

## Stellungnahme von

Name/Institution/Organisation : Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Abkürzung Institution/Organisation : SPO

Adresse : Geschäftsstelle SPO, Häringstrasse 20, 8001 Zürich

Kontaktperson : Daniel Tapernoux

Telefon : 071 278 42 40, jeweils donnerstags und freitags (Freitag nur am Nachmittag)

E-Mail : daniel.tapernoux@spo.ch

Datum : 23.2.2018

Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte als **Word-Dokument bis spätestens 24. Februar 2017** an: ethics ( at ) samw.ch

<b>Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»</b>	
<b>Name/ Institution</b> <small>(Bitte die auf Seite 1 vermerkte Ab- kürzung verwenden)</small>	<b>Allgemeine Bemerkungen</b>
SPO	<p>Gerne nehmen wir zu Ihrer Richtlinie wie folgt Stellung.</p> <p>Insgesamt begrüssen wir die vorliegende Version der Richtlinie „Umgang mit Sterben und Tod“. Ebenfalls befürworten wir die Erweiterung des Geltungsbereiches (z. B. auf Gespräche mit Patientinnen bei Diagnose einer tödlichen Krankheit, Umgang mit Sterbewünschen) gegenüber der Vorgänger-Richtlinie „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ von 2004 respektive 2013.</p> <p>Bei der für die Richtlinie verantwortlichen Subkommission sowie den beigezogenen Expertinnen (Vorschlag SAMW Seite 26) fällt auf, dass jeweils nur eine Person aus der Berufsgruppe der Pflegenden vertreten war. Für die Zukunft ist es dringend notwendig, dass diese Berufsgruppe noch mehr und mittels stärkerer Vertretung miteinbezogen wird. Gerade die Rolle der Pflegenden ist für die Patientinnen am Ende ihres Lebens zentral. Daneben ist zukünftig auch ein Miteinbezug von Patientinnen-Vertretungen wünschenswert.</p> <p>Inhaltlich schaffen die Kapitel 1 bis 5 wichtige Voraussetzungen für den Umgang mit Erkrankten mit sehr erster Prognose, Sterbenden und deren Umfeld. Von zentraler Bedeutung sind die Kapitel 4. „Umgang mit Sterbewünschen“ und 5. „Entscheidungsprozesse“. In Kapitel 5 geht es um den Miteinbezug der Patientin und der Angehörigen sowie den Umgang mit Konfliktsituationen in diesem Zusammenhang. Insbesondere hervorzuheben ist Kapitel 5.2. Betonung der Bedeutung von Vorausplanung von Behandlung und Betreuung sowie dem Verweis auf „Advance Care Planning“.</p> <p>Kritische Anmerkungen möchten wir bei Kapitel 6 anbringen. Wir schlagen folgende Änderung der Gliederung vor:</p> <p><b>6. 1. Allgemein akzeptierte Handlungen</b>          6.1.1. Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch          6.1.2. Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen</p> <p><b>6.2. Situationsabhängig: allgemein akzeptierte bis kontrovers diskutierte Handlungen (Grauzone)</b>          6.2.1. Sedierung          6.2.2. Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit</p>

### **6.3. Kontrovers diskutierte Handlungen**

6.3.1. Suizidhilfe

### **6.4. Nicht zulässige Handlungen**

6.4.1. Tötung auf Verlangen

6.4.2. Tötung ohne entsprechendes Verlangen

Einerseits sehen wir einen deutlichen Abgrenzungsbedarf zwischen Behandlungsverzicht/-abbruch, Schmerz-/Symptomlinderung und Sedierung. Andererseits besteht ein ebensolcher zwischen Begleitung/Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit und Suizidhilfe.

Dass die Sedierung in Abhängigkeit der Situation einer unterschiedlichen Bewertung bezüglich Akzeptanz (in Fachkreisen) bedarf, lässt sich aus dem vorliegenden Text (Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.3.) ableiten. So ist zum Beispiel situationsabhängig darüber zu entscheiden, ob eine Sedierung gerechtfertigt ist. Dabei spielt es zum Beispiel eine Rolle, ob eine Patientin unter therapierefraktären Symptomen leidet und sich in der Sterbephase befindet oder ob es sich um ein andauerndes existentielles Leiden, welches auf andere Massnahmen nicht anspricht, bei einer nicht sterbenden Patientin handelt. Ebenfalls ist wichtig, ob eine von der Dauer her vorübergehende oder kontinuierliche sowie von der Intensität her eine leichte oder symptomgesteuerte (tiefere) Sedierung geplant ist. Auch ein zentrales Kriterium ist, ob eine Sedierung dem Willen der Patientin entspricht oder nicht (z. B. wenn die Situation durch das Team und/oder die Angehörigen schlecht auszuhalten ist).

Im Vorschlag der SAMW Kapitel 6.1.3. werden viele, teils komplexe Voraussetzungen genannt, welche erfüllt sein müssen, damit eine entsprechende Sedierung durchgeführt werden darf. Dies lässt – nebst der Notwendigkeit für eine bessere Strukturierung des Kapitels „Sedierung“ (siehe Kommentar zum Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.3.) – erkennen, dass eine Sedierung unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten nicht immer zu den allgemein akzeptierten Handlungen gehört. Vielmehr handelt es sich um eine wichtige Massnahme, welche unter bestimmten Voraussetzungen, damit situationsabhängig ganz klar unverzichtbar sein kann (z. B. bei Strebenden mit therapierefraktären Symptomen) und nicht vorenthalten werden darf. In diesem Zusammenhang stellt die Erleichterung des Sterbens unter Inkaufnahme einer möglichen oder sicheren Beeinflussung des Todeszeitpunktes eine der grössten Errungenschaften der Palliativmedizin dar. Umgekehrt gibt es entsprechend den oben genannten Kriterien Situationen, in denen eine Sedierung umstritten ist. Zum Beispiel wird existentielles Leiden von anderen Autoren bzw. in anderen Ländern<sup>1</sup> nur in Ausnahmefällen als Indikation für eine Sedierung angesehen. Das gilt vor allem für eine kontinuierliche, tiefe Sedierung. Gemäss dem Vorschlag der SAMW Kapitel 6.1.3. Seite 15 ist allerdings bei existentiellem Leiden möglicherweise (?) nur eine zeitlich limitierte Sedierung zulässig (siehe unten: Kommentar zum Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.3.). Ebenfalls wird von anderen Autoren als Grund für die Zurückhaltung die schlechte Erfassbarkeit des existentiellen Leidens durch andere Personen angeführt<sup>1</sup>. Vor allem letzteres gilt auch für Leiden im psychischen und spirituellen Bereich (Bewertung eines etwas anderen Aspektes desselben Problems siehe Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.3., Seite 16). Alle genannten Punkte lassen erkennen, dass die Sedierung – wenn auch in gewissen Situationen unverzichtbare Behandlungsmethode – nicht per se zu den allgemein-akzeptierten Handlungen gehört, sondern je nach Situation durchaus auch kontrovers diskutiert wird.

Daneben spielt eine Rolle, dass das Ausmass der aktiven Handlung seitens des Behandlungsteams bei der Sedierung gegenüber Behandlungsverzicht/-abbruch und Schmerz-/Symptomlinderung wesentlich grösser ist. Und dass eine Sedierung auch bezüglich Interaktionsfähigkeit mit der Umgebung und weiterer Mitentscheidungsfähigkeit erheblich mehr Auswirkungen hat (vergleiche Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.3., Seite 16 und siehe unten: Kommentar zu diesem Kapitel).

Zusammenfassend ist eine Abgrenzung der Sedierung gegenüber Behandlungsverzicht/-abbruch und Schmerz-/Symptomlinderung nach unserer Ansicht dringend notwendig. Oder anders formuliert: Zwischen diesen Massnahmen keine Abgrenzung zu machen erscheint uns unsorgfältig, angesichts der grossen ethischen Verantwortung.

Bei der Begleitung und dem Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit braucht es ebenfalls eine Abgrenzung gegenüber der Suizidhilfe. Die implizite Gleichstellung von Begleitung/Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit mit Suizidhilfe wie sie am Anfang der Einführung von Kapitel 6.2. (Vorschlag SAMW, Seite 16) geschieht, muss entschieden widersprochen werden. Am Schluss der Einführung (Vorschlag SAMW, Seite 17) werden dann allerdings die Unterschiede differenzierter ausgeführt. Bereits an dieser Stelle wird auch erwähnt, dass Begleitung/Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit – je nach Situation - sowohl allgemein akzeptiert als auch kontrovers diskutiert werden kann (Grauzone). Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass es dabei – in gewissen Situationen – gar um nicht zulässige Handlungen gehen kann. Dasselbe gilt auch für die Sedierung bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, wenn es darum geht, Hunger- und/oder Durstgefühle zu unterdrücken (vergleiche Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.2., Seite 17) . Somit lässt sich bereits aufgrund des Vorschlags der SAMW begründen, dass Sedierung und Begleitung/Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit in dieselbe situationsabhängige Grauzone gehören und deshalb mit aller Deutlichkeit gegenüber Suizidhilfe abgegrenzt werden müssen.

Die Abgrenzung gegenüber der Suizidhilfe ist darum so wichtig, weil diese – auch wenn alle Voraussetzungen (siehe Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.1., Seite 17 und 18) erfüllt sind – in keiner Situation einer allgemein akzeptierten Handlung entsprechen wird.

Es braucht dazu eine aktive Handlung (Einnahme des Medikamentes) durch die Patientin und die ärztliche Verschreibung oder Abgabe des den Tod herbeiführenden Medikamentes ist unumgänglich. Ebenfalls ist der für die Suizidhilfe notwendige Ansatz problematisch, welcher von einer absoluten individuellen Autonomie ausgeht und verkennt, dass ein Mensch sich zu einem grossen Teil über seine sozialen Beziehungen definiert (siehe auch unten: Kommentar und Antrag zum Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.1.) Oder wie es der Religionsphilosoph Martin Buber 1923 formulierte: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ oder 1960 „Mensch sein heisst, das gegenüber seiende Wesen sein.“<sup>ii</sup>

Dazu kommt die Selbstbestimmung des genauen Todeszeitpunktes, welche für die nahestehenden Menschen als sehr belastend empfunden werden kann.

Trotzdem soll die Suizidhilfe unbedingt weiter straffrei und vor allem auch Bestandteil dieser Richtlinie bleiben. Allerdings nur mit einer klaren Abgrenzung zur Begleitung und zum Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

	<p>Die Unterscheidung zwischen aktiven und passiven Massnahmen gilt nicht nur für das Behandlungsteam, sondern auch für die Patientinnen. Im Gegensatz zur Suizidhilfe handelt es sich beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um eine passive Massnahme seitens der Patientin. Daneben kann die Patientin den Verzicht – im Gegensatz zum Beispiel zur Symptomlinderung und Sedierung – in erster Linie selbstständig umsetzen. Die Begleitung und das Symptommanagement durch das Behandlungsteam werden aber in der Realität meist notwendig sein.</p> <p>Ebenfalls weist der Vorschlag der SAMW für das Kapitel 6.2.2. (Seite 18 und 19) sehr gut auf die Situationsabhängigkeit der Akzeptanz der Begleitung und des Symptommanagements bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit hin. So entspricht in der Sterbephase ein Symptommanagement im Rahmen eines solchen Verzichts einer allgemein akzeptierten Handlung, währenddem dies das Behandlungsteam bei Patientinnen vor der Sterbephase vor deutlich schwierigere Entscheidungen stellt. Auch hier ergibt sich ein klarer Hinweis, dass diese Massnahme sich situationsabhängig und im Gegensatz zur Suizidhilfe in einer ethischen Grauzone befindet.</p> <p>Wichtig ist im Zusammenhang mit der Begleitung/Symptommanagement bei Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit der Aspekt der Freiwilligkeit (siehe Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.2., Seite 18 sowie untenstehender Kommentar und Antrag dazu), welcher unabdingbare Voraussetzung ist, damit diese Massnahmen in bestimmten Situationen als allgemein akzeptiert gelten können. Ebenfalls ist beim Symptommanagement in diesem Rahmen zu unterscheiden zwischen Massnahmen, die sich gegen Symptome der Grundkrankheit richten und auch ohne Verzicht bestehen würden und Beschwerden, die durch den Verzicht bedingt sind. Erstere dürften allgemein akzeptiert sein, währenddem bei den letzteren schwierigere Entscheidungen anstehen. In der Praxis dürfte allerdings diese Unterscheidung teilweise schwer fallen.</p> <p>Zusammenfassend ergibt sich ein Bild, welches eine klare Situationsabhängigkeit bei der Einschätzung von Begleitung/Symptommanagement bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit und einen deutlichen Unterschied zur Suizidhilfe erkennen lässt. Zusammen mit der Sedierung lassen sich die Massnahmen bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit in eine Grauzone (situationsabhängig allgemein akzeptiert bis kontrovers diskutiert (oder gar nicht zulässig)) einordnen. Insgesamt lässt sich damit die Forderung nach einer Abgrenzung gegenüber der Suizidhilfe als dringend notwendig begründen. Umgekehrt erscheint es uns unsorgfältig keine klare Unterscheidung zu machen, angesichts der ethisch heiklen Entscheidungen bei der Suizidhilfe.</p>		
<b>Name/ Institution</b>	<b>Kapitel</b>	<b>Kommentar/Bemerkungen</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
SPO	6.1.3. Sedierung	Wie oben bereits erwähnt ist eine bessere Strukturierung dieses Kapitels nach unserer Ansicht notwendig. Gerade, weil die Akzeptanz der Sedierung situationsabhängig ist, braucht es in diesem Kapitel Unterscheidung mit klaren Kriterien oder Voraussetzungen. Das kann beispielsweise in Tabellenform oder mittels Aufzählung geschehen.	Überarbeitung dieses Kapitels mit besserer Strukturierung anhand Überlegungen in der Spalte "Kommentar/Bemerkungen". Dabei sprengt eine detaillierte Leitlinie zur Sedierung, entsprechend zu den in den

		<p>Die Kriterien oder Voraussetzungen sind zum Beispiel (nicht abschliessend):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Art des Leidens / der refraktären Symptome z. B.<ul style="list-style-type: none"><li>o somatisch</li><li>o psychisch</li><li>o existentiell</li><li>o spirituell</li><li>o Furcht vor spezifischem Symptom (z. B. Erstickengefühl)</li><li>o Risiko einer Notfallsituation (z. B. Blutung)</li><li>o Hunger und Durstgefühle bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit</li></ul></li><li>- Krankheitsstadium z. B.<ul style="list-style-type: none"><li>o noch nicht sterbend</li><li>o sterbend</li></ul></li><li>- geplante Dauer der Sedierung z. B.<ul style="list-style-type: none"><li>o temporär</li><li>o kontinuierlich (bis zum Tod)</li></ul></li><li>- geplante Tiefe der Sedierung z. B.<ul style="list-style-type: none"><li>o leicht</li><li>o tief symptomgesteuert</li></ul></li><li>- Zustimmung / Entscheid zur Sedierung in Abhängigkeit der Urteilsfähigkeit<ul style="list-style-type: none"><li>o über direkte Willensäusserung bei Urteilsfähigem</li><li>o vertretungsberechtigte Person und (oder ausschliesslich) nach Patientenverfügung / Advanced Care Planning bei Urteilsunfähigkeit sowie soweit möglich unter Miteinbezug des urteilsunfähigen Person</li><li>o vertretungsberechtigte Personen nach mutmasslichem Willen bei Urteilsunfähigkeit sowie soweit möglich unter Miteinbezug des urteilsunfähigen Person</li><li>o nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person (v. a. in zeitlich dringenden Fällen)</li></ul></li></ul>	<p>Fussnoten erwähnten, den Rahmen dieser Richtlinie. Ziel muss aber eine bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit sein.</p>
--	--	--	---

		<p>Anschliessend kann eine Bewertung der unterschiedlichen Situationen anhand der einzelnen Kriterien und/oder Voraussetzungen erfolgen. Dies im Hinblick darauf, ob und welche Art der Sedierung eine allgemein-akzeptierte, kontrovers diskutierte oder gar nicht zulässige Massnahme darstellt.</p> <p>Des Weiteren braucht es eine klarere Abgrenzung zwischen Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen (Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.2.) gegenüber der Sedierung. Von anderen<sup>iiii</sup> wird eine Gabe von Opiaten (z. B. über eine Infusion) nicht als Sedierung im engeren Sinn gesehen und nur die (zusätzliche kontinuierliche und/oder zeitlich begrenzte) Therapie mit Sedativa, Neuroleptika oder Anästhetika (Propofol). So wie das Kapitel 6.1.2., 6.1.3. und der Eintrag im Glossar zu „Palliativer Sedierung“ (Seite 21) im Vorschlag der SAMW formuliert ist, besteht eine Unschärfe in dieser Zuordnung (z. B. „sedierende Analgetika, ... Behandlungsziel (z. B. Schmerzfreiheit ...)“). Dies kann dazu führen, dass es zu Unklarheiten bei der Einordnung einer bestimmten Therapie kommen kann. In der Praxis können auch Opiate den Bewusstseinszustand herabsetzen und die Angst, dadurch das Leben zu verkürzen darf nicht dazu führen, zu tief zu dosieren mit daraus folgender ungenügender Symptomkontrolle. Umgekehrt darf die Opiattherapie über das Mass einer optimalen Symptomkontrolle hinaus gesteigert werden und es muss in Fällen von gemischten Symptomen (z. B. Schmerzen, Atemnot und Unruhe) eine zusätzliche Sedierung mit allenfalls sogar Reduktion der Opiatbehandlung erwogen werden. Ebenfalls können die oben genannten Medikamente (v. a. Neuroleptika und Benzodiazepine) auch zur Behandlung von Symptomen wie Unruhe (Delir) eingesetzt werden.</p> <p>Entscheidend zur Abgrenzung ist bei der Sedierung die Absicht, den Bewusstseinszustand zur Leidenslinderung herabzusetzen und bei der Symptomlinderung die Absicht, die Beschwerden erträglicher zu</p>	<p>Bessere Abgrenzung zwischen Linderungen von Schmerzen und anderen Symptomen und Sedierung mit Fokussierung auf die zu Grunde liegende Absicht: Leiden mindern ohne beziehungsweise mit Herabsetzung des Bewusstseinszustandes sowie Auswirkungen auf die Interaktionsfähigkeit (siehe Überlegungen in der Spalte “Kommentar/Bemerkungen”).</p>
--	--	--	---

		<p>machen ohne den Bewusstseinszustand zu verändern. Bei der Symptomlinderung wird aber die mögliche Herabsetzung des Bewusstseinszustandes in Kauf genommen (analog zur möglichen Beschleunigung des Todes) zu Gunsten einer optimalen Kontrolle der Beschwerden. Diese Unterscheidung ist zentral, weil mit der Herabsetzung des Bewusstseinszustandes auch die Interaktionsfähigkeit beeinträchtigt wird. Somit steht hinter der Absicht der Sedierung auch die sehr wahrscheinliche Inkaufnahme des (teilweisen) Verlustes dieser Interaktionsfähigkeit. Im Gegensatz dazu ist bei der Symptomlinderung der Verlust der Interaktionsfähigkeit nur möglich, teilweise auch im Rahmen des natürlichen Verlaufes der Krankheit.</p> <p>Zusammenfassend ist eine klarere Abgrenzung notwendig, um einerseits nicht die strengeren Voraussetzungen, welche für eine Sedierung gegeben sein müssen, auch auf die Symptomlinderung anzuwenden. Andererseits soll verhindert werden, dass unter dem Begriff „Symptomlinderung“ eigentliche Sedierungen ohne die entsprechenden Voraussetzungen durchgeführt werden.</p>	
SPO	6.2.2. Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	<p>Auch in diesem Kapitel ist eine bessere Strukturierung anzustreben, analog zu derjenigen, welche wir bezüglich Kapitel 6.1.3. (gemäss Vorschlag SAMW) vorgeschlagen haben. Die folgenden Kriterien und Voraussetzungen können hier zum Beispiel Anwendung finden (nicht abschliessend):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheitsstadium z. B.             <ul style="list-style-type: none"> <li>o noch nicht sterbend</li> <li>o sterbend</li> </ul> </li> <li>- Entscheid zum Verzicht in Abhängigkeit der Urteilsfähigkeit             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Willensäusserung bei Urteilsfähigem</li> <li>o Verweigerung der Nahrungsaufnahme bei fortschreitender kognitiven Einschränkung (z. B. Demenz)</li> </ul> </li> <li>- geplantes Symptommanagement</li> </ul>	Überarbeitung dieses Kapitels mit besserer Strukturierung anhand Überlegungen in der Spalte “Kommentar/Bemerkungen”.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ zur Erleichterung von Beschwerden, welche im Rahmen der Grundkrankheit auch ohne den Verzicht auftreten</li> <li>○ zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen</li> </ul> <p>Gerade letztere Unterscheidung (Symptommanagement gegen welche Beschwerden gerichtet) dürfte in der Praxis schwierig sein. Häufiger werden sich die Beschwerden weder der Grundkrankheit noch dem Verzicht auf Nahrung/Flüssigkeit klar zuordnen lassen. Trotzdem sind diese theoretischen Überlegungen als Grundlage wichtig.</p> <p>Weiter ist es zentral die Freiwilligkeit des Verzichtes zu betonen. Der Entscheid dafür soll möglichst unbeeinflusst durch das Umfeld gefällt worden sein. Auf Wunsch der Patientin kann das Behandlungsteam im Voraus selbstverständlich zum Beispiel seine Durchführung und Auswirkungen sowie auch die medizinisch wissenschaftlichen Unabwägbarkeiten bezüglich des Verlaufes unter dem Verzicht besprechen.</p>	
SPO	6.2.1. Suizidhilfe	<p>Gerade im Rahmen einer geplanten Suizidhilfe ist ein Miteinbezug und die Gewährleistung einer Betreuung der Angehörigen – auch mittelfristig über den Tod hinaus – als zusätzliche unverzichtbare Voraussetzung zu fordern. Es reicht dabei – nach unserer Ansicht – ausdrücklich nicht, die Patientin zu motivieren, ihren Suizidwunsch mit den Angehörigen zu besprechen (siehe Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.1., Seite 17). Miteinbezug meint in diesem Rahmen Information und Ermöglichung von – gegebenenfalls moderierten – Gesprächen zwischen betroffener Patientin und ihren Angehörigen. In den meisten Fällen werden solche Gespräche auch ohne Intervention durch das Behandlungsteam stattfinden. Mit Angehörigen ist – soweit möglich – der ganze Kreis von Partnern, Nachkommen, Eltern und Geschwister gemeint.</p> <p>Sollte eine betroffene urteilsfähige Patientin ihre Angehörigen im</p>	<p>Der Rolle der Angehörigen muss in diesem Kapitel unbedingt gesondert erwähnt werden. Dies soll anhand der Überlegungen in der Spalte “Kommentar/Bemerkungen” geschehen.</p>

		<p>Hinblick auf die geplante Suizidhilfe nicht einbeziehen wollen, ist zwingend eine unabhängige Drittperson zur Beurteilung beizuziehen. Dies geschieht in Analogie zur Überprüfung den geforderten Voraussetzungen für eine Suizidhilfe (Vorschlag SAMW Kapitel 6.2.1., Seite 18). Diese Drittperson (nicht zwingend eine Ärztin) führt – nach Gesprächen mit der betroffenen Patientin und allenfalls Unterstützung (z. B. ethisches Konsil) – eine Abwägung zwischen Autonomie der Patientin und berechtigten Interessen der Angehörigen durch. Sie bespricht das Ergebnis dieser Abwägung mit dem Behandlungsteam und (oder allenfalls nur) der Ärztin, welche die Suizidhilfe leisten wird sowie der betroffenen Patientin. Insbesondere zu beachten ist zum Beispiel die Wahl des Suizidzeitpunktes im Hinblick auf Traumatisierung der Angehörigen. Wenn es zu keiner Einigung über den Miteinbezug der Angehörigen kommt, wird das Behandlungsteam und/oder die Suizidhilfe-leistende Ärztin die Autonomie der betroffenen Patientin respektieren müssen. Die Überlegungen sowie die Abwägung der unabhängigen Drittperson müssen in diesem Fall protokolliert werden. Die Betreuung nach dem Tode sollte allen Angehörigen in jedem Fall angeboten und – falls sie möchten – auch vermittelt werden.</p> <p>Zusammenfassend muss die Rolle der Angehörigen bei Suizidhilfe unbedingt mehr Gewicht erhalten. Dies ist notwendig, weil bei der Suizidhilfe ärztlich unterstützte Handlung vorgenommen wird. Somit hat die - das Medikament verschreibende oder abgebende - Ärztin eine hohe Verantwortung, welche über die reine Beziehung zu der betroffenen Patientin hinausgeht.</p>	
SPO	III. Anhang; 1. Glossar	<p>Refraktäres Symptom:                  Im Rahmen der oben erwähnten Abgrenzung zwischen Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen (Vorschlag SAMW Kapitel 6.1.2.) gegenüber Sedierung, beantragen wir die in der Spalte rechts aufgeführte, fettgedruckten Änderung:</p>	<p>„Symptom, bei dem der Einsatz aller verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten – <b>ohne Einschränkung des Bewusstseinszustandes</b> – durch ein in palliative care kompetentes Team keine</p>

			befriedigende Leidensverminderung erzielt hat. ...“
--	--	--	---

---

<sup>i</sup> vgl. z. B. WEIXLER, Dietmar, et al. Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion). *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 2017, 167. Jg., Nr. 1-2, S. 31-48.

<sup>ii</sup> Martin Buber. Die Schriften über das dialogische Prinzip. Ich und Du. Verlag Lambert Schneider, Heidelberg 1954. & Martin Buber. Begegnungen. Autobiographische Fragmente. Heidelberg 1960, 3. Verb. Auflage 1978.

<sup>iii</sup> vgl. z. B. ALT-EPPING, B., et al. Sedierung in der Palliativmedizin–Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 2010, 11. Jg., Nr. 03, S. 112-122.