



Umgang mit Sterbehilfeorganisationen in stationären Betagten- und Pflegeheimen

1 Ausgangslage

Mit den Themen Sterben und Tod werden Betagten- und Pflegeheime besonders häufig konfrontiert. Die Betreuung und Pflege von Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen, Leiden und Einschränkungen gehört zum Alltag. Bei unheilbaren und fortschreitenden Erkrankungen bedarf es einer spezifischen Pflege und Betreuung zur Symptom- und Schmerzlinderung sowie zur Förderung einer höchstmöglichen Lebensqualität bis zum Lebensende.

2 Palliative Care

Im Konzept der Palliative Care werden verschiedene Möglichkeiten und Massnahmen zur Symptom- und Schmerzlinderung sowie zur Förderung einer höchstmöglichen Lebensqualität beschrieben:

«*Unter Palliative Care versteht man alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen*» (www.palliative.ch → Was ist Palliative Care?).

Im Kanton St.Gallen verfügt jedes Betagten- und Pflegeheim über ein Palliative Care Konzept (Art. 6, Bst. j, PQV)¹. Oberstes Ziel ist es, alle Möglichkeiten von Palliative Care im Bedarfsfall auszuschöpfen. Die Massnahmen sind individuell auf die betroffene Person auszurichten unter Einhaltung der Rahmenbedingungen der Einrichtung. Damit die Betagten- und Pflegeheime in diesem Bereich gut unterstützt sind, besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit dem palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz.

Das ausführliche [Konzept Palliative Care des Kantons St.Gallen](#) finden Sie unter: www.soziales.sg.ch → Alter → Alterspolitik → Palliative Care.

3 Sterbehilfe

Selbsttötung durch Sterbehilfeorganisationen ist eine komplexe und vielschichtige Thematik, die in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert wird. Die Gründe, weshalb sich Personen dazu entschliessen, den Zeitpunkt für ihr Sterben selber zu bestimmen und mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden, sind vielfältig und individuell.

Stationäre Einrichtungen im Altersbereich werden mit dieser Thematik konfrontiert und müssen sich mit den entsprechenden Fragestellungen auseinandersetzen. Neben rechtlichen, ethischen, religiösen und individuellen Herausforderungen stehen die Einrichtungen im Spannungsfeld zwischen der Wahrung von Selbstbestimmung und ihrem Auftrag der Sicherstellung von Schutz und Wohl der Bewohnenden.

¹ Art. 6, Bst. j) Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte (sGS 381.19; abgekürzt PQV)



Dieses Dokument hat zum Ziel, Einrichtungen in der stationären Altersarbeit bei der Auseinandersetzung und im Umgang mit dieser Thematik zu unterstützen.

3.1 Begriffsklärung

Da der Begriff «Sterbehilfe» nicht einheitlich verwendet wird, werden nachfolgend die wichtigsten Grundbegriffe geklärt.

3.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe

Die direkte aktive Sterbehilfe ist eine gezielte Tötung eines anderen Menschen, um das Leiden zu verkürzen. Die Ärztin bzw. der Arzt oder eine Drittperson verabreicht der Patientin bzw. dem Patienten absichtlich ein Medikament, das direkt zum Tod führt. Die direkte aktive Sterbehilfe ist nach Art. 111, 113 oder 114 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs (SR 311.0; abgekürzt StGB) strafbar.

3.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe

Zur Linderung von Leiden werden Mittel (z.B. Morphin) eingesetzt, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Der möglicherweise früher eintretende Tod wird in Kauf genommen. Die indirekte aktive Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.

3.1.3 Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich um den Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen (z.B. Sauerstoffgerät abstellen). Ebenfalls zur passiven Sterbehilfe zählt der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Die passive Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.

3.1.4 Beihilfe zum Suizid

Bei der Beihilfe zum Suizid wird der betroffenen Person die tödliche Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt. Organisationen (z.B. EXIT oder Dignitas) leisten diese Form der Suizidhilfe. Die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar, solange keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können. Wer hingegen aus selbstsüchtigen Beweggründen Beihilfe zum Suizid leistet, wird nach StGB mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft.

4 Rechtliche Aspekte²

Die Sterbehilfe berührt zwei Grundrechte, die gegeneinander abzuwägen sind: Einerseits das primäre Grundrecht jedes Menschen auf Leben³ (Art. 2 EMRK, Art. 6 UNO-Pakt II und Art. 10 BV), andererseits das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 8 EMRK und Art. 13 Abs. 1 BV. Der Staat hat die Pflicht, Massnahmen zu ergreifen, um jedes Leben zu schützen,

² Als Grundlage dient: Bericht des Bundesrates, Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bern, Juni 2011.

³ Nach Art. 2 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (SR 0.101; abgekürzt EMRK), Art. 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (abgekürzt UNO-Pakt II) sowie Art. 10 der Schweizerischen Bundesverfassung (SR 101; abgekürzt BV).



selbst wenn dieses in den Augen anderer nicht lebenswert erscheint. Im Gegensatz dazu wird diese Schutzpflicht jedoch durch das Selbstbestimmungsrecht, wonach z.B. jeder Freitod straflos ist, eingeschränkt.

Daneben hält das Strafrecht fest, dass die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord aus selbstsüchtigen Beweggründen strafbar ist (Art. 115 StGB). Wird die Tat, die zum Tod führt, von einer Drittperson ausgeführt (z.B. durch Injektion einer tödlichen Substanz) liegt eine vorsätzliche Tötung (Art. 111 StGB) oder eine Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) vor.

5 Sozialethische Aspekte

Welche Haltung ein Mensch gegenüber dem Sterbeprozess und dem Tod hat, wird nicht zuletzt durch die jeweiligen kulturellen und religiösen Wertesysteme geprägt. Ob und wie sich ein Mensch mit dem Thema auseinandersetzt und welche Erfahrungen er mit dem Sterben und dem Tod bereits gemacht hat, beeinflussen seine Vorstellungen, Befürchtungen oder vielleicht auch Ängste in Bezug auf das Sterben und den Tod sowie den möglichen Leidensprozess. Gerade deshalb ist die Diskussion und Auseinandersetzung mit diesem Thema wertvoll. Welche Sterbekulturen gibt es? Welche Sterbekultur würde ich mir wünschen? Welche sterbebegleitenden Massnahmen gibt es? Diese Fragen können mit Angehörigen, Seelsorgenden, psychologischen Fachkräften, Bezugspersonen, Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegefachkräften diskutiert werden.

6 Empfehlungen an die Einrichtungen

Die Einrichtungsleitung und die Vertretung der Trägerschaft sind dazu aufgefordert, sich mit der Frage nach dem Umgang mit Sterbehilfeorganisationen auseinanderzusetzen, eine Haltung zu entwickeln sowie Leitlinien oder Regeln für die Einrichtung zu erstellen. Mitarbeitende, Bewohnende und Angehörige müssen darüber informiert werden.

Bereits beim Eintrittsgespräch der Bewohnenden sind Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf das Sterben zu erfragen.



6.1 Vorgehensbeispiel bei assistiertem Suizid durch eine Sterbehilfeorganisation

BW: Bewohnende

ANG: Angehörige

HA: Hausärztin bzw. Hausarzt

MA: Mitarbeitende

PDL: Pflegedienstleitung

HL: Heimleitung

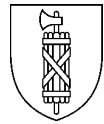
VR: Verwaltungsrat

VRP: Verwaltungsratspräsidentin

bzw. Verwaltungsratspräsident

→ **Als Grundlage gilt in jedem Fall das Positionspapier zum Thema Sterbehilfe im Alters- und Pflegeheim der Gemeinden**

Was ist zu tun?	Zuständigkeit	Bemerkung	Datum / Kürzel
<p>BW äussert gegenüber dem Pflege- und Betreuungspersonal den definitiven Wunsch / die definitive Absicht eines begleiteten Suizids:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MA informiert den betroffenen Bewohner, dass sie diese Information an die HL weiterleitet und dass die HL dann mit dem BW Kontakt aufnehmen wird. - HL informiert die PDL. 	<p>MA → HL</p> <p>HL → PDL</p>	<p>Der weitere Informationsfluss wird von der HL in Rücksprache mit der BW vereinbart.</p> <p>MA, welche die Erstinformation entgegengenommen hat, darf die Information nicht an Dritte weitergeben.</p>	
<p>Prüfung von folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wohnt der BW seit längerer Zeit in unserem Heim? - Ist die gewählte Sterbehilfeorganisation in Heimen zugelassen? 	<p>HL</p> <p>HLHL</p>	<p>vgl. Positionspapier, Abschnitt 3d (Neueintritte in unserem Heim zum Zweck des assistierten Suizids sind abzulehnen).</p>	
<p>Die Heimleitung überprüft, ob die vorgegeben Kriterien der durchführenden Sterbehilfeorganisationen erfüllt sind, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leidet der BW an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung die in absehbarer Zeit zum Tode führt? - Ist der BW urteilsfähig? 	<p>Sterbehilfeorganisation muss Nachweis erbringen</p> <p>Sterbehilfeorganisation muss Nachweis erbringen.</p>	<p>Schriftliche Diagnose / Bericht vom Hausarzt oder ein Bericht des Spitals.</p> <p>Muss von einem unabhängigen Arzt schriftlich bestätigt werden.</p>	
<p>Information extern → wird von HL mit BW abgesprochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige: durch BW • Hausarzt: durch BW • Sterbehilfeorganisation: durch BW 	<p>HL und BW</p>		



Information intern →wird von HL mit BW abgesprochen: VR / VRP: durch HL Pflegepersonal: durch HL	HLHL	Das Personal wird im Rahmen z.B. einer Teamsitzung über den Sterbewunsch des BW informiert. Es soll die Möglichkeit gegeben werden, sich zu diesem Wunsch zu äussern (Was macht der Todewunsch mit mir? Kann ich mir vorstellen, am gewünschten Todestag zu arbeiten?)
<hr/>		
Vorbereitungen zum konkreten Ablauf des begleiteten Suizids:		
– Erstkontakt mit der Sterbehilfeorganisation	BW evtl. ANG	
– Kontakt/Gespräch mit der Sterbehilfeorganisation	HL / PDL	Festlegen der Abläufe und Zuständigkeiten. Wichtig: Wir (alle MA der Einrichtung) beteiligen uns in keiner Weise an der Beihilfe zum Suizid.
– festlegen des Todestages und Zeitpunkt	BW / Sterbehilfeorganisation HL / PDL	Montag bis Freitag möglich, es müssen zwischen Entscheidung und Sterbetag sicher fünf Arbeitstage liegen (Planung, Einsatz von MA im Team Pflege).
– Information an die Pflege	PDL	
– Information an VR und VRP festlegen von allfälligen Begleitpersonen	PDL	
– festlegen von allfälligen Begleitpersonen	HL	keine MA, zwingend Angehörige oder amtliche Personen (Beistand), auf ausdrücklichen Wunsch von BW und MA können MA als Privatperson in ihrer Freizeit dabei sein
festlegen von allfälligen Begleitpersonen	BW BW	
– festlegen, wie Mitbewohner und MA nach dem Tod informiert werden sollen	BW / HL	
→ MA Pflege instruieren, wie sie auf allfällige Fragen von Dritten reagieren sollen	HL / PDL HL / PDL	
<hr/>		
Begleitung der BW beim Suizid durch die Sterbehilfeorganisation und angefragte Begleitpersonen (HA, ANG usw.)	Sterbehilfeorganisation	Bei der Begleitung müssen zwingend Angehörige oder amtliche Personen (Beistand) am Bett anwesend sein.
<hr/>		
Information der Polizei nach Eintreten des Todes In der Regel kommen zwei Polizeibeamte (zivil), allenfalls kommen auch weitere Personen (Staatsanwalt)	Sterbehilfeorganisation	



Information des Amtsarztes nach Eintreten des Todes

Polizei

danach weiteres Vorgehen gemäss den hausinternen Vorgaben bei einem natürlichen Todesfall

Rückblick und Nachbearbeitung

- Reflexion der Erfahrung mit Beteiligten HL / PDL / HA / Team
 - ableiten von Konsequenzen für eine nächste Situation Pflege
 - Information VR und VRP HL
-

7 Weitere Stellungnahmen und Positionspapiere

Palliative Ostschweiz: www.palliative-ostschweiz.ch → Aktuelles, Downloads & Links → Archiv – Publikationen → 15. Dezember 2020, Medienmitteilung palliative.ch

CURAVIVA Schweiz: www.curaviva.ch → Fachwissen → Unterstützung & Leistung → Begleiteter Suizid

Spitex-Verband St.Gallen: www.spitex.sg → Downloads → Diverse Unterlagen → Suizidbeihilfe – Empfehlungen des Verbandes

Berufsverband für Seelsorge und spezialisierte Spiritual Care im Gesundheitswesen der Schweiz (BSG): www.bsg-apa.ch → Praxishilfen → Assistierter Suizid – Sterbehilfe

Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP): www.sgap-sppa.ch → Fachleute → Fachpublikationen → Positionspapier Suizidhilfe, November 2014

Katholische Kirche St.Gallen: <https://www.kathsg.ch> → Wir bieten → Seelsorge → Sterbegleitung

Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz: www.evref.ch → Themen → Theologie & Ethik → Bioethik → Lebensende

Menschenrechte Schweiz: www.humanrights.ch → Menschenrechte nach Themen → Leben → Nationale Ethikkommission äussert sich zur Sterbehilfe

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: www.samw.ch → Ethik A-Z → Suizidhilfe – Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod (2018, abgepasst 2021)

Pro Senectute Schweiz: www.prosenectute.ch → Suche → Positionspapier Beihilfe zum Suizid → Positionspapier Beihilfe Suizid Pro Senectute Schweiz Mai 2013

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin: www.nek-cne.admin.ch → Publikationen → Stellungnahmen → Stellungnahme Nr. 9, «Beihilfe zum Suizid», 2005



Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin: www.nek-cne.admin.ch → Publikationen → Stellungnahmen → Stellungnahme Nr. 13, «Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe», 2006

8 Literatur

W. Anghileri / R. Baumann-Hölzle / C. Di Stefano / D. Gregorowius / P. Kalbermatten-Casarotti / D. Meier-Allmendinger / R. Stocker, Sozialethische Überlegungen zum Umgang mit Sterben und Tod. Acht Thesen und Forderungen für den Umgang mit Suizid und Suizidbeihilfe. Zweites Positionspapier zur «Sterbebeihilfe». 1. Aufl., Zürich 2020; Ist erhältlich unter: www.dialog-ethik.ch → Shop → Positionspapiere und Manifeste → Sozialethische Überlegungen zum Umgang mit Sterben und Tod (2020, PDF-Version)

9 Praxisbeispiele

Stadt Luzern: www.stadtluzern.ch → Menu → Politik & Verwaltung → Grosser Stadtrat → Geschäfte Grosser Stadtrat → Stichwort (ohne Datum) → Bericht: Regelung Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern → Bericht vom 28. August 2011

Stadt Zürich: www.stadt-zuerich.ch → Departement wählen → Gesundheits- und Umweltschutzdepartement → Alter → Beratung & Fragen → Fachstelle Zürich im Alter → neue Internetplattform «Zürich im Alter» → Gesundheit → Sterben und Tod



10 Beispiel Positionspapier eines Betagten- und Pflegeheims

Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

Positionspapier zum Thema Sterbehilfe in den Alters- und Pflegeheimen der Gemeinde [REDACTED]

Die Heimkommission [REDACTED] beschliesst, gestützt auf Ziffer 1.6 der Kompetenzordnung / Funktionendiagramm, folgendes:

1 Grundsatz:

In den Alters- und Pflegeheimen [REDACTED] leben alte, z.T. hochbetagte Menschen mit ganz unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Oft betreuen wir Personen mit chronischen, unheilbaren und fortschreitenden Erkrankungen. In diesen Situationen, in denen es keine Aussicht auf Heilung gibt, setzen wir uns dafür ein, dass die Lebensqualität der Betroffenen durch pflegerische und medizinische Anstrengungen erhalten oder sogar verbessert werden kann. Wir stehen damit ganz klar für das Leben mit einer bestmöglichen Lebensqualität ein.

In diesem Positionspapier werden zuerst die verschiedenen Formen der Sterbehilfe definiert. In einem zweiten Schritt beschreiben wir dazu die Haltung und Position der Alters- und Pflegeheime [REDACTED].

2 Definitionen:

- a. **Palliative Care in der Langzeitpflege:** Die palliative Betreuung umfasst alle medizinischen Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und geistig-spirituelle Unterstützung alter, chronischkranker, schwerkranker und sterbender Menschen in ihrer aktuellen Lebensphase. Das Ziel von Palliative Care besteht darin, Leiden (Schmerzen und andere belastenden Symptome) zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Betroffenen und seiner Angehörigen zu sichern.
- b. Als **Passive Sterbehilfe** wird der Verzicht auf die Aufnahme oder der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen bezeichnet. Diese Form der Sterbehilfe ist im geltenden Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.
- c. **Indirekte aktive Sterbehilfe** liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Dauer der letzten Lebensphase bzw. der Sterbephase herabsetzen können. Diese Art der Sterbehilfe ist im geltenden Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.
- d. **Ärztliche Beihilfe zum Suizid** (=assistierter Suizid) meint, einem Menschen, der Suizid begehen will, werden von einem Arzt einer Sterbehilfeorganisation (z.B. Exit, Dignitas) die dazu notwendigen Mittel beschafft. Diese Form der Sterbehilfe ist gemäss Artikel 115 StGB in der Schweiz nicht strafbar, sofern ein egoistisches Motiv des Beihelfers ausgeschlossen werden kann.
- e. **Direkte aktive Sterbehilfe** meint eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Sie ist heute nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) StGB strafbar.



Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

3 In den Alters- und Pflegeheimen [REDACTED] sind wir dem Leben mit bestmöglicher Lebensqualität verpflichtet!

a. Palliative Care ist ein wesentlicher Bestandteil unserer medizinischen und pflegerischen Massnahmen und damit Teil unserer Betriebskultur. Die Grundlagen der Palliative Care werden in den Alters- und Pflegeheimen geschult und von allen Beteiligten beachtet. Wir, die Mitarbeiter der Alters- und Pflegeheime [REDACTED], sind bestrebt, in unserem Tun, Denken und Fühlen, alte Menschen im Leben und Sterben zu achten und ihre Würde zu bewahren.

b. Die **passive Sterbehilfe** wird von uns akzeptiert und praktiziert, z.B. in Situationen, in denen auf eine Antibiotikagabe oder auf die Einleitung einer künstlichen Ernährung verzichtet wird. Der Entscheidungsträger ist in solchen Situationen die betroffene Bewohner/in¹ gemeinsam mit dem zuständigen Hausarzt.

c. Die **indirekte aktive Sterbehilfe** wird von uns akzeptiert und praktiziert, z.B. in Situationen, in welchen einer sterbenden Person zur Schmerzlinderung ein Morphinpräparat verabreicht und dabei eine eventuelle Verschlechterung der Atmung in Kauf genommen wird. Der Entscheidungsträger ist in solchen Situationen der zuständige Hausarzt gemeinsam mit der betroffenen Bewohner/in².

Die Aufgabe der Verantwortlichen im Alters- und Pflegeheim liegt in Entscheidungssituationen bez. passiver und indirekter aktiver Sterbehilfe darin

- die IST-Situation (z.B. belastende Symptome) beim Bewohner genau zu erfassen
- den Informationsfluss zum Hausarzt sicher zu stellen
- den Behandlungsplan gemäss Verordnung anzupassen und umzusetzen
- die Wirkung der verordneten Massnahmen zu erfassen und an den Hausarzt weiter zu leiten

d. In den Alters- und Pflegeheimen [REDACTED] stehen wir der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ablehnend gegenüber und verpflichten uns zur Ausschöpfung jeglicher palliativer Massnahmen. Wir setzen uns damit dafür ein, dass der Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung gar nicht erst auftritt. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, erste Signale eines solchen Wunsches zu erkennen und dann gemeinsam mit dem Betroffenen nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensumstände zu suchen. Dies beinhaltet neben medizinischen und pflegerischen Massnahmen auch die Gewährleistung von Arbeitsbedingungen in denen Zeit für menschliche Zuwendung eingeplant und möglich ist (vgl. Abschnitt Palliative Care).

Die Bedeutung und Bewertung einer Lebenssituation kann sich auch im hohen Alter noch verändern. Was zu einem Zeitpunkt als ausweglos erscheint, kann unter neuen

¹ Bzw. die von ihr bestimmte Person ihres Vertrauens gem. Datenschutzblatt

² Bzw. die von ihr bestimmte Person ihres Vertrauens gem. Datenschutzblatt



Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

Bedingungen seinen Schrecken verlieren; wenn depressive Verstimmungen den Lebenswillen dämpfen, können medizinische und pflegerische Massnahmen dieses Leiden vermindern; wenn Schmerzen unerträglich sind, können sie mit einer umfassenden Schmerzbehandlung gemildert werden; wenn kein Sinn mehr im Leben gesehen wird, ist nicht auszuschliessen, dass sich die Umstände unerwartet verändern und wieder Sinn im Dasein empfunden werden kann. Bei suizidgefährdeten Bewohner/innen müssen daher die pflegerische, ärztliche und psychologische Betreuung entsprechend angepasst werden, um dem Wunsch, dem Leben zu entfliehen, entgegenzutreten.

Wir sind uns aber auch bewusst, dass es Situationen gibt, in denen sich ein Mensch den Freitod wünscht – nicht als spontaner Entschluss, sondern in Folge einer lang gereiften Entscheidung die übereinstimmt mit dem Wertesystem der betroffenen Person. Wenn in einer solchen Situation jegliche palliativen Massnahmen und eine erhöhte menschliche Zuwendung den Sterbewunsch nicht verstummen lassen, und dieser Wunsch nach Beihilfe zum Suizid durch eine Sterbehilfeorganisation in unserer Institution nachhaltig geäussert wird, treten wir für die Entscheidungsfreiheit dieser Person ein. Die Umsetzung dieses Willens soll in Würde, im eigenen Zimmer und damit im Zuhause dieser Person möglich sein. Wir nehmen hier den Standpunkt ein, dass solch ein Ausnahmefall der persönliche und freie Entscheid eines Menschen ist, zu welchem die Heimleitung nicht persönlich ja sagen muss.

Der Entscheidungsträger ist einzig die betroffene Bewohner/in. Das Personal der Alters- und Pflegeheime [REDACTED] ist in keiner Art und Weise und zu keinem Zeitpunkt am Entscheid und an der konkreten Umsetzung dieses Willens beteiligt.

Neueintritte in unsere Heime zum Zweck des assistierten Suizids sind strikte abzulehnen.

Tritt im Rahmen der Eintrittsabklärungen die Frage auf, ob je nach gesundheitlichem Verlauf eine ärztliche Beihilfe zum Suizid durch eine Sterbehilfeorganisation im Heim möglich sei, so ist darauf hinzuweisen, dass dies nicht prinzipiell abgelehnt wird, dass aber von den Angestellten des Heims keinerlei Unterstützung angeboten wird (siehe oben).

- e. In den Alters- und Pflegeheimen [REDACTED] ist die **direkte aktive Sterbehilfe** in jeglicher Form zu jeglichem Zeitpunkt verboten.



Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

4 Unsere Entscheidungen stützen wir auf folgende Grundlagen:

- „Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW):1995
- „Euthanasie“. Der Standpunkt der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP): 2001
- „Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens“. Eine gemeinsame Erklärung des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Bern: 2001
- Grundhaltung von CURAVIVA Schweiz zur Selbsttötung und zur Suizidbeihilfe in alters- und Pflegeheimen. Zürich: 2005.

Weitere SAMW-Richtlinien unter: www.samw.ch

Weitere Unterlagen zur Thematik auf der Homepage von CURAVIVA:
<http://www.curaviva.ch/index.cfm/9BA95587-9825-AA59-94C8E5104B59146C/>

Verabschiedet und in Kraft gesetzt von der Heimkommission [REDACTED] am 23.9.2009

- Die Umsetzung der in diesem Positionspapier beschriebenen Haltung wird im Anhang auf den beiden folgenden Seiten beschrieben.