



Umgang mit Sterbehilfeorganisationen in Betagteneinrichtungen

Empfehlung der Fachkommission für Altersfragen
vom 17. Mai 2013



1 Einleitung

Die Krankheitssymptome und Leiden können in der letzten Lebensphase trotz umfassenden medizinischen und pflegerischen Massnahmen nicht immer so gelindert werden, wie dies von den Betroffenen gewünscht wird. Dies kann bei der betroffenen Person zum Wunsch führen, den Zeitpunkt für ein würdiges Sterben selber zu bestimmen und mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden.

Beihilfe zum Suizid durch Sterbehilfeorganisationen ist eine vielschichtige, komplexe Fragestellung, die in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert wird. Die Betagteneinrichtungen stehen zudem im Spannungsfeld zwischen dem Bestreben, den Bewohnenden ein «normales», selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und der Verantwortung, die sie für die Menschen in ihrer Institution haben.

Einige Zahlen und Fakten zur Sterbehilfe¹

- Im Jahr 2009 wurde bei knapp 300 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz Sterbehilfe geleistet. Dies entspricht 4,8 Todesfällen mit Sterbehilfe auf insgesamt 1'000 Todesfällen;
- 90 Prozent der Personen, die in den Jahren 1998 bis 2009 Sterbehilfe in Anspruch genommen haben, sind 55-jährig oder älter;
- Der Kanton St.Gallen liegt mit knapp zwei Promille der Todesfälle in den Jahren 1998 bis 2009, bei denen Sterbehilfe beansprucht wurde, unter dem Schweizer Durchschnitt von knapp drei Promille. Damit liegt der Kanton St.Gallen an 14. Stelle des «Kantons-Ratings» (die meisten Fälle verzeichnet der Kanton Zürich mit gut 5,5 Promille, am wenigsten Fälle der Kanton Appenzell Innerhoden mit ca. 0,75 Promille);
- Seit dem Jahr 1998 hat in jedem Kanton wenigstens eine Person Sterbehilfe in Anspruch genommen;
- In den Jahren 2001 bis 2006 gab es in Alters- und Pflegeheimen der Stadt Zürich durchschnittlich drei Suizide unter Beihilfe und 1,8 gewaltsame Suizide. In den Jahren 2007 bis 2010 waren es durchschnittlich zwei Suizide unter Beihilfe und 1,75 gewaltsame Suizide.

Aufgrund der vorliegenden Zahlen ist damit zu rechnen, dass Betagtenheime nur selten mit dem Sterbewunsch einer Person konfrontiert sind. Aufgrund der Komplexität dieses Themas ist es dennoch ratsam, sich frühzeitig damit auseinanderzusetzen.

Empfehlung der Fachkommission für Altersfragen

Die Fachkommission für Altersfragen empfiehlt den Einrichtungen, sich bereits vorsorglich mit der Frage nach dem Umgang mit Sterbehilfeorganisationen in ihrer Institution auseinanderzusetzen, eine entsprechende Regelung zu erlassen und diese den Mitarbeitenden und Bewohnenden zu kommunizieren. So können Unsicherheiten bei den Bewohnenden, Mitarbeitenden und Angehörigen vermieden werden. Zudem kann dadurch zur Prävention gewaltsamer Suizide von Bewohnenden beigetragen werden.

¹ Quellen: Bundesamt für Statistik und Bericht an den Grossen Stadtrat von Luzern «Regelung Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern» vom 28. September 2011.



2 Begriffsklärungen

Da der Begriff Sterbehilfe nicht einheitlich verwendet wird, sollen zunächst die wichtigsten Grundbegriffe geklärt werden.

Direkte aktive Sterbehilfe

Die direkte aktive Sterbehilfe ist eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Die Ärztin bzw. der Arzt oder eine dritte Person verabreicht der Patientin bzw. dem Patienten absichtlich eine Spritze, die direkt zum Tod führt.

Die direkte aktive Sterbehilfe ist gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch (abgekürzt StGB) strafbar.

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.

Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich um den Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen (z.B. ein Sauerstoffgerät wird abgestellt).

Die passive Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.

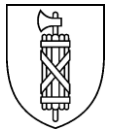
Beihilfe zum Suizid

Hier geht es darum, der betroffenen Person die tödliche Substanz zu vermitteln, welche die suizidwillige Person ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt. Organisationen, wie beispielsweise EXIT, leisten diese Form der Suizidhilfe.

Die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar, solange keine selbstsüchtigen Motive des Beihelfens vorgeworfen werden können. Wer hingegen «aus selbstsüchtigen Beweggründen» jemandem zum Suizid Hilfe leistet (z.B. durch Beschaffung einer tödlichen Substanz), wird nach StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft.

3 Fragestellungen in der Praxis

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe in einer Einrichtung sind verschiedene Fragen zu erörtern. Die Fachkommission für Altersfragen des Kantons St.Gallen hat die aus ihrer Sicht wichtigsten Aspekte zusammengestellt. Diese können den Einrichtungen bei der Diskussion hilfreich sein.



Palliative Care

- Werden in der Einrichtung alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um möglichst zu verhindern, dass jemand einen Sterbewunsch hat?
- Besteht beispielsweise in Bezug auf Palliative Care noch Optimierungspotential?

Person mit Sterbewunsch

- Was bedeutet es für die Person mit Sterbewunsch, wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung (unter bestimmten Umständen) erlaubt ist?
- Was bedeutet es für die Person mit Sterbewunsch, wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung nicht erlaubt ist?

Vom Sterbewunsch einer Person indirekt Betroffene

In erster Linie und direkt betroffen ist die Person mit dem Sterbewunsch. Es stellt sich jedoch die Frage, wer zudem indirekt betroffen ist, z.B. die Angehörigen, die anderen Bewohnenden, die Mitarbeitenden der Einrichtung usw.

- Wer sind die indirekt betroffenen Personen?
- Was bedeutet für die indirekt betroffenen Personen der Sterbewunsch einer Person in einer Einrichtung,
 - wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung (unter bestimmten Umständen) erlaubt ist (z.B. Wertekonflikte)?
 - wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung nicht erlaubt ist (z.B. Wertekonflikte)?
- Gefässe zur Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch:
 - Welche Mittel und Gefässe sind sinnvoll, damit sich die indirekt betroffenen Personen mit dem Sterbewunsch einer Person und mit einer allfälligen Suizidbegleitung auseinandersetzen können?
 - Für welche Betroffenenengruppen sollte die Einrichtung solche Gefässe schaffen (z.B. für Mitarbeitende)?

Erarbeitung einer Regelung, wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung (unter bestimmten Umständen) erlaubt ist

Mit dem Erlauben von Suizidbeihilfe in einer Einrichtung wird der Selbstbestimmung Rechnung getragen. Doch welche Massnahmen sind vorzuziehen, um auch die Verantwortung, welche die Einrichtung für die Menschen in ihrer Institution hat, wahrzunehmen? Welche Schritte und Abklärungen sind notwendig?

- Unter welchen Umständen (Rahmenbedingungen) ist Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung erlaubt? Rahmenbedingungen können beispielsweise sein:
 - Urteilsfähigkeit der betreffenden Person;
 - es liegt keine psychische Erkrankung vor;
 - Entschluss ist nicht unter Druck von Dritten zustande gekommen;
 - usw.
- Wie soll der Kontakt der Einrichtung mit der Sterbehilfeorganisation aussehen bzw. gestaltet werden?

Erarbeitung einer Regelung, wenn Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung nicht erlaubt ist

- Welche Unterstützung kann die Einrichtung bieten, damit die entsprechende Person ihr Selbstbestimmungsrecht dennoch ausüben kann (z.B. Verlegung in eine andere Einrichtung)?



Kommunikation einer Regelung

- Wie soll die bestehende Regelung einer Einrichtung kommuniziert werden?
- Wie soll sie beispielsweise künftigen Bewohnenden und deren Angehörigen kommuniziert werden? Aktiv vor Eintritt oder passiv, d.h. nur auf Nachfrage?

4 Praxisbeispiele von bestehenden Regelungen

Nachfolgend wird auf Praxisbeispiele von bereits bestehenden Regelungen verwiesen, die bei der Diskussion des Themas Sterbehilfe und bei der Erarbeitung einer Regelung hilfreich sein können.

Praxisbeispiele von bereits bestehenden Regelungen

- Positionspapier zum Thema Sterbehilfe einer Einrichtung, als Beispiel einer bereits bestehenden Regelung, (siehe Anhang Seite 7 bis 12);
- Bericht an den Grossen Stadtrat von Luzern «Regelung Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern» vom 28. September 2011, abrufbar unter: www.stadt Luzern.ch / Grossstadtratsdokumente / Bericht Nr. 22 vom 28. September 2011;
- Weisungen zur Suizidbeihilfe in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern vom 1. Juli 2012, abrufbar unter: www.curaviva.ch / Fachinformationen / Themendossiers / Beihilfe zum Suizid;
- Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich vom 25. Oktober 2000: 1778. Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements, abrufbar unter: www.curaviva.ch / Fachinformationen / Themendossiers / Beihilfe zum Suizid.

5 Literatur

Nachfolgend wird auf Literatur verwiesen, die bei der Diskussion des Themas Sterbehilfe und bei der Erarbeitung einer Regelung hilfreich sein kann.

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005): «Beihilfe zum Suizid» Stellungnahme Nr. 9/2005, abrufbar unter: www.nek-cne.ch / Publikationen / Stellungnahmen;
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2005): Ethische Standpunkte 1 «Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags», abrufbar unter: www.sbk-asi.ch / Dokumenten-Downloads / Verbandsspezifische Dokumente / Publikationen der Ethik-Kommission;
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (2008): Positionspapier der FMH «Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe», abrufbar unter: www.fmh.ch / Politik & Medien / Meinung der FMH / Archiv 2008 / Stellungnahme der FMH zur Sterbehilfe vom 28. Januar 2008;
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004, aktualisiert 2012): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, abrufbar unter: www.samw.ch / Ethik / Aktuell gültige Richtlinien;



- CURAVIVA Schweiz (2013), Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für erwachsene Menschen mit Behinderung: Grundlagenpapier, verabschiedet am 30. April 2013 durch den Vorstand von CURAVIVA Schweiz, abrufbar unter: www.curaviva.ch / News vom 17. Mai 2013 / Suizidbeihilfe;
- Pro Senectute Schweiz (2013): Positionspapier zu Fragen der Beihilfe zum Suizid im Alter, abrufbar unter: www.pro-senectute.ch / Medien / Stellungnahmen Pro Senectute Schweiz;
- Eidgenössisches Justiz und Polizeidepartement (2006): Bericht «Sterbehilfe und Palliativmedizin - Handlungsbedarf für den Bund?», abrufbar unter: www.ejpd.admin.ch / Themen / Gesellschaft / Gesetzgebung / Abgeschlossene Projekte / Sterbehilfe / Berichte;
- Eidgenössisches Justiz und Polizeidepartement (2007): Ergänzungsbericht zum Bericht «Sterbehilfe und Palliativmedizin - Handlungsbedarf für den Bund?», abrufbar unter: www.ejpd.admin.ch / Themen / Gesellschaft / Gesetzgebung / Abgeschlossene Projekte / Sterbehilfe / Berichte;
- Schweizerische Eidgenossenschaft, der Bundesrat (2011), Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe: Bericht des Bundesrates, abrufbar unter: www.ejpd.admin.ch / Themen / Gesellschaft / Gesetzgebung / Abgeschlossene Projekte / Sterbehilfe / Berichte;
- Informationen zu Palliative Care der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung sind abrufbar unter: www.palliative.ch;
- Informationen zur Nationalen Strategie Palliative Care sind abrufbar unter: www.bag.admin.ch / Themen / Krankheiten und Medizin / Palliative Care / Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015.



Anhang

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:

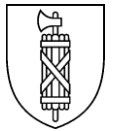
1 Grundsatz:

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 folgen Seiten beschrieben.



Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

5 Anhang: Vorgehen bei assistiertem Suizid durch eine Sterbehilfeorganisation

HL: Heimleitung
 HK: Heimkommission
 HA: Hausarzt
 ANG: Angehörige
 LBP: Leitung Betreuung und Pflege
 HKP: Heimkommissionspräsident/in
 BW: Bewohner/in
 MA: Mitarbeitende

→ Als Grundlage gilt in jedem Fall das Positionspapier zum Thema Sterbehilfe in den Alters- und Pflegeheimen der Gemeinde [REDACTED]!

Was ist zu tun?	Wer?	Bemerkungen
Eine Bewohner/in äussert gegenüber dem Pflege- und Betreuungspersonal den definitiven Wunsch / die definitive Absicht eines begleiteten Suizids: <ul style="list-style-type: none"> Der Mitarbeitende informiert die betroffene Bewohner/in, dass sie diese Information an die HL weiterleitet und dass die HL dann mit der Bewohner/in Kontakt aufnehmen wird. Die HL informiert die LBP 	MA → HL HL → LBP	Der weitere Informationsfluss wird von der Heimleitung in Rücksprache mit der Bewohner/in vereinbart. Der Mitarbeitende, welcher die Erstinformation entgegengenommen hat, darf die Informationen nicht an Dritte weiter geben.
Prüfung von folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> Wohnt die Bewohner/in seit längerer Zeit, in einem unserer Häuser? Ist die gewählte Sterbehilfeorganisation in den Heimen [REDACTED] zugelassen 	HL HL	Vrgl. Positionspapier, Abschnitt 3 d (Neueintritte in unsere Heime zum Zweck des assistierten Suizids sind abzulehnen). Wir akzeptieren nur die Sterbehilfeorganisation Exit und Dignitas.
Die Heimleitung überprüft, ob die vorgegebenen Kriterien der durchführenden Sterbehilfeorganisationen erfüllt sind, insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> Leidet die Bewohner/in an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung die in absehbarer Zeit zum Tode führt? Ist die Bewohner/in urteilsfähig? 	Sterbehilfeorganisation muss Nachweis erbringen Sterbehilfeorganisation muss Nachweis erbringen	Schriftliche Diagnose / Bericht vom Hausarzt oder ein Bericht des Spitals. Muss vom Hausarzt / von einem anderen, unabhängigen Arzt schriftlich bestätigt werden
Information extern → wird von der HL mit der Bewohner/in abgesprochen: <ul style="list-style-type: none"> Angehörige: durch Bewohner/in Hausarzt: durch Bewohner/in Sterbehilfeorganisation: durch Bewohner/in 	HL und BW	
Information intern → wird von der HL mit der Bewohner/in abgesprochen: <ul style="list-style-type: none"> HK / HKP: durch die Heimleitung Pflegepersonal: die betroffene Pflegegruppe wird von HL oder LBP informiert. 	HL	Das Personal der betroffenen Pflegegruppe wird im Rahmen z.B. einer Teamsitzung über den Sterbewunsch der Bewohner/in informiert. Es soll Möglichkeit gegeben werden, sich zu diesem Wunsch zu äussern (z.B. Was macht der Todeswunsch des BW mit mir? Kann ich mir vorstellen, am gewünschten Todestag zu arbeiten. Wie reagieren wenn die Bewohner/in eine MA wegen



Alters- und Pflegeheime [REDACTED]

Was ist zu tun?	Wer?	Begleitung / Beistand anspricht? / Bemerkungen
Vorbereitungen zum konkreten Ablauf des begleiteten Suizids: <ul style="list-style-type: none"> - Erstkontakt mit der Sterbehilfeorganisation - Kontakt / Gespräch mit der Sterbehilfeorganisation - Festlegen des Todestages und Zeitpunkt - Information an die betroffene Pflegegruppe - Information an HK und HKP - Festlegen von allfälligen Begleitpersonen - Festlegen, wie Mitbewohner und Mitarbeiter nach dem Tod informiert werden sollen. → Mitarbeitende Pflege und Betreuung instruieren, wie sie auf allfällige Fragen von Dritten reagieren sollen. 	<ul style="list-style-type: none"> BW, evt. ANG HL / LBP BW / Sterbehilfeorganisation HL / LBP LBP HL BW BW / HL 	<p>Festlegen der Abläufe und Zuständigkeiten. Wichtig: Wir (alle MA der APH [REDACTED]) beteiligen uns in keiner Weise an der Beihilfe zum Suizid.</p> <p>Montag – Freitag möglich Es müssen zwischen Entscheid und Sterbetag sicher 5 Arbeitstage liegen (Planung Einsatz von MA im Team BUP!)</p> <p>Die Bewohner/in darf Mitarbeitende anfragen, wenn dies ihr/ihm wichtig ist. Unsere Mitarbeitenden nehmen dann aber als Privatperson teil. Es darf <u>in keiner Weise</u> „aktiv teilgenommen“ werden, die sterbende Person wird ausschliesslich begleitet / ihr beigestanden. Angefragte Mitarbeiter dürfen eine solche Anfrage zum Beistand jederzeit ablehnen.</p> <p>Erfahrung Herisau: keine Information über die genauen Umstände des Todesfalls</p>
Begleitung der Bewohner/in beim Suizid: <ul style="list-style-type: none"> - Durch die Sterbehilfeorganisation und angefragte Begleitpersonen (HA, ANG etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Sterbehilfeorganisation 	
Information der Polizei nach Eintreten des Todes In der Regel kommen zwei Polizeibeamte (in Zivil und mit dem Zivilauto). Allenfalls kommen auch weitere Personen (Staatsanwalt)	<ul style="list-style-type: none"> Sterbehilfeorganisation 	Erfahrung Herisau: wenn möglich sollte die Polizei nicht „zu schnell“ kommen. Wenn Angehörige beim Tod dabei sind braucht es etwas Raum für die Trauer und den Abschied.
Information des Amtsarztes nach Eintreten des Todes <ul style="list-style-type: none"> - Danach weiteres Vorgehen gemäss den hausinternen Vorgaben bei einem natürlichen Todesfall 	<ul style="list-style-type: none"> Polizei 	
Rückblick und Nachbearbeitung <ul style="list-style-type: none"> - Reflexion der Erfahrung mit allen Beteiligten - Ableiten von Konsequenzen für eine nächste Situation - Information HL des anderen Hauses und PEX - Information der HK und HKP 	<ul style="list-style-type: none"> HL / LBP / HA / betr. Pflegegruppe HL HL 	