

Sterbehilfe:  
wo stehe ich als  
Hausarzt?

EXIT:  
Wissenswertes für  
die Hausarztpraxis

Gelungener  
Jubiläumsanlass  
20 Jahre Argomed

## Wann ist Schluss?



# ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG  
Bahnhofstrasse 24  
CH-5600 Lenzburg  
T +41 56 483 03 33  
F +41 56 483 03 30  
argomed@argomed.ch  
www.argomed.ch

Redaktionelle und  
inhaltliche Verantwortung  
Dr. med. Gregor Dufner  
Dr. med. Rudolf Ebnöther  
Dr. sc. nat. Claudine Blaser  
Dr. med. Corina Barnetta  
Bernhard Stricker, lic. phil.  
Michelle Stettler

Gestaltungskonzept  
Stier Communications AG  
www.stier.ch

in guter Partnerschaft

 medics

 medisupport  
SCHWEIZER NETZWERK REGIONALER LABORATORIEN

 mepha

 SANDOZ A Novartis  
Division

 zur Rose

Editorial von Dr. med. Gregor Dufner 03

## DEFACTO | Fokus

«Meine Lebensqualität ist nahe bei hundert Prozent» 04

Gespräch mit Prof. Dr. Jean-Pierre Blaser und  
Dr. med. Wolfgang Czerwenka

Sterbehilfe – wo stehe ich als Hausarzt? 06

Dr. med. Urs Hürlimann

«Die Würde des Sterbenden zu achten heisst,  
dessen Freiheit und Selbstbestimmung zu respektieren» 08

Prof. Dr. Markus Zimmermann

«Die spirituelle Dimension kann auch die  
ärztliche Selbstsorge und Resilienz betreffen» 11

Interview mit Prof. Dr. Simon Peng-Keller

«Das offene und direkte Gespräch übers  
Lebensende wirkt befreiend» 14

Dr. rer.soc. Franzisca Domeisen Benedetti

Hospiz Aargau: Balanceakt zwischen ambulant und stationär 16

Dieter Hermann

## DEFACTO | Medizin

Definitionen aktive und passive Sterbehilfe 17

Dr. med. Corina Barnetta

Definitionen Handlungs- und Urteilsfähigkeit 18

Dr. med. Corina Barnetta

Die Freitodbegleitung mit EXIT –  
Wissenswertes für den Hausarzt 19

Marion Schafroth

## DEFACTO | Argomed

«Ja» zum echten Hausarztmodell 21

Martina Gottburg und Dr. Claudine Blaser Egger

Gelungener Jubiläumsanlass 20 Jahre Argomed 22

Michelle Stettler

Fortbildungen und Anlässe 24



Dr. med. Gregor Dufner

## Leben, Sterben und Tod

### Liebe Leserinnen und Leser

Ärztliche Begleitung und Behandlung am Lebensende zieht sich wie ein roter Faden durch das Leben eines jeden Hausarztes. Sterben und Tod begegnen uns in vielfältiger Weise im Laufe unseres Berufes. Ärztliche Vorbilder lehrten uns, wie Empathie mit Sachverstand und Menschlichkeit im Umgang mit dem Sterben verbunden wird.

Das reicht vom Überbringen infauster Diagnosen über Gespräche, wo und wie man sterben möchte bis hin zu echter Sterbebegleitung am Patientenbett.

Der Entscheid des Patienten, nicht mehr leben zu wollen, wiegt schwer. Deine eigene Werthaltung spielt im Umgang damit eine wichtige Rolle. Ich merke allerdings, dass diese eigenen Werte bei mir ins Wanken geraten. Passive Sterbehilfe genügt mir bisher. Mein erster Patient bei EXIT konnte glücklicherweise auf natürliche Weise sterben. Ich war froh, nicht in Gewissenskonflikte zu geraten.

In dieser DEFACTO-Ausgabe hören wir den hochbetagten Herrn Blaser und dessen Hausarzt Dr. Czerwenka zu Lebensqualität, Sterbehilfe und EXIT sprechen. Eine sehr persönliche und ergreifende Geschichte einer Sterbebegleitung eines langjährigen Patienten schildert Dr. Hürlimann.

Wie kommuniziert man mit Patienten am Lebensende? Frau Dr. Domeisen Benedetti betont in ihrer Dissertation die befreiende Wirkung offener Gespräche über das Lebensende und die gesellschaftliche Tabuisierung von Sterben und Tod.

Die wissenschaftlichen Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP67) werden uns von Prof. Zimmermann vorgestellt. Dabei wurden Lebensende-Entscheidungen und die Versorgung Sterbender im Kontext mit rechtlichen und existenziellen Bedürfnissen untersucht. Nach diesen Untersuchungen ist Palliative Care zu wenig etabliert. Dem Hausarzt fällt eine zentrale Rolle im interdisziplinären Zusammenspiel zu.

Mehr über die Ressourcen einer spirituellen Begleitung lesen Sie im Interview mit Prof. Peng-Keller, der seit 2015 Professor für Spiritual Care an der UNI Zürich ist.

In der Rubrik DEFACTO | Medizin erfahren Sie mehr über die Varianten der Sterbehilfe und deren gesetzlichen Grundlagen, aber auch über Definitionen der Handlungs- und Urteilsfähigkeit und zu EXIT. Die Rubrik DEFACTO | Argomed lässt den gelungenen Anlass zum 20-Jahr-Jubiläum der Argomed Revue passieren.

Ich wünsche Ihnen eine bereichernde Lektüre.

Dr. med. Gregor Dufner

## «Meine Lebensqualität ist nahe bei hundert Prozent»

«Ich hatte noch nie vor etwas Angst in meinem Leben, auch nicht vor dem Tod», sagt Jean-Pierre Blaser, der seit zehn Jahren regelmässig zur Kontrolle zu seinem Hausarzt Dr. Wolfgang Czerwenka geht. Beide, Patient und Hausarzt, erklären sich nach einer dieser regulären Kontrollen bereit, über ihre gegenseitige Beziehung, über Lebensqualität im Alter, über das Sterben und auch Sterbehilfe zu sprechen.



Dr. med. Wolfgang Czerwenka

Was als Erstes auffällt: Der 95-jährige Mann geht zwar an einem Rollator, ist aber trotz körperlich einschränkender Beschwerden mental und geistig äusserst präsent, was ihn zur Aussage motiviert: «Ich hatte ein schönes Leben und kann es auch heute noch geniessen. Meine Lebensqualität ist nahe bei hundert Prozent, ich fühle mich wohl und bin sehr glücklich.»

Auf die «Formel des Glücks» angesprochen, was man tun müsse, um im hohen Alter derart zufrieden zu sein, antwortet Herr Blaser: «Ich habe mich nie vor Risiken gescheut und diese bewusst in Kauf genommen. Das hat mir auch nach meinem Absturz mit dem Segelflugzeug geholfen, bei einem Vorfall, bei dem andere normalerweise ums Leben kommen.»



Prof. Dr. Jean-Pierre Blaser

Jean-Pierre Blaser hat eine Patientenverfügung ausgefüllt und ist Mitglied bei EXIT.

Er hat bestimmt, dass er keine lebensverlängernden Massnahmen will, wenn nicht absolut sichergestellt ist, dass er ein Leben mit hoher Lebensqualität im bisherigen Stil weiterführen kann.

Seine Vertrauensperson ist sein Hausarzt. Das heisst: Im Notfall wird Dr. Wolfgang Czerwenka entscheiden, was – auf der Basis der Patientenverfügung – zu tun ist. Für den Hausarzt ist das Kriterium der Lebensqualität zwar ebenfalls entscheidend, die Prognose einer Erkrankung ist aber mitzubersichtigen. Gleichwohl hält Jean-Pierre Blaser an seinem Entschluss fest, dass er keinesfalls zum Pflegefall werden will: «Entweder man hat eine gute Lebens-

qualität, oder sonst geht man besser», sagt er. Für ihn käme auch ein begleiteter Suizid mit EXIT infrage, aber dafür gibt es heute keinen Grund.

Auch für Dr. Wolfgang Czerwenka ist EXIT eine Variante, human aus dem Leben zu scheiden: «EXIT ist eine gute Möglichkeit, in Frieden und vor allem in Würde von dieser Welt zu gehen. Meine Erfahrungen und Gespräche mit Patienten im Vorfeld eines solchen Entscheides waren immer sehr gut und berührend. Ebenso die Rückmeldungen der Angehörigen. Was aber nicht alle Patienten wissen: Wenn sie nicht mehr urteilsfähig oder nicht mehr bei Bewusstsein sind, kommt auch EXIT nicht mehr infrage. Denn ein Sterbewilliger muss den letzten Schritt (z.B. das Sterbemittel trinken oder die Infusion öffnen) selbst tun.»

### *Kommt es oft vor, dass Patienten Sie nach der Sterbehilfe fragen?*

Dr. Wolfgang Czerwenka: «Ja, aber nicht immer direkt. Das Thema ist vor allem bei älteren Menschen wichtig, oder bei solchen mit einer begrenzten Lebenszeit infolge eines Tumorleidens. Es ist auch weniger die Angst vor dem Tod und dem Danach, es ist viel mehr die Unsicherheit vor dem Sterben, das die Leute beschäftigt. Hier kann ich als Hausarzt und Vertrauensperson häufig die Angst etwas nehmen, indem ich aufzeige, was als Unterstützung alles möglich ist. In



konkreten Fällen verweise ich sie dann gelegentlich auch an EXIT, damit sie sich dort weitere Informationen holen. Ich versuche zu verstehen, warum jemand sterben will. Das betrifft häufig auch Menschen im Altersheim, die einsam sind. Das alleine kann schon ein Grund für den Todeswunsch sein. Hier hilft oft nur schon ein Gespräch oder die Organisation vermehrter sozialer Kontakte. Mir scheint das soziale Umfeld im Alter ganz zentral, das gilt auch für Herrn Blaser. Wenn er nicht ein so tolles soziales Umfeld hätte, wäre er vielleicht auch einsam mit deutlich schlechterer Lebensqualität.»

Für demente, nicht mehr urteilsfähige Menschen kommt EXIT zwar nicht infrage, präzisiert der Hausarzt. «Das Thema Demenz wird uns jedoch in Zukunft sicher noch sehr beschäftigen, hier müssen wir vorsichtig sein, dass mit einem zu laschen Umgang mit dem Thema Sterbehilfe ein zu grosser sozialer Druck auf Erkrankte ausgeübt wird. Ein schwer dementer Mensch, der nur noch im Hier und Jetzt lebt, ohne Bezug zur Vergangenheit und Zukunft, könnte durchaus auch glücklich sein, denn diesen plagen auch keine Zukunftsängste

mehr und der Bezug zur Vergangenheit fehlt. Ob das so ist, weiss ich nicht, könnte uns aber im Umgang mit den Betroffenen helfen».

Hier widerspricht Jean-Pierre Blaser seinem Hausarzt: «Ich kann mir nicht vorstellen, dass Demente glücklich sind.» Er ist vollkommen überzeugt, dass mit dem Tod alles vorbei ist: «Ich bin bis heute Wissenschaftler geblieben und weiss, dass der Mensch eine biologisch-chemische Maschine ist, die irgendwann aufhört zu existieren. Danach kommt nichts mehr. Die sogenannte Seele ist eine Konstruktion des Hirns, mehr nicht.»

Auch wenn er mit seinem Leben mehr als zufrieden ist, sorgt er sich trotzdem um den Zustand der Welt: «Das wirkliche Problem der Menschheit ist die Überbevölkerung und die wird von den Politikern ignoriert. Es müssten mehr Wissenschaftler in den Parlamenten und Regierungen sitzen.»

#### *Wie erleben Patient und Hausarzt ihre gegenseitige Beziehung?*

Jean-Pierre Blaser: «Dr. Czerwenka ist der richtige Arzt für mich, es müsste mehr von diesem Typus Arzt geben.

Denn er ist dem Prinzip der «minimalen Medizin» verpflichtet. Das heisst: Er schlägt nur Massnahmen vor, die auch sinnvoll und nötig sind und verzichtet auf alles Unnötige und Überflüssige. Das finde ich absolut richtig.»

Dr. Wolfgang Czerwenka: «Ich erlebe den Kontakt zu Herrn Blaser ebenfalls sehr positiv. Wir haben eine respektvolle gegenseitige Beziehung, wir arbeiten kooperativ zusammen und wir entwickeln jede Strategie gemeinsam. Das heisst auch: Herr Blaser trägt jeden Entscheidungsverantwortungsvoll mit.»

**Bernhard Stricker**  
Redaktor DEFACTO

Jean-Pierre Blaser (1923) ist ehemaliger Physikprofessor an der ETH Zürich und seit zehn Jahren Patient von Dr. med. Wolfgang Czerwenka.

Dr. med. Wolfgang Czerwenka ist Hausarzt in Wettingen und ist seit 2016 Verwaltungsratspräsident der Argomed Ärzte AG.

# Sterbehilfe – wo stehe ich als Hausarzt?

Das ist die Geschichte von Walti S., den ich als Hausarzt in den Tod begleitete. Ich schob das Schreiben dieses Artikels unbewusst auf, weil ich vermutlich Angst davor hatte, zu viel Energie durch eine wiederkehrende Traurigkeit und Erschöpfung zu verlieren. Ich hatte auch keine Lust dazu, in diesen Sommertagen mit Fussball-WM, Aperitif und Grilladen mich dieser Erfahrung erneut auszusetzen. Doch dann bekam ich die Erinnerungsmail der Redaktion...



Dr. med. Urs Hürlimann

## Die Geschichte von Walti S.

Ich hatte Walti S. im Rahmen der Praxisübernahme von meinem Vater vor 15 Jahren als Patient kennengelernt. Es war ein sympathischer, damals 62-jähriger Patient mit grosser Lebenserfahrung, ehemals Nachwuchstalent beim Fussballklub GC Zürich und später Chef eines Unternehmens im Finanzsektor. Ich betreute ihn über die letzten Jahre wegen eines gut eingestellten metabolischen Syndroms: Wir hatten alles im Griff.

Im August 2017 erschien Walti S. in der Sprechstunde wegen eines Hustens seit zwei Monaten. Im Röntgen-Thorax zeigte sich ein verdächtiger Rundherd im rechten Unterfeld, in der CT und Bronchoskopie bestätigte sich der Verdacht: Adeno-CA im rechten Unterlappen.

Von da an befand sich Walti S. in guter onkologischer Betreuung im Kantons-

spital. Zuversichtlich ertrug er mit Unterstützung seiner Frau Susanne drei verschiedene Chemotherapien bis Ende 2017. Aber keine schlug an, der Tumor wurde grösser.

Vor Weihnachten besuchte ich Walti S. zu Hause. Er und Susanne freuten sich sehr über den Besuch. Beim Abschied nahm mich Walti beim Arm und sagte mir: «Gäll, du hilfsch mier denn scho, chönne z'gha, wenn ich nümme mag.» Auf jeden Fall, versicherte ich ihm und dachte dabei an eine grosszügige Aufdosierung mit Morphium.

Ende Januar besuchte ich Walti erneut. Gezeichnet von der Tumorkachexie, hustend und unter Atemnot leidend sagte er mir, er habe die aussichtslose Therapie im Spital abgebrochen. Susanne betreute ihn zu Hause heroisch. Er sei jetzt Mitglied bei EXIT, eröffnete er mir und ergänzte, dass am nächsten Tag jemand von EXIT vorbeikomme, um die weiteren Schritte zu besprechen. Ich verstand Walti voll und ganz und hätte in seiner Situation vermutlich das Gleiche getan.

Zwei Tage später erschien seine Frau Susanne in der Praxis und fragte, ob ich kurz Zeit hätte. Walti habe den ausdrücklichen Wunsch, dass ich ihn als sein Hausarzt in den Tod begleiten würde. Frau B. von EXIT würde diesen Wunsch auch begrüssen und es sehr schätzen, wenn ich die Infusion legen könnte. Ich

sagte Susanne, dass dies prinzipiell möglich sei, aber ich noch schauen müsse, ob es organisatorisch möglich sei. Das war natürlich eine Ausrede, ich wollte Bedenkzeit gewinnen!

In dieser Phase kreisten mir ständig die folgenden Fragen im Kopf herum: Kann ich Walti diesen letzten Wunsch in seiner Situation abschlagen? Gehört diese aktive Sterbehilfe auch zum ärztlichen Handeln, zum hippokratischen Eid? Könnte ich diese Handlung mit meinem eigenen Glauben vereinbaren?

Ich kam zum Schluss: Ich konnte Waltis Wunsch nicht abschlagen – und sagte zu!

Das nächste Problem war allerdings, dass ich nicht wirklich geübt bin im Legen von Infusionen, vor allem nicht bei einem kachektischen, dehydrierten Patienten nach vielen Chemotherapien. Ich fragte deshalb meine geübte MPK, ob sie mich begleiten würde. Sie sagte zu, für diesen sympathischen Patienten würde sie dies tun.

## Der Todestag

Dann war es so weit. Es regnet am Tag des geplanten EXIT-Sterberituals. Ich fühle mich mulmig und energielos. Ich hatte die Tage zuvor häufig an diesen Tag gedacht und bin sehr froh, dass meine MPK dabei ist. Wir klingeln, Susanne öffnet die Tür und stellt uns Frau B. von EXIT vor, eine warmherzige, ruhige Frau. Walti sei im Schlafzimmer. Wir sit-

zen um den Esstisch, eine Kerze brennt. Frau B. und Susanne, meine MPK und ich besprechen das Vorgehen. Dann gehen wir zu Walti. Er umarmt uns und weint vor Dankbarkeit und betont mehrmals, wie froh er sei, dass wir ihm helfen würden. Wir haben auch Tränen in den Augen, das Weinen zuvorderst.

Meine MPK redet Walti gut zu und legt währenddessen die Infusion. Sie macht dies ausgezeichnet. Die Infusion läuft, das Pentobarbital wird in die Infusion gegeben. Wir verabschieden uns von Walti und treten in die Diele. Susanne bleibt im Zimmer, während Walti den Infusionshahn aufdreht. Innerhalb einer Minute ist Walti eingeschlafen – und dann gestorben. Ich gehe nochmals hin, stelle den Tod fest.

Fünf Wochen später kommt Susanne in die Praxis und bringt vier Flaschen eines ausgezeichneten Weines. Die seien von Walti für uns bestimmt, dies habe er so gewünscht. Am Praxis-Sommeressen vor drei Wochen haben wir angestossen – auf Walti!

Dr. med. Urs Hürlimann

Dr. med. Urs Hürlimann ist Hausarzt in Hünenberg und seit 2013 in der Geschäftsleitung der Argomed Ärzte AG.



**Resultat bleibt Resultat.  
Wir nehmen es persönlich.**

Das medizinisch-diagnostische  
Labor an der Südbahnhofstrasse 14c  
in Bern.



[www.medics.ch](http://www.medics.ch)

professionell  
und persönlich

# «Die Würde des Sterbenden zu achten heisst, dessen Freiheit und Selbstbestimmung zu respektieren»

Der Bundesrat hat 2011 ein Nationales Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) in Auftrag gegeben, das aus 33 einzelnen Forschungsprojekten bestand und das zwischen 2012 und 2017 umgesetzt wurde. Dabei gab es vier Schwerpunktbereiche: die Versorgung Sterbender, Lebensende-Entscheidungen, normative Fragen und Regelungen sowie existenzielle Bedürfnisse und Ideale.



Prof. Dr. Markus Zimmermann

Nichts im Leben ist so sicher wie das Sterben. Unsicher dagegen ist, auf welche Weise Menschen ihre letzte Lebensphase erleben, welche Herausforderungen damit verbunden sind, auf welche Unterstützung sie dabei zählen können und inwieweit sie das Sterben vorbereiten können, um nur einige Themen anzudeuten. Diese Aspekte sind jedoch von existenzieller Bedeutung in erster Linie für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und Freunde, darüber hinaus aber auch für Fachleute der Gesundheitsversorgung, beteiligte Organisationen wie Spitäler, Pflegeheime oder die Spitex, und nicht zuletzt auch für die gesundheitspolitische Planung.

Das wichtigste gesellschaftliche Ziel im Umgang mit dem Sterben sollte darin bestehen, Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen: Die Würde des Sterbenden zu achten heisst, dessen Freiheit und Selbstbestimmung zu respektieren, besonders verletzlich menschliches Leben zu schützen und alle Menschen – unabhängig von ihrem sozialen Status und ihrer Persönlichkeit – gleich zu behandeln.

Mit den Themen Sterben während der Geburt, dem Sterben von Kindern und Jugendlichen, von Menschen mit kog-

nitiven Beeinträchtigungen, von Menschen im Strafvollzug, von Patienten auf Intensivstationen, in Pflegeheimen oder in Einrichtungen der spezifischen Palliative Care wurden im NFP 67 sehr unterschiedliche Kontexte untersucht. Erforscht wurden zudem die Bestimmung der Urteilsfähigkeit von Menschen am Lebensende, Unterschiede im Zugang zur Lebensende-Versorgung, Sterbekosten, häufig getroffene Lebensende-Entscheidungen und nicht zuletzt auch Rolle und Aufgabe bestimmter Berufsgruppen, darunter auch die Hausärztinnen und Hausärzte.

## Zentrale Erkenntnisse

- **Entscheidungen prägen Sterbeverläufe:** Bei annähernd drei Vierteln aller Sterbefälle, die nicht spontan oder unerwartet geschehen, werden in der Schweiz heute Entscheidungen getroffen, die den Sterbeverlauf massgeblich beeinflussen. Die häufigsten Entscheidungen sind solche zum Behandlungsabbruch oder -verzicht sowie zur Symptom- und Schmerzbehandlung. Ganz besonders zugenommen hat in den vergangenen Jahren zudem die Anwendung der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod. Auffällig und zu diskutieren bleibt zudem das Ergebnis, dass die Behandelnden nicht immer

direkt mit den Sterbenden über zu treffende Lebensende-Entscheidungen sprechen, und zwar selbst dann nicht, wenn der betroffene Mensch noch voll urteilsfähig ist.

- **Rechtliche Regelungen setzen Rahmenbedingungen:** Die Bestimmung der Urteilsfähigkeit hat enorme Konsequenzen für Entscheidungen am Lebensende und ist eine Zuschreibung, die auf ethischen Urteilen basiert. Die Kriterien im Erwachsenenschutzrecht wie der mutmassliche Wille und die objektiven Interessen Sterbender bedürfen der weiteren Klärung.
- **Die Bereitschaft der Bevölkerung ist gross, hohe Kosten für die Versorgung am Lebensende zu tragen:** Die Kosten für die Lebensende-Versorgung sind hoch, besonders bei Sterbenden mit Tumorerkrankungen, sie sinken jedoch mit steigendem Sterbealter. Auch die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für die Lebensende-Kosten ist hoch, in der Westschweiz noch höher als in der Deutschschweiz. Für die Behandlung sterbender Kinder ist die Bereitschaft besonders hoch.
- **Palliative Care ist von grosser Bedeutung und bislang noch zu wenig etabliert:** Wichtig für die Palliative Care sind die entsprechende Grundhaltung aller Gesundheitsfachleute, die Zugangsmöglichkeiten zur spezialisierten Palliative Care für Patienten in schwierigen Situationen, eine gute Koordination vorhandener Dienste und nicht zuletzt die Berücksichtigung des ganzen Menschen mit allen Dimensionen seiner Existenz. In

der Schweiz ist heute eine intensivere Sensibilisierung der Öffentlichkeit genauso nötig wie der Ausbau der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten der Gesundheitsversorgung.

- **Das Engagement pflegender Angehöriger ist hoch und findet oft unter prekären Bedingungen statt:** Die meisten Menschen sterben in Spitälern und Heimen, nur ein Viertel verbringt das Lebensende zu Hause. Die Arbeit pflegender Angehöriger benötigt mehr Unterstützung, für diejenigen, die erwerbstätig sind, sollte eine Regelung mit den Arbeitgebern gefunden werden, damit keine unnötigen Spitäleinweisungen erfolgen müssen, weil die Angehörigen überfordert sind.
- **Das offene Gespräch ist entscheidend für ein Sterben in Würde:** Das zuhörende Gespräch hat sich in vielen Projekten als wesentliche Grundlage für ein menschliches Sterben erwiesen. Die Schaffung der nötigen Zeit und geeigneter Räume ist notwendig, dass Gesundheitsfachleute rechtzeitig mit ihren Patienten über das Sterben sprechen können. Auf diese Weise lassen sich nicht nur Fehlbehandlungen verhindern, sondern auch die Befindlichkeit des Sterbenden und dessen Angehörigen deutlich verbessern. Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals in Gesprächsführung ist dafür eine wesentliche Bedingung.

#### Die Rolle der Hausärzte

Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen bei Sterbeprozessen am Lebensende eine zentrale Rolle. Oft kennen sie die

Sterbenden und ihre Angehörigen seit Jahren. Eine repräsentative Befragung unter ihnen hat ergeben, dass sie der Berücksichtigung von Angehörigen bei Lebensende-Entscheidungen eine grosse Bedeutung zumessen. Während sie mit den Lebensende-Entscheidungen vertraut sind und sich öfters (für den Fall, dass ihre Patienten in eine Institution verlegt werden) mehr Beachtung durch ihre Kolleginnen und Kollegen wünschen, fühlen sie sich nach eigener Aussage in der Konfrontation mit ethischen, rechtlichen, psychischen und spirituellen Herausforderungen häufig überfordert. Hier wird eine bessere Ausbildung gewünscht. Wird der Wunsch nach Suizidhilfe geäussert, führt das in vielen Fällen zu einer erheblichen emotionalen Belastung für die Hausärztinnen bzw. Hausärzte und wird als schwierig empfunden. Gemäss ihrer Einschätzung besteht zudem ein Mangel an spezialisierten Einrichtungen und Spitex-Diensten für die bedarfsgerechte Betreuung Sterbender, insbesondere in ländlichen Regionen und Berggebieten.

Prof. Dr. Markus Zimmermann

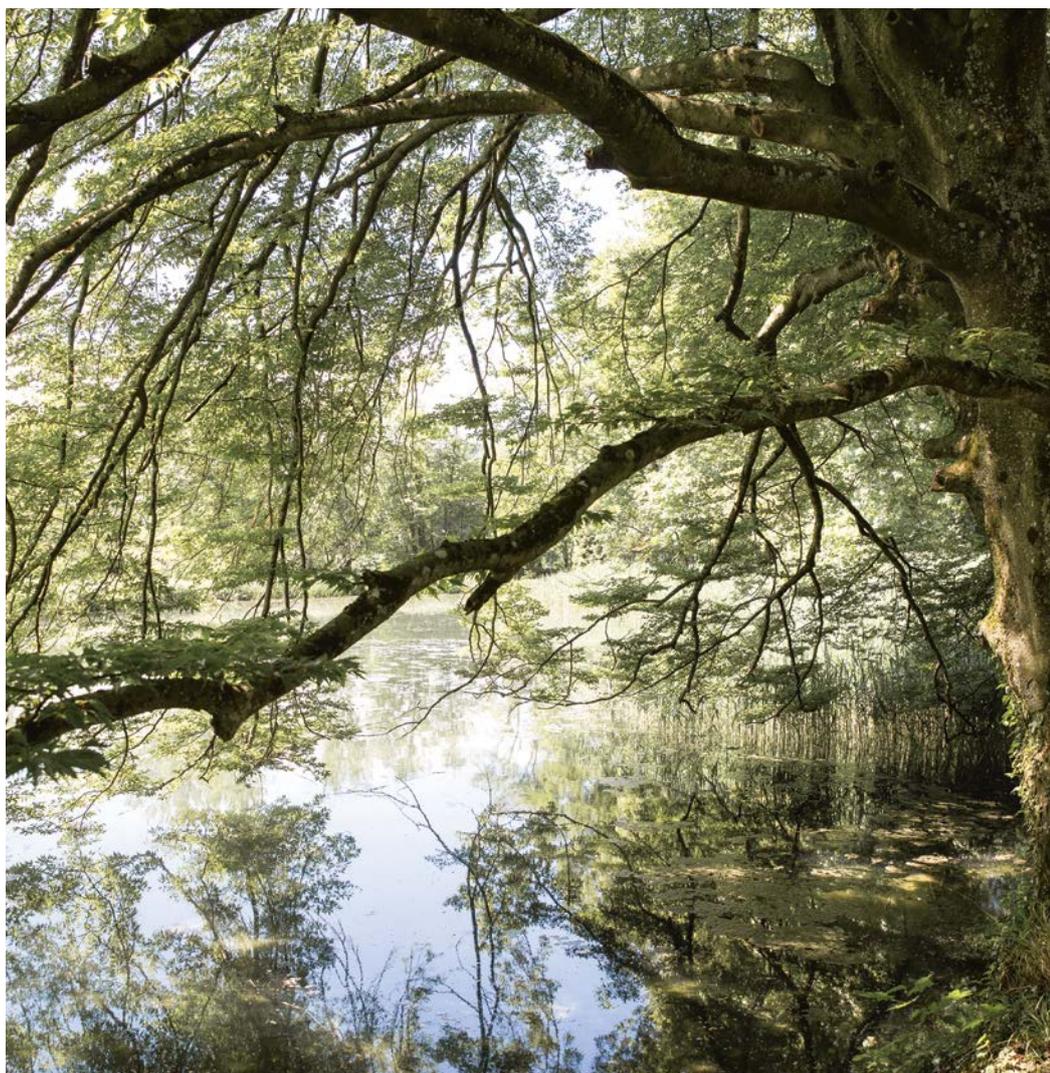
Prof. Dr. Markus Zimmermann ist Präsident der Leitungsgruppe des NFP 67 sowie Titularprofessor am Departement Moralthologie und Ethik an der Universität Fribourg.

### **IMPULS 1: Koordinierte Versorgung durch stärkeren Einbezug der Hausärzte fördern**

Das NFP 67 hat auch Vorschläge erarbeitet, wie die Hausärzte besser in den Sterbeprozess integriert werden können. Zum Beispiel:

Die Übergänge von einer Einrichtung in eine andere oder nach Hause verlaufen für Menschen am Lebensende oft schwierig, weil die zuständigen Dienste und Institutionen unzureichend zusammenarbeiten oder vernetzt sind. Um die Kontinuität der Betreuung und Behandlung zu gewährleisten, müssen vermehrt regionale Versorgungsnetzwerke aufgebaut, koordiniert und etabliert werden. Zudem sollten einweisende Angehörige und Hausärztinnen und -ärzte in der Übergangsphase vermehrt einbezogen werden. Eine Alternative besteht in der Einrichtung breit abgestützter Institutionen der Grundversorgung, die Akutmedizin, Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Langzeitpflege und Palliative Care unter einem Dach zu integrieren.

Detaillierte Angaben zu den 33 Einzelprojekten des NFP 67 sind auf dessen Website zu finden ([www.nfp67.ch](http://www.nfp67.ch)). Daneben existiert ein Synthesebericht, der einen Überblick über wesentliche Ergebnisse des Programms ermöglicht und zudem elf Handlungsimpulse enthält. Schliesslich ist ein Buch zur Lebensende-Thematik in Vorbereitung, das im Februar 2019 erscheinen wird und eine Fülle von Erkenntnissen und Anregungen aus dem NFP 67 und darüber hinaus beinhalten wird.



# «Die spirituelle Dimension kann auch die ärztliche Selbstsorge und Resilienz betreffen»

INTERVIEW MIT PROF. DR. SIMON PENG-KELLER, PROFESSOR FÜR SPIRITUAL CARE ZÜRICH



Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller

## *DEFACTO: Was beinhaltet und wozu braucht es Spiritual Care?*

Prof. Peng-Keller: Spiritual Care ist – schlicht gesagt – die Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung. Die klinische Erfahrung und empirische Studien zeigen, dass diese Dimension die Art und Weise, wie jemand mit seiner Krankheit umgeht, das Krankheitserleben und den Heilungsprozess beeinflusst. Für viele Patientinnen und Patienten bedeuten spirituelle Überzeugungen und Praktiken in Krankheits- und Lebensensituationen eine wichtige Ressource, eine Möglichkeit, Mut und Hoffnung zu schöpfen oder inneren Frieden zu finden. Die Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung kann auf sehr vielfältige Weise geschehen und hängt von den jeweiligen Gegebenheiten ab. Sie sieht in einer ländlichen Region Ghanas anders aus als in Teheran, Tokio oder Zürich.

## *Wie unterscheidet sich Spiritual Care von der herkömmlichen (Spital-)Seelsorge?*

Es lässt sich unterscheiden zwischen gesundheitsberuflichen und seelsorglichen Formen von Spiritual Care. Seelsorger sind Spezialisten in diesem Feld, während Gesundheitsfachpersonen in je unterschiedlicher Weise eine Teilaufgabe darin wahrnehmen. Was neu ist an heutigen Formen von Spiritual Care, ist ihre bewusst interprofessionelle Ausrichtung. Interprofessionalität heisst auch in diesem Zusammenhang gerade nicht, dass alle alles machen müssen, sondern bewusst gestaltete Kooperation und Kommunikation.

## *Welche Aufgabe haben Ärzte im interprofessionellen Feld von Spiritual Care?*

Es scheint mir wichtig, diese Aufgabe nicht als etwas zu verstehen, was zu den

übrigen ärztlichen Aufgaben hinzutritt, sondern ein Bestandteil von ihnen darstellt. Entsprechend dazu finden sich in den neuen Vorgaben der Joint Commission of the Swiss Medical Schools, dass im Medizinstudium eine professionelle Kompetenz zu erwerben ist, in der Anamnese und Therapieplanung auch spirituelle Aspekte zu berücksichtigen. So wie vor einigen Jahrzehnten Ärzte gelernt haben, mit Patienten über ihre Sexualität zu sprechen, so sind sie gegenwärtig daran, sich für die Bedeutung der spirituellen Dimension zu interessieren und therapeutisch einzubeziehen. Die spirituelle Dimension kann übrigens auch die ärztliche Selbstsorge und Resilienz betreffen. Wie Studien zeigen, sind spirituelle Überzeugungen auch für viele Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Ressource für ihre berufliche Tätigkeit.

## *Welchen Bezug hat Spiritual Care zu Palliative Care?*

Spiritual Care war von Anfang an ein wesentlicher Bestandteil von Palliative Care, wie sie sich seit Ende der 1970er-Jahre im Anschluss an die moderne Hospizbewegung entwickelt hat. Die Nationalen Leitlinien Palliative Care, die 2010 vom Bundesamt für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren veröffentlicht wurden, sind meines Wissens das erste offizielle Dokument der Schweizerischen Gesundheitspolitik, das den Einbezug der spirituellen Dimension in die Versorgung einfordert. Entsprechend wird die Implementierung von Spiritual Care auch bei der Zertifizierung von Palliativstationen in der Schweiz überprüft. Dass spirituelle Unterstützung am Lebensende besonders bedeutsam ist, ist kulturell tief verwurzelt und hat des-

halb auch in säkular geprägten Gesellschaften nach wie vor eine breite Akzeptanz. Hinzu kommt, dass durch neuere medizinische Entwicklungen Menschen am Lebensende oft Entscheidungen zu fällen haben, die mit weltanschaulichen Überzeugungen und Grundhaltungen zu tun haben. Diese zu erfragen und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, kann ebenfalls zu einer ärztlichen Spiritual Care gehören.

#### *Was für ein Menschenbild steht hinter Spiritual Care?*

Hinter dem Kollektivsingular «Spiritual Care» verbergen sich sehr unterschiedliche Modelle und Ansätze und entsprechend dazu auch unterschiedliche Menschenbilder, die sich nicht auf einen Nenner bringen lassen. Als in der Weltgesundheitsversammlung 1983 erstmals über die Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung debattiert wurde, standen die christlich und muslimisch geprägten Gesundheitspolitiker, die eine solche Inklusion befürworteten, den Vertretern aus kommunistisch regierten Ländern gegenüber, die auf das Anliegen mit Skepsis reagierten. Der Kompromiss war, dass man in der 1984 verabschiedeten Resolution auf religiöse Bezüge verzichtete. Die Rede von der «spirituellen Dimension» umspannte religiöse und areligiöse Ansätze.

#### *Welche Bedeutung sollte Ihrer Meinung nach Spiritual Care im Medizinstudium haben?*

Um die von der Joint Commission bezeichneten Kompetenzen erwerben zu können, braucht es aus meiner Sicht v.a. praxisorientierte Angebote. Um spirituelle Aspekte in Anamnese und Therapie in passender Weise ansprechen und aufnehmen zu können, bedarf es insbesondere kommunikativer Fertigkeiten. Dafür gibt es inzwischen gute Lehrmodelle. Darüber hinaus braucht es ein Grundwissen über die aktuelle Spiritual Care-Forschung in den unterschiedlichen Feldern der Medizin: Palliative Care, Medizinethik, Psychiatrie usw.

#### *Ist Spiritual Care nur für Menschen geeignet, die «einen Glauben haben»? Wie verhält sich Spiritual Care zu Patienten, die als Atheisten jede Form des Glaubens ablehnen?*

Was für Patientinnen und Patienten in einer bestimmten Situation wichtig ist, lässt sich nicht von vornherein von ihrem religiösen oder nicht-religiösen Bekenntnis ableiten, sondern ist je neu zu erkunden. Dass jemand religiös ist, heisst noch nicht, dass er seitens von bestimmten Fachpersonen spirituelle Unterstützung braucht. Und umgekehrt gibt es auch spirituelle Atheisten, die dafür empfänglich sind.

#### *Was müssen Hausärzte über Spiritual Care wissen?*

Ich denke, dass es neben einem Grundwissen v.a. kommunikative Fertigkeiten braucht, die es ihnen ermöglicht, wahrzunehmen, wann es wichtig sein könnte, spirituelle Aspekte, seien es Ressourcen oder Belastungen, niederschwellig anzusprechen.

#### *Die Professur für Spiritual Care gibt es mittlerweile bald drei Jahre an der Uni Zürich. Welche Erfahrungen haben Sie inzwischen gemacht? Nimmt das Interesse der Studierenden zu oder ab?*

Die Professur hat sich in diesen drei Jahren gut an der Universität Zürich integriert. Das praktisch ausgerichtete Lehrmodul, für das wir den SAMW-Award für Interprofessionalität verliehen bekommen haben, hat sich unter den Studierenden bereits herumgesprochen und stösst auf grossen Anklang. Eine Medizinstudentin hat dazu einen Erfahrungsbericht veröffentlicht und das Schweizer Fernsehen hat im Rahmen der Sendung PULS einen Beitrag gedreht, der demnächst ausgestrahlt werden soll. Im Aufbau ist derzeit zudem eine CAS-Weiterbildung für praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Seelsorgende.

**Die Fragen stellte Bernhard Stricker**  
Redaktor DEFACTO

Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller, aufgewachsen in Chur, Promotion und Habilitation an der Universität Fribourg in den Fächern Theologie der Spiritualität und Fundamentaltheologie, seit 2015 Professor für Spiritual Care an der Universität Zürich, zahlreiche Forschungsprojekte zu Spiritual Care.



2518

# Mepha-Generika

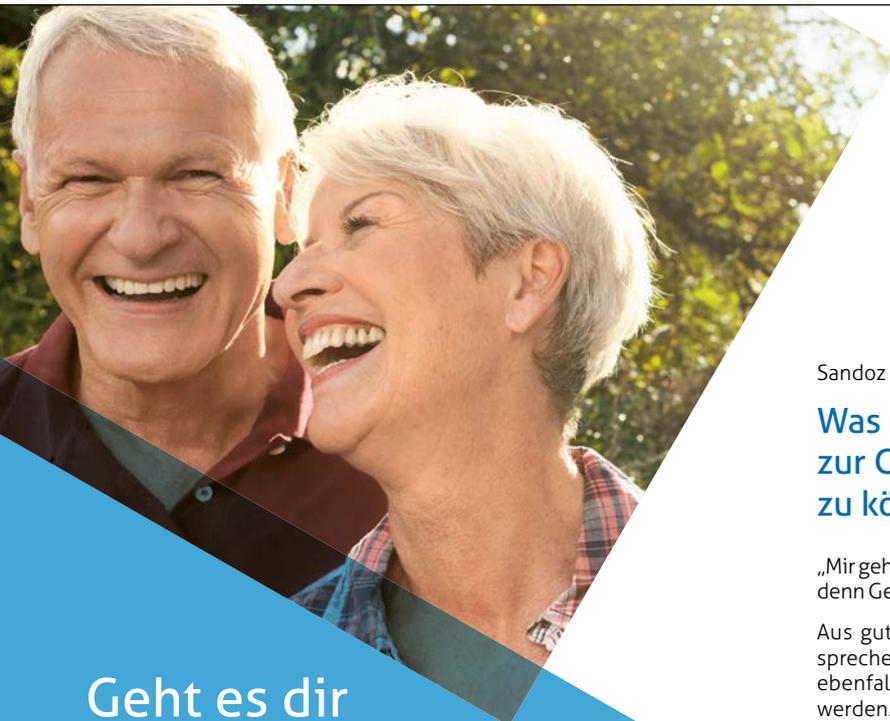
Doppelvorteil:  
Gleich wirksam, aber günstiger



[www.mepha.ch](http://www.mepha.ch)

Fragen Sie nach den günstigen  
Mepha-Generika.

Die mit dem Regenbogen



Geht es dir  
wieder besser?

Mir geht's  
**SANDOZ**

Gut für Sie. Gut für alle. Generika von Sandoz.



Sandoz – seit 1886 fest in Schweizer Händen

**Was gibt es Schöneres, als einen Beitrag  
zur Gesundheit unserer Patienten leisten  
zu können.**

„Mir geht's Sandoz“, das sagen bei uns in der Schweiz immer mehr Menschen, denn Generika haben in den letzten Jahren deutlich an Akzeptanz gewonnen.

Aus guten Gründen: Generika haben die gleiche Wirkung wie die entsprechenden Originale. Sie beinhalten dieselben Wirkstoffe und müssen ebenfalls von der Schweizer Zulassungsbehörde Swissmedic zugelassen werden. Generika entsprechen denselben hohen Qualitätsanforderungen wie Originale. Und das zu tieferen Kosten – was gut für die Patienten, aber auch für das gesamte Gesundheitssystem ist.

Fragen Sie in Ihrer Apotheke oder Arztpraxis nach Sandoz-Generika – dort berät man Sie gut und gerne.

**SANDOZ** A Novartis  
Division

Sandoz Pharmaceuticals AG, Suurstoffli 14, 6343 Rotkreuz | Stand: 03/2018

# «Das offene und direkte Gespräch übers Lebensende wirkt befreiend»

Dr. Francisca Domeisen Benedetti hat in ihrer Dissertation die Kommunikation und Interaktion von Menschen am Ende ihres Lebens mit den involvierten Fachpersonen im Kantonsspital St.Gallen untersucht. Es ist ein Beitrag der spezialisierten Palliative Care zum gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod.



Dr. rer.soc. Francisca Domeisen Benedetti

Der Umgang mit Sterben und Tod stellt für alle involvierten Personen eine Herausforderung dar. Über Sterben und Tod zu sprechen, fällt schwer. In der vor allem angelsächsisch geprägten, palliativmedizinischen Literatur wird der Kommunikation am Lebensende breite Aufmerksamkeit zuteil, denn sie ist ein Schwerpunkt in der palliativen Betreuung und Behandlung. Der Umgang mit Sterben und Tod ist nicht nur schwer für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Angehörigen der helfenden Berufe.

Im soziologischen Diskurs spricht man von der Tabuisierung des Todes. Die Palliativmedizin und -pflege hat die Herausforderung der Tabuisierung von Sterben und Tod erkannt und sieht in der Kommunikation mit Menschen am Lebensende eine ihrer Kernkompetenzen. Seit den 1990er-Jahren kann auch in der Schweiz eine gesellschaftliche

Wiederbelebung der Debatte über Sterben und Tod beobachtet werden.

## Dissertation «Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende»

In der Dissertation wurde die Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende und ihren Angehörigen im Kantonsspital St.Gallen einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Das heisst: Ich habe die Spezialisten (Pflege, Arzt) des palliativen Konsiliardienstes interviewt und sie in ihrem Alltag beobachtet. Dabei standen die Praktiken und Interaktionen im Mittelpunkt der qualitativen Analyse, die ich mit dem sozio-historischen und institutionellen Kontext und mit den individuellen Einstellungen und Werten der Spezialisten in Beziehung gebracht habe. Genauer gesagt: Die Analyse der Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende im gut abgrenzbaren Feld eines Krankenhauses kann einerseits zugrundeliegende gesellschaftliche Phänomene in der Kommunikation und Interaktion mit schwerkranken und sterbenden Menschen aufzeigen, andererseits eine Aussage über den gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod heute machen.

Die Spezialisten des Palliativen Konsiliardienstes haben klare Vorstellungen, wie ideale Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende sein sollte. Zu Beginn ihrer Karriere erlebten sie Spannungen (moralische Dissonanz) zwischen ihrer Vorstellung von ide-

aler Kommunikation und Interaktion und ihren alltäglichen Erfahrungen im Umgang mit schwer kranken und sterbenden Patienten. Die Schlüsselkonzepte Offenheit in der Kommunikation und Interaktion und Gleichberechtigung in der interprofessionellen Zusammenarbeit haben ihnen geholfen, kontinuierlich Spannung zwischen Ideal und der Realität des alltäglichen beruflichen Handelns abzubauen.

## Offenes Bewusstsein

Offenheit in der Kommunikation und Interaktion beschreiben die Fachpersonen der Palliative Care und die nahestehenden Akteure als offene Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten und die offene und direkte Art zu kommunizieren.

Aber auch die in der Kommunikation am Lebensende geübten Fachpersonen verwenden Euphemismen (Beschönigungen). Denn mit Euphemismen kann die Aufmerksamkeit von (starken) Gefühlen wie Traurigkeit, Angst oder Erschrecken hin zu einer «leichter erträglicher» Version dieser Gefühle gesteuert werden. Alle befragten Fachpersonen sind sich einig darüber, dass die offene und ehrliche Auseinandersetzung mit Patienten und Angehörigen im Angesicht des Todes eines ihrer individuellen Ideale ist. Es geht also nicht nur um das psychologische Wissen und Geschick im Gespräch, sondern auch darum, wie nahe eine Fachperson am eigenen Ideal (Offenheit) in der Kommunikation und Interaktion ist. In

den Interviews mit Patienten zeigte sich zudem, dass diese die offene und direkte Kommunikation und das Sprechen über das Lebensende als befreiend erlebten und bei ihnen (und ihren Angehörigen) zum Abbau von Spannungen führten.

Offenheit in der Kommunikation und Interaktion am Lebensende kann als Annäherung an das offene Bewusstsein in der Kommunikation gesehen werden. Offenheit bekommt dann eine gesellschaftliche Bedeutung, wenn viele Menschen (Patienten, aber vor allem auch Angehörige) die Erfahrung machen, dass im Krankenhaus mit ihnen offen und auf Augenhöhe gesprochen wird. Die Spezialisten des Palliativen Konsiliardienstes sind dazu fähig und in der Lage, dem Spannungsfeld der Kommunikation und Interaktion am Lebensende mit Offenheit zu begegnen.

Im offenen Bewusstsein erkennen Fachpersonen und Patient an, dass der Patient bald sterben wird. Die Patienten verstehen, dass sie sterben werden, sie bleiben aber bei anderen Aspekten des Todes (wie der Todesart oder der zeitlichen Dimension) im Modus des geschlossenen Bewusstseins (Verdrängung). Die Atmosphäre ist in der Regel entspannt. Die Fachpersonen sprechen diese Details nur dann an, wenn sie glauben, dass sie für Patienten nicht störend oder verkräftbar sind.

Auch innerhalb des grösseren Kontextes des offenen Bewusstseins schafft das Zurückhalten von verunsichernden Details eine Atmosphäre der gegenseitigen Täuschung (alle wissen, dass der Patient sterben wird, aber alle Beteiligten täuschen vor, dies nicht zu wissen) rund um besonders schwierige Fragen.

Genau dieser Wechsel von Offenheit hin zur Verwendung von Euphemismen, bzw. der Verdrängung und Täuschung in der Kommunikation und Interaktion zeigt auf, dass Sterben und Tod ein hochsensibles, spannungsvolles, von individuellen Vorstellungen geprägtes, gesellschaftliches Feld ist, dem sich die involvierten Akteure nicht entziehen können. Diese Tatsache gilt es vor allem für die Fachpersonen ins Bewusstsein zu rücken.

Dr. rer.soc. Franzisca Domeisen Benedetti

Dr. rer.soc. Franzisca Domeisen Benedetti ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Palliativzentrum des Kantonsspitals St.Gallen

*zur Rose*

## Für Ihre Patienten mit mehr als 3 Medikamenten

## Dailymed<sup>®</sup> Verblisterung für eine optimierte und sichere Medikation

Dailymed stellt die Medikamente in Sachets individuell für jeden Patienten und nach Einnahmezeitpunkt sortiert bereit und gewährleistet so die korrekte Umsetzung der von Ihnen verordneten Medikationstherapie. Ihre Patienten werden bei der Verwendung von Zur Rose telefonisch betreut. Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen unter 0800 488 011 gerne zur Verfügung.



# Hospiz Aargau: Balanceakt zwischen ambulant und stationär



Dieter Hermann

Die optimale Versorgung von Menschen, welche sich in einer palliativen Situation befinden (diese fängt häufig mit der Diagnosestellung an), erfordert ein funktionierendes, interdisziplinäres Netzwerk. Hospiz Aargau bietet mit seinen drei Standbeinen einen integralen Bestandteil dieses verzahnten Systems.

«Hospiz Ambulant» begleitet Menschen im letzten Lebensabschnitt zu Hause. Wir entlasten pflegende Angehörige, indem wir den Patienten, die Patientin meist nächteweise begleiten; es kann mal wieder durchgeschlafen werden. Neben der Betreuung finden auf Wunsch Gespräche statt, da der Hospizgedanken die Angehörigen speziell psychosozial mit in das Handeln einbezieht. So unterstützen wir mit anderen Partnern wie der Spitex eine ganzheitliche, ununterbrochene Betreuung zu Hause.

Ist eine Pflege in den eigenen vier Wänden nicht (mehr) möglich, so bietet sich ein Übertritt ins stationäre Hospiz an. Hier werden die Menschen liebevoll und selbstbestimmt nach den Richtlinien der modernen, spezialisierten Palliative Care betreut. Fundiert ausgebildete Mitarbeiter ermöglichen eine individuelle, wunscherfüllende Betreuung ganz im Rhythmus des Patienten und der Patientin. Ihre Bedürfnisse geben den Weg vor, den sie gehen möchten – Zeit, um anzukommen, kostbare Zeit, um zu sein. Unser umfassendes, interprofessionelles Netzwerk von Fachpersonen und Spezialisten aus allen Gesundheitsbereichen, inklusiv den betreuenden Hausärzten und Hausärztinnen, ermöglichen höchste Lebensqualität und ein sicheres Aufgefangen werden in jeder Lebenssituation.

Die Trauertreffs und das Trauer-Café (ab Oktober in Aarau) bieten eine wertvolle Gelegenheit, sich in einem geschützten Umfeld mit anderen Betroffenen auszutauschen und erlebte, schmerzhaft Erfahrungen und Verluste gemeinsam zu verarbeiten. Wir schaffen hierzu die notwendige Vertrauensbasis und moderieren auf mitfühlende und inspirierende Art und Weise.

Hospiz Aargau – Kantonale Kompetenz in spezialisierter Palliative Care!

Dieter Hermann

Dieter Hermann ist Geschäftsführer von Hospiz Aargau. Weitere Infos: [www.hospiz-aargau.ch](http://www.hospiz-aargau.ch)

# Definitionen aktive und passive Sterbehilfe

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, als Arzt Sterbehilfe zu leisten. Welche genau legal und illegal sind, sind im Strafgesetzbuch festgehalten. Einzig die direkte aktive Sterbehilfe ist strafbar, in den anderen Bereichen befinden wir uns in gesetzlichem Graubereich. Bis heute werden im Parlament gesetzliche Regulierungen diskutiert. Die aktuelle Gesetzeslage sieht wie folgt aus:

**Direkte aktive Sterbehilfe:** Dabei wird durch eine Verabreichung von Medikamenten beispielsweise der Tod gezielt herbeigeführt zur Verkürzung des Leidens. Diese Form der Sterbehilfe ist heute nach Artikel 111, 114 oder 113 StGB strafbar.

**Indirekte aktive Sterbehilfe:** Bei dieser Form der Sterbehilfe kommen Medikamente wie z.B. Morphin zum Einsatz, welche in erster Linie zur Leidenslinderung eingesetzt werden. Eine dadurch verkürzte Lebensdauer wird in Kauf genommen. Es gibt hierzu keine klare Regelung im StGB und ist somit grundsätzlich erlaubt.

**Passive Sterbehilfe:** Wenn lebenserhaltende Massnahmen nicht (mehr) aufgenommen oder abgebrochen werden, gilt dies als passive Sterbehilfe. Wie bei der indirekt aktiven Sterbehilfe ist dies nicht gesetzlich geregelt und gilt als erlaubt.

**Beihilfe zum Selbstmord bzw. Suizidhilfe:** In diesem Falle wird dem Patienten geholfen, eine tödliche Substanz zu vermitteln, die er selbstständig einnimmt. Gemäss Artikel 115 des StGB ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, solange keine «selbstsüchtige Beweggründe» vorliegen, ansonsten droht eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder eine Geldstrafe.

## Gesetzliche Grundlagen (Strafgesetzbuch – StGB)

**Art. 111, Vorsätzliche Tötung:** Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

**Art. 112, Mord:** Handelt der Täter besonders skrupellos, sind namentlich sein Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich, so ist die Strafe lebenslängliche Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.

**Art. 113 Totschlag:** Handelt der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

**Art. 114 Tötung auf Verlangen:** Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

**Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord:** Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Quellen:

1. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung, <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>; Stand 26.6.18
2. Schweizerisches Strafgesetzbuch; zweites Buch, erster Titel: Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html#a261bis>, Stand: 26.06.18

# Definitionen Handlungs- und Urteilsfähigkeit

In Anbetracht der Aufnahmekriterien der Sterbehilfegesellschaften werden hier nochmals die gesetzlichen Definitionen der Handlungs- und Urteilsfähigkeit aufgeführt. Sollten diese beiden Bedingungen nicht erfüllt sein, ist es nicht möglich, die Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

**Handlungsfähigkeit:** Wer handlungsfähig ist, hat die Fähigkeit, durch seine Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen. Voraussetzung dazu: Die Handlungsfähigkeit besitzt, wer volljährig und urteilsfähig ist.

**Urteilsfähigkeit:** Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder

ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Handlungsunfähig sind urteilsunfähige Personen, Minderjährige sowie Personen unter umfassender Beistandschaft. Wer nicht urteilsfähig ist, vermag unter Vorbehalt der gesetzlichen Ausnahmen durch seine Handlungen keine rechtliche Wirkung herbeizuführen.

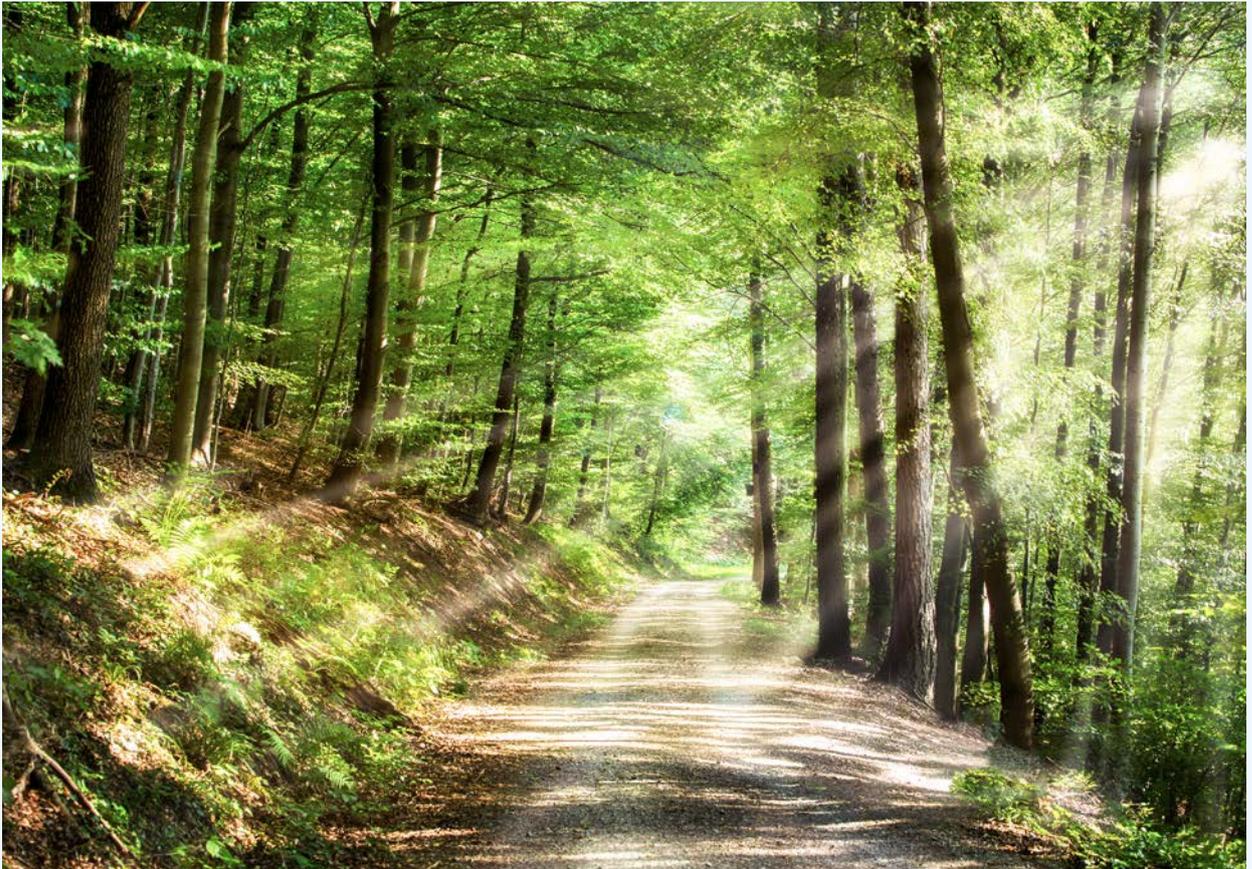
Quellen:

Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Erster Teil: Das Personenrecht.

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201801010000/210.pdf>, Stand 26.06.2018



# Die Freitodbegleitung mit EXIT – Wissenswertes für den Hausarzt



## 1. Welches sind die Aufnahmebedingungen für EXIT?

Gemäss Vereinsstatuten kann Mitglied werden, wer das 18. Altersjahr vollendet hat und das schweizerische Bürgerrecht besitzt oder als Ausländer in der Schweiz wohnhaft ist.

## 2. Wie laufen die Abklärung und die Freitodbegleitung ab?

Wer eine Freitodbegleitung in Betracht zieht, wendet sich persönlich oder über Angehörige an die EXIT-Geschäftsstelle in Zürich. Nach telefonischer Erstberatung wartet EXIT bis zum Eingang des benötigten ärztlichen Berichts. Danach besucht ein Mitglied des Freitodbegleitungsteams die sterbewillige Person und klärt im persönlichen Gespräch – wenn möglich unter Einbezug von Angehörigen – die Situation, mögliche Alternativen und das Umfeld. Eine Freitodbegleitung kommt dann in Frage, wenn Urteilsfähigkeit und Tatherrschaft gegeben sind, der Sterbewunsch autonom entstanden, wohl-

wogen und konstant ist und wenn eine hoffnungslose Prognose oder subjektiv unerträgliche Schmerzen bzw. eine subjektiv unzumutbare Behinderung vorliegt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Rezeptierung des Sterbemittels (= Natrium-Pentobarbital, ein Barbiturat) über den Hausarzt, einen behandelnden Spezialarzt oder einen von EXIT zugezogenen Konsiliararzt. Ab erfolgter Rezeptierung kann das Mitglied frei entscheiden, ob und wann es eine Freitodbegleitung in Anspruch nehmen möchte. Die Freitodbegleitung findet zu Hause und in Anwesenheit von Angehörigen oder Freunden statt. Am festgelegten Termin und in einem von der betroffenen Person definierten Rahmen überbringt das Mitglied des Freitodbegleitungs-Teams das Sterbemittel. Der sterbewillige Mensch nimmt den letzten Schritt selbst vor, d.h. er schluckt das Medikament oder öffnet den Infusionshahn, falls eine IV-Zu-

fuhr nötig ist. Nach wenigen Minuten fällt er in einen Tiefschlaf. Der Tod durch Kreislauf- und Atemstillstand tritt meist nach etwa einer halben Stunde unbemerkt und friedlich im Schlaf ein. Jeder Freitod, auch ein von EXIT begleiteter, gilt rechtlich als sogenannter «aussergewöhnlicher Todesfall». Deshalb muss nach Feststellung des Todes die Polizei benachrichtigt werden.

### 3. Was ist dabei Aufgabe der sterbewilligen Person?

Sie muss Mitglied von EXIT sein oder spätestens bei Beginn der Abklärungen beitreten. Es ist ihre Aufgabe, den betreuenden Arzt um einen schriftlichen Bericht z.H. von EXIT zu bitten und diesem das von EXIT dafür ausgehändigte Frage- und Informationsblatt abzugeben. Und sie sollte wenn immer möglich die engen Angehörigen informieren und klären, wer bei der Freitodbegleitung mit dabei sein wird.

### 4. Was ist dabei Aufgabe des (Haus-)Arztes?

Er hat EXIT einen ärztlichen Bericht anhand des von der sterbewilligen Person oder ihren Angehörigen überbrachten Fragekatalogs zu übermitteln. Neben Auskünften zur Diagnose, Prognose, Alternativen, bereits durchgeführten Therapien ist in diesem Bericht auch die Urteilsfähigkeit zu beurteilen und die Frage zu beantworten, ob man später gegebenenfalls bereit wäre, das Rezept für das Sterbemittel auszustellen.

### 5. Wer ist bei der Freitodbegleitung dabei?

Bei einem assistierten Suizid müssen neben dem Sterbewilligen mindestens zwei Zeugen anwesend sein, d.h. neben dem Mitglied des Freitodbegleitungsteams mindestens eine zusätzliche Person. Sollte jemand ohne Angehörige und Freunde sein, so organisiert EXIT einen zusätzlichen Zeugen.

### 6. Inwieweit kann eine Freitodbegleitung stattfinden?

Alle oben aufgeführten Vorbereitungen benötigen in der Regel mindestens zwei Wochen. In Ausnahmefällen kann es schneller gehen, z.B. wenn ein bereits vorinformierter Hausarzt den Bericht inklusive Rezept sehr schnell erstellt, die infauste Prognose unbestritten ist und wenn alle Angehörigen bereits im Vorfeld vom Patienten über den Freitodwunsch informiert wurden und dieses Ansinnen mittragen. In komplexen und/oder primär noch unklaren Situationen werden dagegen oft mehrere Wochen oder gar Monate und wiederholte Gespräche benötigt.

### 7. Wo gibt es weiterführende Informationen?

Unter [www.exit.ch](http://www.exit.ch) (Website für die Allgemeinheit) sowie unter [www.exitmed.ch](http://www.exitmed.ch) (Website speziell für die Ärzteschaft).

#### Marion Schafroth

Vizepräsidentin von EXIT Deutsche Schweiz

#### Voraussetzungen für den Freitod:

- Urteilsfähigkeit
- Tatherrschaft
- Autonomer, wohlwogener und konstanter Sterbewunsch
- Hoffnungslose Prognose oder subjektiv unerträgliche Schmerzen bzw. eine subjektiv unzumutbare Behinderung

#### Minimal notwendige Dokumente:

- Diagnoseliste vom behandelnden Arzt
- Bestätigung der Urteilsfähigkeit
- Rezept für Natrium-Pentobarbital

Alle Artikel der Rubrik DEFACTO | Medizin finden Sie auf unserer Webseite [www.argomed.ch](http://www.argomed.ch) im Register Arztpraxis unter Medizin.

## «Ja» zum echten Hausarztmodell

Das echte Hausarztmodell ist eine Erfolgsgeschichte. Seit mehr als 20 Jahren arbeiten hierbei die Versicherer und die Ärzteschaft vertraglich zusammen und erreichen nicht nur substanzielle Kosteneinsparungen, sondern auch eine qualitativ hochstehende Versorgung. Immer mehr nichtärztlich gesteuerte und häufig kurzdauernde Managed Care-Produkte konkurrieren aber das echte Hausarztmodell. Diese Produkte werden mit hohem Prämienrabatt vermarktet und verwenden häufig die Attribute «Hausarzt», obgleich der Zugang zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin hierbei nicht sichergestellt ist. Für die Versicherten ist es schwierig zu differenzieren, was in dem Produkt steckt.

Verschiedene unabhängige Studien zeigen, dass solche Produkte (z.B. Apotheken- oder Telemedizinische Modelle) bis heute noch nie die durch das echte Hausarztmodell erbrachten Kosteneinsparungen erreicht oder übertroffen haben. Trotzdem werden sie teilweise mit hohen Rabatten angeboten. Auch die Listenmodelle, bei denen keinerlei vertragliche Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den Versicherern besteht und damit auch keine Steuerung des Patienten im Behandlungspfad stattfindet, profitieren «gratis» von den sorgfältig aufgebauten Qualitäts- und Effizienzbestrebungen der Ärzteschaft für das echte Hausarztmodell.

Ein Gerichtsentscheid vom April 2018 stärkt nun auch das Listenmodell der Assura, indem es festhält, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht von der einseitig durch den Versicherer erstellten Liste streichen lassen können. Höchste Zeit also, uns gemeinsam wieder vermehrt für das echte Hausarztmodell einzusetzen!

Ein verbindlicher Zusammenarbeitsvertrag zwischen den Ärztenetzen und den Krankenversicherern ist die Basis für eine qualitativ hochstehende und kostengünstige Hausarztmedizin. Die Qualitäts- und Effizienzbestrebungen der Ärzteschaft im Sinne der Patienten werden gewürdigt und die durch das Ärztenetz übernommene Budgetmitverantwortung beinhaltet ein verbindliches Kostendach. Die Behandlung chronisch kranker Patienten in der Hausarztpraxis sowie die dazu nötige Stärkung der Rolle der Medi-

zischen Praxisassistentinnen können ebenfalls nur unter dieser Voraussetzung erfolgreich umgesetzt werden.

### Unsere Aktivitäten für ein starkes Hausarztmodell

- Ende Mai 2018 haben wir unsere angeschlossenen Arztpraxen detailliert über die rechtliche Situation in Zusammenhang mit Listenmodellen und Überweisungsscheinen informiert. Kontaktieren Sie uns, wenn Sie mehr darüber erfahren möchten.
- Das Merkblatt für das Praxispersonal zu den wichtigsten Themen rund um Aufnahmestopp, Modellwechsel und Überweisungsscheine finden Sie im geschützten Bereich der Argomed Webseite unter Downloads. Im Herbst 2018, passend zur kommenden «Wechsel-Zeit», staffieren wir Ihre Praxis dann wiederum mit aktuellstem Informationsmaterial aus.
- Mit der Webseite [www.hausarztmodell.ch](http://www.hausarztmodell.ch) stellen wir eine detaillierte Informationsplattform mit direkter Hausarztsuche für Ihre Patienten und Versicherten zur Verfügung. Sie sind herzlich eingeladen, von diesem Angebot Gebrauch zu machen und Ihre Patienten direkt an uns zu verweisen. Wir sind via [info@hausarztmodell.ch](mailto:info@hausarztmodell.ch) oder +41 56 48 303 48 gerne für Sie da.
- Wir setzen uns auf politischem Weg aktiv dafür ein, dem echten Hausarztmodell einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen.

- Wir möchten mit Versicherungspartnern zusammenarbeiten, welche wie wir das echte Hausarztmodell fördern und auch weiterentwickeln wollen. Mitte 2018 haben die Argomed Ärztenetze deshalb einstimmig beschlossen, den Managed Care-Vertrag mit Assura-Basis SA per 31.12.2018 zu beenden, da in dieser Zusammenarbeit leider keine Förderung des echten Hausarztmodelles möglich war.

### Wir sagen «Ja» zum echten Hausarztmodell! Und Sie?

**Dr. Claudine Blaser Egger**  
Argomed, Geschäftsführerin

**Martina Gottburg**  
Argomed, Kommunikation & Marketing

# Gelungener Jubiläumsanlass 20 Jahre Argomed

Die Geschichte der Argomed, die am 24. Mai 2018 ihr 20-jähriges Bestehen feierte, ist untrennbar mit der Geschichte von Managed Care verbunden. Lassen Sie mit uns den Anlass Revue passieren.

Das ehrwürdige Ballyhouse in Schönenwerd bot die perfekte Kulisse für diese Feier. Bei strahlendem Sonnenschein empfangen wir über 250 Gäste. Im Vorfeld des Galadiners fand die ordentliche Generalversammlung statt – mit Rückblick auf das vergangene Jahr und mit Ausblick auf unseren strategischen Fokus:

- **Hausarztmedizin**

Wir setzen uns für eine starke Hausarztmedizin ein – politisch und praxisnah.

- **Hausarztmodell**

Wir fördern und entwickeln das echte Hausarztmodell – weil es auch in Zukunft Sinn macht.

- **Hausarztpraxis**

Wir unterstützen die Hausarztpraxis – unser Leistungsangebot für Sie und Ihr Praxisteam.

Während die Aktionärinnen und Aktionäre über die Zahlen des vergangenen Geschäftsjahres abstimmten, genossen ihre Begleitpersonen ein attraktives Rahmenprogramm – wahlweise im Schuhmuseum oder in der wunderschönen Parkanlage. Dr. Wolfgang Czerwenka eröffnete mit seiner Rede das Galadiner. Vor dem Hauptgang würdigte Philip Baumann in seiner Laudatio Dr. Kurt Kaspar für seine Initiativen und tatkräftigen Projekte. Als besonderes Highlight folgte der Kabarettist Lorenz Keiser, welcher das Schweizer Gesundheitswesen einer überaus gelungenen, satirischen Analyse unterzog, die vielen Anwesenden die Lachtränen in die Augen trieb. Zum Abschluss präsentierte die Geschäftsführerin Dr. Claudine Blaser Egger die Jubiläumsausgabe des DEFACTO.

Die fetzigen Klänge der Blues Band «Who stole my Mojo» luden zu einem Schlummertrunk an der Bar ein. Dort liessen wir den Abend gemütlich ausklingen. Die Argomed Ärzte AG bedankt sich herzlich bei allen Anwesenden, die mit uns gefeiert haben. Schnapsschüsse zum Abend finden Sie auf dieser und der nächsten Seite.

**Michelle Stettler**

Argomed, Kommunikation & Marketing





# Fortbildungen und Anlässe

Anlass	Zielgruppe	Datum/Zeit/Ort
Qualitätssicherung mal anders – Einblick ins Rega-Center Zürich Flughafen	Für QZ-Leitende und Ärzte mit Mehr-FachArzt-Zertifikat	Donnerstag, 18. Oktober 2018, 16 Uhr, Zürich Flughafen
Qualitätskontrolle im Praxislabor: effizient und zeitsparend? Aber sicher!	Für MPA	Donnerstag, 25. Oktober 2018, 13.30 – 17.30 Uhr, Argomed Ärzte AG
Qualitätskontrolle im Praxislabor: effizient und zeitsparend? Aber sicher!	Für MPA	Donnerstag, 08. November 2018, 13.30 – 17.30 Uhr, Medics Labor AG, Bern
Argomed Forum – «Neue Form der Diabetesbetreuung in der Hausarztpraxis»	Für Ärzte und MPA/MPK	Donnerstag, 08. November 2018, 17.00 – 20.00 Uhr, Hotel Arte, Olten
Kommunikation in schwierigen Situationen	Für Ärzte und MPA	Donnerstag, 15. November 2018, 13.30 – 17.30 Uhr, Pflegezentrum Baden
Medizinische Triage – strukturierte Praxisabläufe verbessern die Patientensicherheit (Organisationsmodul)	Für Ärzte und MPA	Donnerstag, 22. November 2018, 13.30 – 17.30 Uhr, Ort wird noch bekanntgegeben
Obligatorische Fortbildung im Strahlenschutz – «Röntgen Refresher»	Für Ärzte und MPA	wählbar, in Ihrer Praxis

## Anmeldung:

Online unter [www.argomed.ch/Veranstaltungen](http://www.argomed.ch/Veranstaltungen)

**ARGO  
MED.**

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG  
Bahnhofstrasse 24  
CH-5600 Lenzburg  
T +41 56 483 03 33  
F +41 56 483 03 30  
[argomed@argomed.ch](mailto:argomed@argomed.ch)  
[www.argomed.ch](http://www.argomed.ch)