Mitarbeitenden im Einklang mit der Palliative Care steht. Zudem kommt mit einer Zunahme der Palliativversorgung auch das SENS-Modell zunehmend in die Praxis. Deshalb sollte sich auch die Langzeitpflege mit dem SENS-Modell auseinandersetzen, das zum jetzigen Zeitpunkt vorwiegend in der spezialisierten Palliativversorgung angewendet wird.

Anpassung auf ein Altersheim: Es finden Schulungen zum SENS-Modell statt. Die Heime erhalten dabei einen grossen Spielraum, wie das Modell integriert wird.

Werteorientierung: Wichtig bei der Integration des SENS-Modells ist, dass überprüft wird, welches die Leitmotive eines Heims sind. Die Werte im Leitbild sollten sich auch bei der Anwendung des SENS-Modells wiederfinden (als Orientierung).

Fallbesprechung: Diese wird hauptsächlich im interprofessionellen Team durchgeführt. Sie kommt den Bewohnenden (die im Zentrum der Fallbesprechung stehen) und ihren Angehörigen zugute, indem das Team gestärkt wird und einheitlich vorgeht. Zudem können Überlegungen getroffen werden, wie mit der vorliegenden Situation umgegangen werden soll und welche Handlungen/Massnahmen in Frage kommen können. Anschliessend können die jeweiligen Bewohnenden darüber informiert werden, dass eine Fallbesprechung stattfand. Das Modell dient zudem der Selbstpflege und der Psychohygiene des Teams und ermöglicht eine Reflexion und Evaluation der Situation.

SENS-Modell falls assistierter Suizid im Heim erlaubt ist: Dabei stellen sich gemäss Frau Gohrbandt folgende Fragen: Wie geht ein Heim mit der betroffenen Person bis zur Durchführung des assistierten Suizids um. Wird sie Palliativ begleitet? Welche Unterstützung benötigen die An- und Zugehörigen? Wie gehen Angestellte des Heims mit der Belastung um und bestehen Möglichkeiten der Abgrenzung? So kann bei Angestellten mit Migrationshintergrund z.T. das Verständnis für den Wunsch fehlen.

Rückmeldung zur methodischen Gestaltung der vorliegenden Arbeit: 1. Netzwerkkarte: Sehr geeignet, um Involvierte darzustellen. 2. SENS-Modell: Zuordnung der Fragen zu den einzelnen Bereichen ist korrekt. Zudem ist es bei deren Auswahl möglich, sich von den Werten leiten zu lassen. Es muss jedoch stets geprüft werden, welche der aufgelisteten Fragen für die Situation geeignet sind und was für die sterbewillige Person eine Belastung darstellen könnte. Von Bedeutung ist die individuelle Begleitung der sterbewilligen Person.

Palliative Care: Im Zusammenhang mit dem Modell stellt sich ebenfalls die Frage, wie die Palliativversorgung aufgegleist ist. Dadurch kann bspw. bei der Entscheidungsfindung ebenfalls ein gewisser Spielraum entstehen bzgl. der spezialisierten Palliativversorgung mit der Option einer Palliativen Sedierung. Persönliche Vision von Claudia Gohrbandt: Beim assistierten Suizid soll auch ein palliatives Gutachten berücksichtigt werden. Damit kann genauer betrachtet werden, welche Möglichkeiten noch bestehen, ohne dass die Person an der Handlung des assistierten Suizids gehindert werden muss. Dadurch würde sichergestellt werden, dass alles was möglich ist für ein natürliches Lebensende der sterbewilligen Person angeboten wurde.

3. Interview

Zusammenfassung des Interviews mit Frau Linda Gotsmann

Funktion/Rolle: Leitung Pflege und Betreuung des Gustav-Benz-Haus in Basel, in welchem das SENS-Modell angewendet wird.

Interview durchgeführt und Zusammenfassung erstellt von Matteo Rossier.

Interview durchgeführt am 14.02.2019

Einleitung: Die Integration des SENS-Modells fand im Jahr 2017 statt. Der assistierte Suizid ist nicht erlaubt. Obwohl bereits Bewohner/-innen ins Heim kamen, die bei EXIT Mitglied waren, wurde der Wunsch nach assistiertem Suizid nie geäußert.

Integration des Modells: Die Einführung fand durch die Schulung von Frau Gohrbandt (siehe Interview 2) statt. Der Grund für die Schulung bestand darin, dass im Jahre 2017 die Leitung beschloss, dass der Schwerpunkt auf Palliativ Care gelegt wird.

Umsetzung: Gewisse Aspekte konnten innerhalb kurzer Zeit umgesetzt werden (Fallbesprechung nach SENS-Modell). Gewisse Themen benötigen jedoch eine längere Zeit (bspw. bauliche Themen, Anpassung medizinischer Einrichtungen und deren Anwendung). Für die Umsetzung wurde eine Folgegruppe gebildet.

Spezifische Auswirkungen des SENS-Modell:

1. Anwendung: Die Fallbesprechung im Team wird nach dem SENS-Modell gegliedert. Die Bezugspersonen können entscheiden, bei welchen Bewohnenden eine Besprechung durchgeführt werden soll. Die Besprechung findet innert kurzer Zeit statt, dennoch geschieht dies umfassender als bei den bisherigen Modellen. Rückmeldungen des Teams sind sehr positiv. Bei Besprechungen resultieren zudem konkrete Massnahmen, welchen nachgegangen werden kann.

Vorgehensweise: Die Bezugsperson bereitet sich auf die Fallbesprechung vor und fasst die Situation zusammen. Zudem wird der Blick auf die Ressourcen der Person gelegt. Die Besprechung mittels dem SENS-Modell ermöglicht eine klare und strukturierte Vorgehensweise und eine rasche Zuordnung,

Weitere Auswirkungen: Durch die Auseinandersetzung mit der Entscheidungsfindung wird auch die Biographiearbeit berücksichtigt (innerhalb dem End of Life). Die Einstufung der Pflegestufe findet nach dem SENS-Modell statt. Zudem wurde während der Schulung bei gewissen Punkten ein Änderungsbedarf erkannt. Ein Mangel auf der spirituellen Ebene führte bspw. zur Festanstellung einer Pfarrerin zu einem Pensum von 20%. Dadurch geht die

Pfarrerin nun aktiv auf Personen zu, hat für Bewohnende mehr Zeit zur Verfügung und organisiert mit anderen Konfessionen religiöse Rituale.

Zu Bereichen des SENS-Modells:

Symptomerfassung: Alle vier Dimensionen werden dabei berücksichtigt (körperliche, psychische, soziale, spirituelle Dimension). Psychische und kognitive Einschränkungen werden innerhalb der gleichen Dimension berücksichtigt

Entscheidungsfindung: Was Personen wollen ist z.T. abhängig von ihrer Biografie, welche berücksichtigt wird. Die Entscheidungsfindung beinhaltet auch die Lebensendplanung und bezieht sich darauf, welchen Tätigkeiten die Person noch nachgehen möchte. Zudem erkundigt sich bspw. auch die Seelsorgerin danach, bei welchen Personen Redebedarf besteht. Im Heim wird angestrebt, dass das Sterben dort stattfinden kann. Es gibt Konzepte, bspw. dass, falls jemand im Sterben liegt, die Wünsche dieser Person berücksichtigt werden (bzgl. Düfte, Essen und Musik). Das Ziel besteht darin, dass die Menschen zufrieden sind.

Netzwerk-Organisation: Dabei geht es um die Gestaltung der Unterstützung für die sterbewillige Person.

Support: Support bedeutet ebenfalls abzuschätzen, welche Unterstützung des Umfeldes sich förderlich auf die Zufriedenheit der Bewohnenden (wer sind Freunde, wer soll einbezogen werden etc.) auswirkt. Angehörigengespräche werden regelmässig geführt.

Nutzen ebenfalls für die Situation des assistierten Suizids: In der Pflege kann das Modell stets hervorgeholt werden. Dadurch werden Veränderungen in Betracht gezogen und bei deren Auftreten für den weiteren Verlauf berücksichtigt.

Netzwerkkarte: Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass viele Bewohnende keine An- und Zugehörigen haben. Vor der Anwendung von Methoden muss stets berücksichtigt werden, ob diese sich jeweils für die Personen eignen.

Werteorientierung im Alterszentrum: Das Alterszentrum hat für sich Leitwerte/Leitmotive festgehalten und bei der Schulung wurden diese auf die Anpassungsfähigkeit mit dem Modell überprüft.

Wirkungsorientierung im Alterszentrum: Die Ziele bestehen im Erreichen der bestmöglichen Lebens- und Sterbequalität sowie einem guten Lebensende als Hauptziel. Durch die Anwendung des SENS-Modells resultiert bereits ein Gewinn bzgl. der Qualität.

Durchführung: Fallbesprechungen finden 6-mal pro Jahr und zudem je nach Bedarf statt.

Bachelor Thesis**Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor Thesis**

Name, Vorname: Rossier, Matteo

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Gestaltung des Zeitraums bis zur Durchführung des assistierten Suizids in Alters- und Pflegeheimen – methodische Vorgehensweise

Begleitung Bachelor Thesis:

Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum:

28.06.2019

Unterschrift:

