

Postfach 17
CH-8127 Forch
Telefon +41 43 366 10 70
Telefax +41 43 366 10 79
E-Mail: dignitas@dignitas.ch
Internet: www.dignitas.ch

Abs: Postfach 17, CH-8127 Forch

SAMW Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Laupenstrasse 7
3001 Bern

Forch, 22. Februar 2018

**Vernehmlassung zum Entwurf der SAMW-Richtlinie
«Umgang mit Sterben und Tod»**

**Stellungnahme von
DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben, Forch, Schweiz**

eingereicht per E-Mail an ethics@samw.ch

Inhaltsverzeichnis	Seite
1.) Einleitung	2
2.) Wer ist DIGNITAS und weshalb unterbreitet DIGNITAS diese Stellungnahme?	2
3.) Zur SAMW und dem Geltungsbereich ihrer Richtlinien	3
4.) Zu den SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» und deren Überarbeitung im Allgemeinen	4
4.1) Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe»	6
4.2) Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67)	7
5.) Zum Entwurf der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»	9
6.) Zusammenfassung der Stellungnahme von DIGNITAS	39

1.) Einleitung

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) informierte die Öffentlichkeit Mitte November 2017, dass sie einen Entwurf von Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», welche die Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» aus dem Jahr 2004 ersetzen soll, zur Vernehmlassung bis 24. Februar 2018 verabschiedet hat. Medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen hätten Anlass gegeben, die Richtlinien aus dem Jahre 2004 zu überarbeiten.¹

Der Verein «DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben» (hiernach abgekürzt DIGNITAS) begrüsst die Überarbeitung der Richtlinien von 2004 und stellt anerkennend fest, dass die mit der Revisionsaufgabe befasste Kommission einen umfangreichen, interessanten Entwurf vorlegt. Diese Stellungnahme von DIGNITAS kommentiert den von der SAMW vorgelegten Entwurf und beleuchtet verschiedene Aspekte, wie zum Beispiel die Rechtsgrundlagen, die Tätigkeit der SAMW, Entwicklungen hin zum vorgelegten Entwurf, usw.

DIGNITAS steht der SAMW, der mit der Revisionsaufgabe befassten Kommission, sowie weiteren interessierten Personen für Fragen gerne zur Verfügung.

2.) Wer ist DIGNITAS und weshalb unterbreitet DIGNITAS diese Stellungnahme?

Das nachfolgend dargestellte Tätigkeitsfeld von DIGNITAS erklärt, weshalb DIGNITAS diese Stellungnahme zum von der SAMW vorgelegten Richtlinien-Entwurf «Umgang mit Sterben und Tod» abgibt.

«DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben» ist ein gemeinnützig tätiger Schweizer Verein, am 17. Mai 1998 auf der Forch bei Zürich gegründet. DIGNITAS hat den Zweck, seinen Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern und diese Werte auch weiteren Personen zugutekommen zu lassen. Es ist stets das erste und wichtigste Ziel von DIGNITAS, nach Wegen zu suchen, welche die Lebensqualität wieder herstellen und sichern, so dass die betroffene Person (weiter-)leben mag. Ein wichtiger Anteil zur Verbesserung der Lebensqualität ist die Freiheit, über das eigene Leben und Lebensende entscheiden zu können. Aus dieser Erkenntnis berät DIGNITAS ergebnisoffen auch zu den verschiedenen Optionen der menschenwürdigen Leidens- und Lebensbeendigung.

DIGNITAS – von einigen auf eine «Sterbehilfeorganisation» oder «Suizidhilfeorganisation» reduziert – arbeitet in Wirklichkeit weit darüber hinaus in Bereichen wie allgemeine Beratung über Palliative Care und Vorsorge mittels Patientenverfügung, Suizidversuchsprävention, internationale juristische und politische Fortentwicklung bezüglich des Menschenrechts auf Selbstbestimmung in «letzten Dingen», Aus- und Weiterbildung für interessierte Kreise, usw.

DIGNITAS zählt heute zusammen mit der am 26. September 2005 in Hannover gegründeten, selbständigen Partner-Organisation DIGNITAS-Deutschland über 8'400 Mitglieder, verteilt auf mehr als 80 Länder rund um den Erdball. Das Büro von DIGNITAS befindet sich auf der Forch bei Zürich; im Zürcher Oberland steht dem Verein ein Haus zur Verfügung, in welchem Freitodbegleitungen für Mitglieder aus dem Ausland und aus der Schweiz stattfinden können, wenn dies bei ihnen zu Hause nicht möglich ist. Bei DIGNITAS-Schweiz arbeiten 24 Personen, alle Teilzeit, im Büro-Team, welches primär Beratungen macht, in der Mitgliederadministration, im Rechnungswesen, im Team der Betreuer/Begleiter, welche unter anderem Freitodbegleitungen durchführen, sowie in der Vereinsleitung.

¹ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>

Ein Drittel der täglichen telefonischen Beratungen von DIGNITAS-Schweiz erfolgt für Nicht-Mitglieder aus der ganzen Welt. Dazu gehören bei weitem nicht nur leidende Hilfesuchende, sondern auch Ärzte, Juristen, Studierende, Pflegende, usw.

DIGNITAS-Schweiz beschränkt seine Dienste nicht auf in der Schweiz wohnhafte Personen. Wo liegt denn der Unterschied zwischen einem metastasierenden Bauchspeicheldrüsenkrebs in Kreuzlingen, Kanton Thurgau, und einem solchen in Konstanz, Deutschland, wenige Gehminuten entfernt auf der anderen Seite der Landesgrenze? Könnten wir ernsthaft dem Patienten in Kreuzlingen «Ihnen helfen wir» und dem Deutschen «Sie wohnen im falschen Land» mitteilen? Es wäre eine juristisch und moralisch nicht zu rechtfertigende Diskriminierung der Person, welche nicht in der Schweiz lebt.

Deshalb arbeitet DIGNITAS seit seiner Gründung ungeachtet politischer Grenzen international. DIGNITAS überwindet verschiedene Grenzen so weit als möglich: Abbau des Tabus rund um Suizid, Leiden und Tod, Hinterfragen unterschiedlicher staatlicher Gesetzgebungen und Moralvorstellungen sowie deren Verhältnis zu den Menschenrechten, und Umsetzung von Wahlfreiheit, Selbstbestimmung, Unabhängigkeit durch Verfügbarkeit von Informationen und Würde auch in Leidenssituationen.

3.) Zur SAMW und dem Geltungsbereich ihrer Richtlinien

Die 1943 durch die fünf Medizinischen Fakultäten, zwei Veterinärmedizinischen Fakultäten und die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH in der Basler Martinskirche gegründete SAMW versteht sich als Dienst der Medizinischen Wissenschaft und der Gesellschaft, wobei sie die Veröffentlichung von Richtlinien und Empfehlungen heute als eine ihrer Hauptaktivitäten betrachtet.² Die SAMW genoss von Anfang an die Unterstützung der Pharmaindustrie³, und der Bund unterstützt die SAMW seit 1984 mit Subventionen⁴ aufgrund des Bundesgesetzes über die Förderung der Forschung und der Innovation (SR 420.1) als Forschungsorgan.⁵ Eine Kompetenz der SAMW zum Erlass von Regeln, welche die verbindliche Qualität von Gesetz oder Verordnung haben, existiert nicht: Die Rechtsprechung des Bundesgerichts hält fest, dass Richtlinien der SAMW Regeln einer privaten Stiftung ohne Gesetzgebungskompetenz («puissance publique») sind und diese keine Gesetzeskraft haben.⁶

Nur wenn die SAMW Richtlinien erstellt, die evidenzbasiert sind, was bedeutet, dass solche Richtlinien sich erstens dem staatlichen Recht, zweitens den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und drittens an der communis opinio und Erfahrung der Medizinalpersonen mit universitärer Ausbildung orientieren, können solche Richtlinien durch Gesetzgeber und Gerichte überhaupt als Auslegungshilfe beigezogen werden. Dies kann für ethische und somit persönliche, philosophisch-weltanschauliche Positionen jedoch niemals der Fall sein.

Gesetzeskraft haben nur formelle staatliche Erlasse; so zum Beispiel die Aufzählung der Berufspflichten für Personen, die einen universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben. Diese sind in Artikel 40 des Medizinalberufegesetzes (MedBG)⁷ einheitlich und abschliessend geregelt. Art. 40 lit. a MedBG ist eine auslegungsbedürftige Generalklausel, welche grundrechtskonform, bzw. verfassungs- und völ-

² <https://www.samw.ch/de/Portraet/Geschichte.html>

³ <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D43472.php>

⁴ <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D43472.php>

⁵ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091419/index.html> Art. 4, a, Ziff. 2.

⁶ BGE 136 IV 97 vom 26. August 2010, E 6.2.2

⁷ SR 811.11, Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, vom 23. Juni 2006.

kerrechtskonform auszulegen ist.⁸ Von den Berufspflichten sind Standesregeln zu unterscheiden.⁹ Diese werden durch Art. 40 lit. a MedBG nicht zu objektivem Recht erhoben, können aber als Auslegungshilfe zur Präzisierung allgemein formulierter Berufspflichten herangezogen werden.¹⁰ Dabei ist jedoch zu beachten, dass die abschliessende Aufzählung der Berufspflichten in Art. 40 MedBG durch die Standesregeln nicht ergänzt werden dürfen.¹¹ In der Schweiz hat die Berufsorganisation FMH¹², der die überwiegende Zahl von Ärztinnen und Ärzten angehört, eine Standesordnung erlassen, in der viele Grundsätze der ärztlichen Tätigkeit geregelt werden. Dabei fällt auf, dass die FMH praktisch alle Richtlinien der SAMW in die Standesordnung aufgenommen hat, womit diese auf der Stufe des Standesrechts für die überwiegende Zahl von Ärzten unmittelbare standesinterne, also vereinsrechtliche, Verbindlichkeit erhalten.¹³

Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass Standesregeln der Berufsverbände nicht immer im öffentlichen Interesse liegen. Ein Rückgriff auf diese – im vorliegenden Fall die Standesordnung der FMH, welche die Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» der SAMW enthält – zur Präzisierung einer allgemein gehaltenen Berufsregel des MedBG setzt deshalb voraus, dass die fragliche Standesregel nicht auf spezifische Interessen des Berufsstandes ausgerichtet ist, sondern die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung bezweckt, und sie muss das im öffentlichen Interesse Geforderte normieren und Ausdruck der herrschenden Sitte und der *communis opinio* der Medizinalpersonen mit universitärer Ausbildung sein.¹⁴

Zusammenfassend ergibt sich, dass die SAMW als private Institution keine Kompetenz hat, rechtsverbindliche Regeln aufzustellen, und somit auch den Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», wenn diese nach der Vernehmlassung definitiv verabschiedet werden, keine solche zukommt. Diese können, wenn sie von der FMH in die Standesordnung aufgenommen werden, höchstens als Auslegungshilfe berücksichtigt werden – und auch dies nur, wenn dadurch keine Grundrechte eingeschränkt sowie die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden.

4.) Zu den bestehenden SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» und deren Überarbeitung im Allgemeinen

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich zwar in erster Linie auf die ärztliche Suizidhilfe, jedoch nicht ausschliesslich.

Die SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» stammen aus dem Jahr 2004 und wurden 2012 teilrevidiert. Die SAMW schreibt, «medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen» hätten Anlass gegeben, diese zu überarbeiten, weshalb im Mai 2015 die Zentrale Ethikkommission der SAMW eine Subkommission mit der Revisionsaufgabe betraut habe. Die Mitglieder dieser Kommission stützen sich unter anderem auf die im Auftrag der SAMW durchgeführte Studie zur Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe und berücksichtigten die Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67).¹⁵

⁸ Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-StadtVD.2017.21 (AG.2017.455), E 5.4.8

⁹ Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, S. 228.

¹⁰ Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-StadtVD.2017.21 (AG.2017.455), E 5.1

¹¹ BGer 2C_1083/2012 vom 21. Februar 2013 E. 5.1).

¹² Foederatio Medicorum Helveticorum, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, <https://www.fmh.ch>

¹³ Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis, herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.

¹⁴ Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-StadtVD.2017.21 (AG.2017.455), E 5.1

¹⁵ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>

Bezüglich der ärztlichen Suizidhilfe vertrat die SAMW während Jahrzehnten die Position, dass Suizidhilfe kein Teil der ärztlichen Tätigkeit sei.¹⁶

In den Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» von 2004 wurden «Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende»¹⁷ aufgezeigt und dabei Palliative Care, Behandlungsverzicht und Suizidhilfe behandelt. Diese jetzt noch gültigen Richtlinien beschränken sich – gemäss ihrem Artikel 1 Geltungsbereich – auf Personen, «bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt», also auf Patientinnen und Patienten, die am «Lebensende» stehen. Irrtümlich wurde seitens der SAMW angenommen, dass damit die Suizidhilfe für Personen, welche nicht am Lebensende stehen, ausgeschlossen sei, was zu mehreren Gerichtsverfahren gegen Ärzte führte, welche Suizidhilfe für Personen ermöglichten, die nicht am Lebensende standen.¹⁸

Am 3. November 2006 erging ein Entscheid der II. Öffentlichrechtlichen Abteilung des Schweizerischen Bundesgerichts, welcher das Recht eines Menschen, Art und Zeitpunkt der Beendigung seines eigenen Lebens zu bestimmen, als europäisch garantiertes Grundrecht anerkannte.¹⁹ Dieser Grundsatz wurde am 20. Januar 2011 vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bestätigt.²⁰

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Zentrale Ethikkommission der SAMW in ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2012 bezüglich der bei der Suizidhilfe zu berücksichtigenden Kriterien festhielt, der Arzt trage die Verantwortung für die Prüfung der Voraussetzung, dass (unter anderem) die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertige, dass das Lebensende nahe sei.²¹ Dies wirft mehrere Fragen auf:

- a) Haben die Mitglieder der Zentralen Ethikkommission der SAMW 2012 von dem 6 Jahre zuvor ergangenen Bundesgerichtsentscheid Notiz genommen und dessen Bedeutung erfasst?
- b) Da von a) auszugehen ist: Wieso hat diese Kommission auch 6 Jahre nach diesem Bundesgerichtsentscheid an einer Haltung festgehalten, welche im Widerspruch zu geltendem Recht steht?
- c) Ist es in einem Rechtsstaat legitim, dass eine Kommission, deren Stellungnahme den Geist einer seit 6 Jahren überholten Auffassung atmet, Einfluss auf Richtlinien einer Organisation hat, die letztlich über das ärztliche Standesrecht Auswirkungen auf die Gesamtbevölkerung haben?

Die Beantwortung dieser Fragen kann hier offen bleiben. Jedoch zeigt sich ein Konflikt: In der SAMW scheinen Personen zu wirken, die sich stärker ihrer persönlichen oder einer Kommissions-gemeinsamen ethischen – und damit weltanschaulichen – Haltung verpflichtet fühlen, aber weniger der geltenden Rechtsordnung. Und dies auch noch dann, wenn ihre Haltung der geltenden Rechtsordnung bereits seit sechs Jahre widerspricht.

Dies entspricht der Selbstdarstellung der SAMW bezüglich ihrer Richtlinien. Für einen Laien erschliesst sich kaum, dass die SAMW keinerlei Rechtssetzungskompetenz hat und ihre Richtlinien auch kein anwendbares Recht sind. Das widerspiegelte sich in der Berichterstattung der Presse bezüglich der Überarbeitung der Richtlinien «Betreuung von Patien-

¹⁶ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Aerztliche-Suizidhilfe.html>

¹⁷ https://www.samw.ch/dam/jcr:8b392d08-568d-4d1e-a8ba-55cbddf5bcc3/richtlinien_samw_lebensende.pdf

¹⁸ Beispiel: Entscheid Strafgericht des Kantons Basel-Stadt, Einzelgericht, ES.2011.210, Urteil vom 5. Juli 2012

¹⁹ BGE 133 I 58, E 6.1

²⁰ Affaire HAAS c. Suisse, Requête no 31322/07, § 51

²¹ https://www.samw.ch/dam/jcr:589762e5-a770-439e-acb1-18867d52f27c/stellungnahme_samw_zek_suizidhilfe_20120314.pdf

tinnen und Patienten am Lebensende»²² und im Fragebogen der Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe», (siehe 4.1 Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe» hier-nach.)

Es ist nicht nur dieser Konflikt, der Fragen aufwirft. Bei näherer Betrachtung ergeben sich auch bei den beiden vorne genannten Quellen, der von der Subkommission in der Überarbeitung der Richtlinien verwendeten Studie zur Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe und der Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67) Fragen. Diese beiden Quellen bedürfen deshalb einer kurzen Betrachtung:

4.1) Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe»

Diese Studie wurde von «Brauer & Strub» in Zürich sowie «Büro Vater» in Bern im Auftrag der SAMW durchgeführt und am 30. September 2014 in einem ausführlichen Schlussbericht publiziert.²³

Nebst zwölf Einzelinterviews wurden 4'837 Schweizer Ärztinnen und Ärzte eingeladen, einen ausführlichen Fragebogen auszufüllen. 1'318 davon, was einer Rücklaufquote von 27 % entspricht, wurden von der Ärzteschaft retourniert. Die Zentrale Ethikkommission der SAMW stellte in ihrer (undatierten) Stellungnahme zu Recht fest, dass die Ergebnisse der Studie aufgrund dieser Rücklaufquote, die je nach Fachdisziplin stark variiert, nicht generalisierbar für die gesamte Ärzteschaft sind.²⁴

Besonders bedenklich ist, dass der Fragebogen die Ärzte bezüglich der geltenden Rechtslage in der Schweiz unvollständig und damit irreführend informierte: Erstens heisst es darin: «Suizidhilfe ohne eigennützige Motive ist nach schweizerischem Strafrecht erlaubt».²⁵ «Eigennützig» ist jedoch nicht der gemäss Artikel 115 Strafgesetzbuch zutreffende juristische Fachbegriff – der korrekte ist «selbstsüchtig». Zweitens werden nur die in den Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensendes genannten Voraussetzungen für Suizidhilfe (die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist, usw.) genannt. Der 2006 – demnach 8 Jahre zuvor – ergangene Bundesgerichtsentscheid,²⁶ welcher das Recht einer Person, über Art und Zeitpunkt ihres eigenen Lebensendes zu entscheiden, wenn sie dazu in der Lage ist, als ein von der Europäischen Menschenrechtskonvention geschützte Freiheit bestätigte, wird nicht erwähnt. Genau so wenig wie der in der gleichen Sache erfolgte Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte aus dem Jahre 2011, der diese Kernaussage des Schweizer Bundesgerichts bestätigte. Darüber hinaus wurde den 4'837 Ärztinnen und Ärzten, denen der Fragebogen zugestellt wurde, nicht offengelegt, dass die Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» auf Patientinnen und Patienten die *nicht* am Lebensende stehen, überhaupt keine Anwendung finden und somit für solche Patienten keine standesrechtliche Regelung besteht – mithin die Ärzte also grundsätzlich «nur» das geltende Recht wie z.B. Artikel 115 des Strafgesetzbuches (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord)²⁷, Arti-

²² Für viele: «Sterbehilfe soll neuen Standards folgen», in: «Basler Zeitung», 18.11.2017.

²³ https://www.samw.ch/dam/jcr:62fdf0f6-bbe4-4706-9bf9-6ab93d15fea3/studie_samw_suizidhilfe_schlussbericht_2014.pdf

²⁴ https://www.samw.ch/dam/jcr:047981a5-9c05-4685-a744-d914760b265b/studie_samw_suizidhilfe_zusammenfassung_2014.pdf Seite 2.

²⁵ https://www.samw.ch/dam/jcr:62fdf0f6-bbe4-4706-9bf9-6ab93d15fea3/studie_samw_suizidhilfe_schlussbericht_2014.pdf Seite 136.

²⁶ BGE 133 I 58.

²⁷ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html#a115>

kel 16 des Zivilgesetzbuches (Urteilsfähigkeit)²⁸, Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetz²⁹, usw. zu berücksichtigen haben.

Ein Fragebogen, welcher die Meinung zu einer besonderen Materie mit juristisch potentiell weitreichenden Implikationen – hier der Suizidhilfe – einholen will, aber den zu Befragenden gar nicht erst das dafür nötige und zutreffendes Basiswissen vermittelt, um die Fragen im Wissen um die Tatsachen beantworten zu können, kann im Ergebnis keine verlässlichen Antworten/Resultate generieren. Die Studienergebnisse zur «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe» bilden damit auch nicht die *communis opinio* der Medizinalpersonen ab. Sie sind sowohl aufgrund der geringen Rücklaufquote des Fragebogens (was die Zentrale Ethikkommission der SAMW bestätigt) wie ganz besonders wegen der mangelhaften juristischen Aufklärung der Ärztinnen und Ärzte nicht aussagekräftig. Das sind gravierende Mängel, welche einer Verwendung zum Erlass von Richtlinien, die letztlich als Auslegungshilfe bei Gerichten herangezogen werden könnten, entgegenstehen.

Die Zentrale Ethikkommission der SAMW schreibt in ihrer (undatierten) Stellungnahme zum Studienergebnis: «Die Richtlinien 2004 erlauben Suizidhilfe bei Patientinnen und Patienten, deren Lebensende nahe ist, als Ergebnis eines persönlichen Gewissensentscheids».³⁰ Diese Aussage ist wiederum irreführend. Erstens liegt es nicht in der Kompetenz der SAMW, durch ihre Richtlinien Suizidhilfe zu «erlauben» (oder zu verbieten), und zweitens haben die Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» durch ihren Artikel 1 Geltungsbereich sich selbst auf den Bereich «nahe am Lebensende» eingeschränkt. Das bedeutet, die SAMW hat für die Sachverhaltskonstellation «(noch) nicht am Lebensende» keine Richtlinien erlassen, womit für diesen Bereich ihrerseits nichts «erlaubt» (und nichts verboten) worden ist.

4.2) Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» (NFP 67)

Das vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) durchgeführte Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) stand von Anfang an unter einem ungünstigen Stern: Zum Präsidenten der Leitungsgruppe wurde der aus Deutschland stammende katholische Moraltheologe Prof. Markus Zimmermann (ex -Acklin) vom Departement für Moraltheologie und Ethik der Universität Fribourg ernannt. Seine Gesinnung bezüglich Lebensendefragen, seine Ablehnung der Selbstbestimmung am Lebensende, ist durch seine Dissertation von 1996 «Euthanasie, Eine theologisch-ethische Untersuchung», die 2002 erweitert und überarbeitet in zweiter Auflage in der Reihe «Studien zur theologischen Ethik» veröffentlicht wurde, bekannt. In ihr subsumiert er die Suizidhilfe, wie sie in der Schweiz von der weit überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung befürwortet wird, unter dem Begriff der Euthanasie (!) und plädierte bezüglich der «Notlage eines Einzelnen» gegen die persönliche Freiheit. Darüber hinaus argumentiert er darin tendenziös-angstschürend mit dem wissenschaftlich widerlegten Dammbrech- sowie dem Missbrauchs-Argument. Die SAMW unterstützte seine Dissertation finanziell, so wie auch die Forschungsarbeit der ebenfalls im NFP 67 involvierte deutsche Theologin Nina Streeck.³¹ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Zimmermann (bis Mai 2015) Vizepräsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW war.³² Die SAMW setzte ihn dann wiederum als Mitverantwortlichen in der Subkommissi-

²⁸ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a16>

²⁹ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte SR 812.21 und Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe SR 812.121

³⁰ https://www.samw.ch/dam/jcr:047981a5-9c05-4685-a744-d914760b265b/studie_samw_suizidhilfe_zusammenfassung_2014.pdf, Seite 1.

³¹ <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/nfp67/geld-fuer-sterbehilfekritikerin.pdf>

³² https://www.samw.ch/dam/jcr:f890577b-33b5-436d-9234-a9a8eb7703a4/jahresbericht_2015_samw_zek.pdf

on zur Ausarbeitung der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» ein.³³ Seit 2014 ist er zudem Mitglied und Vizepräsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK).³⁴

Auch eine weitere fragwürdige Leitungsperson wurde in das NFP 67 aufgenommen: Die deutsche Rechtsprofessorin Brigitte Tag³⁵, die im Mai 2010 Mitglied der Nominationskommission bei der SAMW wurde.³⁶ Wie Markus Zimmermann ist auch sie Mitglied der NEK.³⁷ Im September 2008 präsentierte sie im Rahmen einer Veranstaltung der Reformierten Kirche des Kantons Aargau einen Gesetzesvorschlag zur Regulierung der Suizidhilfe in der Schweiz. Dieser Gesetzesentwurf war bereits von den deutschen Ländern Saarland, Hessen und Thüringen beim deutschen Bundesrat am 27. März 2006 eingereicht und dort am 4. Juli 2008 aufgrund juristischer Bedenken ad acta gelegt worden: Der Inhalt des vorgeschlagenen Gesetzes war in den Ausschüssen analysiert und für grundrechtswidrig taxiert worden (!).

In der Durchführung des NFP 67 zeigten sich je länger je mehr Ungereimtheiten, welche die Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit und damit auch die Glaubwürdigkeit des Forschungsprojekts und der darin involvierten Personen untergraben haben: Ungenaue und fehlerhafte Publikationen³⁸, unseriöse Auswahl der Projekte durch Einholen von genehmen Gutachten (sogenanntes «Gutachten-Shopping»), wie es Bundesrichter Thomas Merkli während einer Urteilsberatung am Schweizerischen Bundesgericht aufzeigte³⁹, tendenziöse, stigmatisierende Behauptungen wie zum Beispiel, dass «gerade am Lebensende viele Menschen aufgrund schwerer Erkrankungen nicht mehr urteilsfähig» seien⁴⁰, fragwürdige Verflechtungen der Projektbeteiligten mit religiös gebundenen Institutionen⁴¹, Ausklammern wichtiger medizinischer und gesellschaftlicher Themen am Lebensende wie zum Beispiel die von Prof. Dr. med. Gian-Domenico Borasio⁴² aufgezeigte Übertherapie⁴³ oder der Suizid(versuchs)prävention, usw. Es würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen, alle Ungereimtheiten im Detail darzulegen, welchen die Voreingenommenheit und den Bias des NFP 67 aufzeigen; entsprechende Medienberichte⁴⁴, Stellungnahmen⁴⁵, ein Fachartikel im renommierten Journal of Medical Ethics⁴⁶ und mehr⁴⁷ sind publik.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die SAMW durch die Kommission zur Erarbeitung der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» mit dem NFP 67 ein «Forschungsprojekt» als Quelle verwendet, mit dem sie personell und finanziell verbandelt ist, und welchem die Prädikate seriös, unabhängig und wissenschaftlich abgesprochen werden mussten.

³³ https://www.samw.ch/dam/jcr:cd0468ed-2333-471e-8dc1-d131c90d9284/richtlinien_samw_sterben_und_tod_vernehmlassung.pdf, Seite 26.

³⁴ <https://www.nek-cne.admin.ch/die-kommission/kommissionsmitglieder>

³⁵ <http://www.rwi.uzh.ch/de/lehreforschung/alphabetisch/tag/bt.html>

³⁶ https://www.samw.ch/dam/jcr:8d5469ea-ff49-48ec-b0fe-28593a8f9697/jahresbericht_2010_samw_nominationskommission.pdf

³⁷ <https://www.nek-cne.admin.ch/die-kommission/kommissionsmitglieder/>

³⁸ Siehe: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/stellungnahme-studie-unibern-19022014.pdf> und <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/nfp67/comments-bjmepaper-suicidetourism.pdf>

³⁹ <https://www.infosperber.ch/index.cfm?go=FreiheitRecht/SVP-Bundesrichter-kritisiert-den-Nationalfonds>

⁴⁰ <http://www.snf.ch/de/fokusForschung/newsroom/Seiten/news-141125-medienmitteilung-urteilsfaehigkeit-von-patienten-besser-einschaetzen.aspx>

⁴¹ Zum Beispiel der Kommission «Justitia et Pax» der Schweizerischen Bischofskonferenz. Auch:

[https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews\[tt_news\]=116&cHash=94d555a3a21e821d794c9b4a107bbaad](https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews[tt_news]=116&cHash=94d555a3a21e821d794c9b4a107bbaad)

<https://applicationspub.unil.ch/interpub/oaauth/php/Un/UnPers.php?PerNum=1113981&LanCode=37>

⁴³ <https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/palliative-care-wie-sinnvoll-sind-teure-medikamente-am-lebensende>

⁴⁴ <https://www.nzz.ch/schweiz/heftige-kritik-an-forschungsprogramm-1.18070885>

⁴⁵ <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/nfp67/unterlagen-nfp67-d.pdf>

⁴⁶ <http://jme.bmj.com/content/early/2015/02/26/medethics-2014-102467>

⁴⁷ <http://www.nfp67-check.info/home.html>

5.) Zum Entwurf der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Zur Unterstützung von Lesbarkeit und Verständnis werden nachfolgend die Textpassagen aus dem Entwurf der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» integral wiedergegeben, und die jeweilige Stellungnahme von DIGNITAS dazu wird in **grüner Schriftfarbe** dargestellt.

Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten,[1] die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, ist eine zentrale Aufgabe der Medizin, die hohen Respekt und grosse ethische Verantwortung verlangt. Ihre Erfüllung muss von den Prinzipien der Palliative Care [2] geprägt sein, insbesondere von der Achtung der Würde und des selbstbestimmten Willens der Patientin.

Hier wurde erstens ein elementares Prinzip vergessen, nämlich die Rechtstaatlichkeit. Das Schweizer Bundesgericht und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte haben das Recht und die Freiheit eines Menschen, über Art und Zeitpunkt des eigenen Lebensendes zu entscheiden, als ein von der Europäischen Menschenrechtskonvention geschütztes Gut anerkannt. Daran haben sich jegliche Richtlinien irgendwelcher Art zu orientieren. Verfassungs- und Menschenrechte stehen über medizinisch-ethischen Erwägungen. Zweitens ist die Reihenfolge der Begriffe zu ändern, denn die Würde und die Selbstbestimmung des Menschen gehen den Prinzipien der Palliative Care vor. Der Abschnitt sollte wie folgt lauten: «Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten,[1] die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, ist eine zentrale Aufgabe der Medizin, die hohen Respekt und grosse juristische, medizinische und ethische Verantwortung verlangt. Ihre Erfüllung muss von den Prinzipien der Menschenrechte, der Rechtstaatlichkeit, der Würde und Selbstbestimmung der Patientin und der Palliative Care [2] geprägt sein.»

Palliative Care gewinnt in der Sterbephase herausragende Bedeutung, soll aber im Verlauf einer chronischen Erkrankung bereits viel früher eingesetzt und parallel zu kurativen Bemühungen verwendet werden. Bei Bedarf ist der Zugang zu entsprechenden spezialisierten Leistungen zu gewährleisten.

Seit der Veröffentlichung der SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» im Jahr 2004 werden die Themen Sterben und Tod zunehmend in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit diskutiert. Dabei steht das Anliegen einer selbstbestimmten Gestaltung des letzten Lebensabschnittes meist im Vordergrund, aber auch die Frage, wie sich diese Forderung nach Selbstbestimmung auf die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen, die medizinischen Fachpersonen und die Gesellschaft auswirkt, bedarf der Reflexion.

Bei der Revision der Richtlinien wurde der Geltungsbereich erweitert. Neu werden, neben der Betreuung von Sterbenden, auch das Gespräch mit Patienten, bei denen eine tödliche Erkrankung diagnostiziert wurde,

Nicht nur bei Patienten, bei denen eine tödliche Erkrankung diagnostiziert wurde, ist das Gespräch wichtig, sondern bei allen Patienten.

sowie der Umgang mit Sterbewünschen behandelt. Diese Erweiterung wirft grundsätzliche Fragen auf.

Der rechtliche Rahmen in der Schweiz sowie die kontroverse

Betrachtet man die Ergebnisse der SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe», auch wenn diese zu hinterfragen ist (siehe 4.1 in dieser Stellungnahme), nämlich, dass rund drei Viertel der antwortenden Ärztinnen und Ärzte ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich

vertretbar finden, und nur gut ein Fünftel diese in jedem Fall ablehnen⁴⁸, erweckt das Attribut «kontrovers» einen unzutreffenden und dadurch tendenziösen Eindruck.

Haltung bei Ärztinnen und anderen medizinischen Fachpersonen sowie in der Öffentlichkeit zum Umgang mit Sterbewünschen verlangen nach einer differenzierten Regelung.

«Regelung» ist hier ein unzutreffender Begriff. Die SAMW-Richtlinien können nichts «regeln», da weder der SAMW noch von ihr publizierten Richtlinien – wie schon vorne dargelegt – in irgendeiner Form Regelungsmacht oder Rechtskraft zukommt. Eine zutreffende Formulierung wäre: «...nach einer differenzierten Empfehlung».

Die Richtlinien teilen die möglichen Handlungen medizinischer Fachpersonen im Umgang mit Sterben und Tod in drei Kategorien ein:

- Handlungen, die mit den allgemein anerkannten Zielen der Medizin übereinstimmen und damit grundsätzlich zum Aufgabenbereich aller medizinischen Fachpersonen gehören (Kap 6.1.),
- Handlungen, die kontrovers diskutiert werden und deren Ausführung Ärzten vorbehalten bleibt, die im Einzelfall zur persönlichen Überzeugung gekommen sind, dass diese dem Wohl ihres Patienten dienen. Der Arzt handelt dabei in Eigenverantwortung
Unabhängig davon, ob eine Handlung tatsächlich, angeblich oder lediglich aus der Sicht der SAMW kontrovers diskutiert wird oder nicht, handelt ein Arzt nie nur in Eigenverantwortung. Ein Arzt hat immer auch im Rahmen des geltenden Rechts (Verfassung, Gesetze, Gerichtsentscheide) zu handeln. Das ist an dieser Stelle des Entwurfs zur Klarstellung zu ergänzen.

und kann keinesfalls zu solchen Handlungen verpflichtet werden. Wenn diese durchgeführt werden, müssen bestimmte Regeln eingehalten werden, die sicherstellen, dass gemäss dem Willen eines urteilsfähigen

Hier wurde der Wille des urteilsunfähigen Patienten vergessen, und dies ist somit zu ergänzen: Einerseits der mutmassliche Wille und andererseits Willenserklärungen (z.B. in Form der Patientenverfügung) welche der Patient vor Verlust der Urteilsfähigkeit abgegeben hat.

Patienten gehandelt wird (Kap. 6.2.),

- Handlungen, die dem Schweizer Gesetz widersprechen und damit verboten sind (Kap. 6.3.).

Die Richtlinien vermitteln in einem ersten Abschnitt ethische Grundsätze (Kap. 2). Darauf folgen Hilfestellungen zum Gespräch mit der Patientin über Sterben und Tod (Kap. 3) und über Sterbewünsche (Kap. 4). Kap. 5 enthält Richtlinien zu den Entscheidungsprozessen und Kap. 6 zu den Handlungen, die möglicherweise oder sicher den Eintritt des Todes beschleunigen. Am Schluss steht ein Glossar der wichtigsten verwendeten Begriffe. Die den Richtlinien zugrundeliegenden Definitionen sowie Überlegungen zu den Zielen der Medizin sind in einem lediglich elektronisch publizierten Anhang zu finden.

[1] In SAMW-Richtlinien werden abwechselnd männliche oder weibliche Formulierungen verwendet. Die entsprechenden Texte betreffen immer alle Angehörigen der genannten Personengruppen.

[2] Vgl. SAMW RL «Palliative Care»; vgl. Best Practice (www.palliative.ch).

Die Ausrichtung der Richtlinien ist von drei Grundsätzen geprägt:

⁴⁸ Wie die Zentrale Ethikkommission in ihrer (undatierten) Stellungnahme zur genannten Studie auf Seite 2 selber festhält https://www.samw.ch/dam/jcr:047981a5-9c05-4685-a744-d914760b265b/studie_samw_suizidhilfe_zusammenfassung_2014.pdf

- Erstens soll bei jeder medizinischen Handlung im Umgang mit Sterben und Tod klar definiert werden, welches Ziel im Hinblick auf den Todeszeitpunkt angestrebt wird: Soll dieser nach Möglichkeit noch hinausgeschoben werden, soll er unbeeinflusst bleiben und akzeptiert werden, wenn er aufgrund des Krankheitsverlaufs eintritt, oder ist seine raschere Herbeiführung beabsichtigt?
- Zweitens soll die Selbstbestimmung der urteilsfähigen Patientin geachtet werden.

Die Selbstbestimmung des urteilsfähigen Menschen ist nicht «nur» zu achten, sondern zu respektieren. Auf den ersten Blick mögen «achten» und «respektieren» als Synonyme erscheinen. Es gibt jedoch einen wesentlichen Unterschied: «Achten» bedeutet jemandem Achtung entgegenbringen, ihm oder einer Sache Beachtung, Aufmerksamkeit schenken, jemanden oder eine Sache beachten, aufpassen, achtgeben. Achten kann also auch heissen, dass man einen Wunsch «zur Kenntnis nimmt», ihn deswegen aber noch lange nicht erfüllt. «Respektieren» hingegen bedeutet, jemandem oder einer Sache Respekt entgegenbringen, die Haltung dieser Person respektieren, etwas als vertretbar, legitim anerkennen, gelten lassen; Gesetze, Gebote und/oder jemandes Ansichten respektieren.⁴⁹ Deshalb soll hier «geachtet» durch «respektiert» ersetzt werden.

Darüber hinaus ist die Reihenfolge der Begriffe zu ändern: Die Selbstbestimmung des Patienten geht der Zielsetzung der medizinischen Handlung vor. Das bedeutet, die Handlung hat sich an der Selbstbestimmung des Patienten zu orientieren, seine Wünsche sind massgebendes Leitkriterium, dem entsprechend die Handlungen nicht nur definiert sondern festgelegt werden.

Die Umsetzbarkeit selbstbestimmter Wünsche kann allerdings durch die Rechte anderer, mitbetroffener Personen, seien dies Angehörige oder medizinische Fachpersonen, begrenzt werden.

Dieser Abschnitt ist zu präzisieren. Es sind nicht primär die Rechte mitbetroffener Personen wie Angehörige oder medizinische Fachpersonen, welche diesen Wünschen Grenzen setzen, sondern in erster Linie das Recht, insbesondere das Strafrecht generell. So zum Beispiel könnte ein schwerkranker Patient selbstbestimmt den Wunsch äussern, der Arzt möge «Aktive Sterbehilfe» leisten. Diese ist jedoch durch Art. 114 Strafgesetzbuch⁵⁰ verboten. Es ist in solchem Fall somit nicht nur das Recht des Arztes tangiert, der diese strafbare Handlung ablehnen darf und muss, sondern auch die Rechtsordnung generell, nämlich das Strafrecht.

- Drittens müssen Patientinnen, die sich mit Sterben und Tod auseinandersetzen, davor geschützt werden, dass von ihnen geäusserte Wünsche unkritisch erfüllt werden, obwohl sie nicht ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen.

Die Formulierung dieses Absatzes ist missverständlich und geht von einem paternalistischen Ansatz aus (...«davor geschützt werden»...). Patienten, welche sich mit Sterben und Tod auseinandersetzen, sind wie alle Menschen a priori als urteilsfähig und damit selbstbestimmt und eigenverantwortlich handelnd zu betrachten. Eine korrekte und positive, respektierende Formulierung in diesem Fall wäre: «Drittens müssen Patientinnen, die sich mit Sterben und Tod auseinandersetzen, umfassend und ergebnisoffen bezüglich aller ihrer juristisch erlaubten Optionen aufgeklärt werden, so dass ihre Wünsche ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen.»

In der Umsetzung dieser Grundsätze hat das Gespräch mit dem Patienten herausragende Bedeutung. Eine an seine Situation angepasste Information, aufmerksames Hinhören und

⁴⁹ Siehe: Duden – Die deutsche Rechtschreibung, 27. Auflage, 2017.

⁵⁰ Schweizerisches Strafgesetzbuch, SR 311.0

ein offenes Eingehen auf seine Wünsche tragen zu gemeinsamen Entscheiden für die Gestaltung der letzten Lebensphase bei. Daneben sind Gespräche mit den Angehörigen und deren Unterstützung wichtig. Der dafür notwendige, kontinuierliche Kommunikationsprozess kann anspruchsvoll und belastend sein.

In diesem Richtlinien-Entwurf wird verschiedentlich von solchen Gesprächen geschrieben. Dazu ist generell anzumerken, dass die gegenwärtige Regelung der Entschädigung für ärztliche Tätigkeiten (TARMED oder behördlich festgelegte Tarife) in weitem Ausmass längere Gespräche gar nicht angemessen honorieren. Ohne eine Äusserung der Richtlinien zu diesem Problem dürfte die Forderung nach ausführlichen Gesprächen weitgehend Wunschdenken sein.

In den Richtlinien wird eine Vermittlung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen angestrebt und versucht, alle Beteiligten, Patienten, Angehörige und medizinische Fachpersonen vor einer Missachtung der ihrer Rolle angemessenen Selbstbestimmung zu schützen. Das Hauptanliegen eines am Patientenwohl orientierten Umgangs mit Sterben und Tod darf weder zu einer Überforderung der Angehörigen noch zu einer Gefährdung des professionellen Selbstverständnisses der medizinischen Fachpersonen führen.

Auch diese Formulierung ist missverständlich, denn sie insinuiert, dass das Patientenwohl möglicherweise vor dem Wohl der Angehörigen und einem wie auch immer gearteten ärztlichen Selbstverständnis zurückzutreten hat. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer darüber entscheidet, ob die Angehörigen als überfordert zu betrachten sind oder nicht. In jedem Fall darf weder eine vermutete noch eine tatsächliche Überforderung möglicherweise als Argument verwendet – allenfalls missbraucht – werden, um das, was der Patient als sein Wohl sieht, zu übergehen. Was das «professionelle Selbstverständnis der medizinischen Fachperson» sein soll, ist weder in dieser Passage noch im Anhang / Glossar erläutert. Oder soll diese Formulierung an die überwunden geglaubte Haltung von Ärzten als «Halbgötter in Weiss» erinnern?

Damit dies gelingen kann, ist eine vertiefte gesellschaftliche Diskussion darüber notwendig, welche Ziele von der Medizin in Zukunft verfolgt und welche Aufgaben ihr zugewiesen werden sollen. Bevor von der Medizin neue Aufgaben übernommen werden, ist zu prüfen, ob ihr damit nicht die Lösung von Problemen übertragen wird, die eigentlich Aufgabe anderer gesellschaftlicher Personen und Institutionen wären.

Diesem Absatz ist zuzustimmen.

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich

Die Richtlinien wenden sich an Ärztinnen, Pflegende und weitere Fachpersonen, die Patientinnen behandeln, betreuen und begleiten, die mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Dabei handelt es sich namentlich um folgende drei Patientengruppen:

- Patienten, bei denen aufgrund klinischer Beurteilung der Sterbeprozess begonnen hat und dieser entweder unaufhaltbar ist oder lebenserhaltende Therapien vom Patienten nicht mehr gewünscht werden.
- Patienten, die an einer Krankheit leiden, an deren Folgen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit sterben werden, da keine kurative Behandlungsmöglichkeit (mehr) zur Verfügung steht.
- Patienten, die den Wunsch nach medizinischer Hilfe zur Beendigung ihres Lebens äussern. Dieses Verlangen unterscheidet sich deutlich von dem, was sonst von der Ärztin in der Konfrontation mit Sterben und Tod erwartet wird,

Diese Formulierung ist ebenfalls missverständlich; sie insinuiert, dass ein solcher Wunsch der Patienten eine ungewöhnliche, seltene Erwartung wäre. Die SAMW-Kommission hat womöglich die Studie/Umfrage unter Personen in der deutschen Schweiz im Alter 50+ «Letzter Lebensabschnitt: Was erwartet die Bevölkerung vom Arzt?»⁵¹ übersehen. Daraus ist ersichtlich, dass 66 % wünschen, dass sie der Arzt über die verschiedenen Möglichkeiten zu sterben orientiert, und mehr als die Hälfte der Befragten, nämlich 55 %, verlangen, dass der Arzt auf Verlangen auch das Sterbemittel-Rezept ausstellt. Ebenso übersehen hat die SAMW die Studie, welche zeigt, dass Patienten ganz besonders jenen Ärzten Vertrauen entgegenbringen, mit denen sie Suizidhilfe und generell Lebensende-Themen offen diskutieren können.⁵²

indem Selbstbestimmung für den Zeitpunkt des eigenen Todes gewünscht wird. Bei einigen Patienten liegt kein medizinisches Leiden als Hauptbeweggrund für den Sterbewunsch vor und der Umstand, dass eine Ärztin konsultiert wird, ist möglicherweise nur dem ärztlichen Verschreibungsmonopol geschuldet.

Dies erscheint erstens als eine gewagte Behauptung, und zweitens spielt es keine Rolle, ob einem Sterbewunsch ein medizinisches (somatisches oder psychisches) Leiden zugrunde liegt oder nicht. Jede Ursache, die einen Sterbewunsch auslöst, ist mit der den Sterbewunsch äussernden Person im Gespräch – welches für die SAMW gemäss eigenen Angaben zu dem Richtlinienentwurf im Zentrum steht⁵³ – ergebnisoffen und unvoreingenommen zu erörtern, so dass einerseits das Risiko eines einsamen, risikoreichen Suizidversuchs vermindert und andererseits gemeinsam nach möglichen Optionen für eine Beseitigung der den Sterbewunsch auslösenden Ursache gesucht werden kann, falls eine solche Möglichkeit überhaupt besteht.⁵⁴ Eine ergebnisoffene Haltung heisst aber auch, dass man es hinnehmen und aushalten muss, wenn ein Patient sich trotz offerierter Alternativen für seinen ursprünglichen Wunsch entscheidet.

2. Grundsätze

2.1. Recht auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung gilt für alle Patientinnen im ganzen Verlauf ihrer Krankheit bis zum Tod. Voraussetzungen selbstbestimmter Entscheide sind die frühzeitige und vollständige Aufklärung über die medizinische Situation sowie die offene und einfühlsame Kommunikation über die Möglichkeiten und Grenzen kurativer Behandlungen und von Palliative Care.

In dieser Aufzählung fehlen weitere (legale) Optionen neben der Palliative Care, über die aufgeklärt, offen und einfühlsam kommuniziert werden soll: Insbesondere a) der Behandlungsverzicht, der in einer Patientenverfügung festgelegt werden kann, b) die Möglichkeit des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (sogenanntes «Sterbefasten») sowie c) die Suizidhilfe. Der Abschnitt ist entsprechend zu ergänzen.

Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit sind bei zum Tode führenden Krankheiten und insbesondere während des Sterbeprozesses häufig.

⁵¹ https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/files/Studie_LINK_Institut_Erwartungen_an_Aerzte_2016.pdf

⁵² Siehe: Clinician-Patient Interactions About Requests for Physician-Assisted Suicide, Anthony L. Back et al, Arch Intern Med. 2002;162:1257-1265.

⁵³ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>, 3. Absatz.

⁵⁴ Vergleiche dazu: «Suizid-Prävention muss durch Suizid-Versuchs-Prävention ergänzt werden», online: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-wf-kongress-suizidversuche-d-15062012.pdf> und «Das Beratungs-Konzept von DIGNITAS», auf Seite 10 im Skript in Ergänzung zu Referat und Fragerunde am Santémed Gesundheitszentrum in St. Gallen, online: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-santemed-09032017.pdf>

Es fehlt im Glossar des Entwurfs der Richtlinien an einer Definition von «Selbstbestimmungsfähigkeit»; ein Wort, das im Duden nicht existiert. Weiter hinten im Richtlinien-Entwurf, unter Punkt 2.2, Seite 6, wird ersichtlich, dass mit «Selbstbestimmungsfähigkeit» nicht die Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 des Schweizerischen Zivilrechts⁵⁵ gemeint ist. Ist «Selbstbestimmungsfähigkeit» die Fähigkeit, die Situation bei einer zum Tod führenden Krankheit zu verstehen und dann darauf basierend seinen Willen zu äussern und – rechtsverbindlich – Anordnungen zu treffen, was medizinische Fachpersonen und weitere in dieser Situation tun oder lassen sollen? Wenn ja, so wäre die Aussage, dass «bei zum Tode führenden Krankheiten» diese häufig eingeschränkt sein soll, äusserst fragwürdig. Selbstredend wird diese Aussage denn auch nicht mit überprüfbaren Quellen belegt. Die Aussage wäre im Übrigen genauso fragwürdig, würde man den juristisch zutreffenden Begriff «Urteilsfähigkeit» benützen.

Die Urteilsfähigkeit einer Person wird von Gesetzes wegen stets vermutet, was bedeutet, dass grundsätzlich davon auszugehen ist, ein Mensch sei urteilsfähig. Darüber hinaus gibt es keine «eingeschränkte Urteilsfähigkeit», denn die Urteilsfähigkeit ist bezüglich einer bestimmten Frage entweder vorhanden oder nicht vorhanden.⁵⁶

Ganz allgemein zeugt die Haltung, bei zum Tode führenden Krankheiten eine Unfähigkeit, die Situation zu verstehen und dann darauf basierend seinen Willen zu äussern und – rechtsverbindlich – Anordnungen zu treffen (basierend auf der vermuteten Bedeutung von «Selbstbestimmungsfähigkeit») oder gar eine Urteilsunfähigkeit als «häufig» zu insinuieren, von einem hochgradig paternalistischen Denkansatz. Es wird ein institutionelles Setting evoziert, mit dem Patienten als urteilsunfähige, hilflose Wesen betrachtet und etikettiert werden, anstatt das Setting der Partnerschaft auf Augenhöhe zwischen Patient und Arzt in den Vordergrund zu stellen. Eine solche Haltung ist höchst bedenklich; sie ist sowohl aus juristischem als auch aus mitmenschlichem Blickwinkel verwerflich. Die Behauptung in den Richtlinien erscheint primär als blosser (Schutz-)Behauptung, um den Weg hin zur Behandlungsfreiheit und Entscheidungshoheit der medizinischen Fachpersonen zu ebnet.

Das Behandlungsteam muss sich angesichts der daraus resultierenden Vulnerabilität der Patientin der Gefahr einer ungerechtfertigten Fremdbestimmung bewusst sein: Einerseits muss es aufmerksam die Willenskundgebungen und Vorlieben der Patientin beachten, andererseits auch gezielt nach Hinweisen für frühere schriftliche oder mündliche Äusserungen über bevorzugte Behandlungsmöglichkeiten suchen.

Das Recht auf Selbstbestimmung schützt vor unerwünschter Fremdbestimmung, beinhaltet aber auch die Möglichkeit, Entscheidungen Dritten zu übertragen. Wenn ein Patient die Kraft zur Entscheidung nicht aufbringen kann oder will, kann er diese an eine Person seines Vertrauens oder auch den Behandelnden delegieren. Dies impliziert aber keineswegs einen Verlust des Rechts, jederzeit wieder selbst entscheiden zu können. Behandelnde und Vertretungsperson haben die Pflicht, sorgfältig auf Hinweise für einen wieder aufkommenden Willen zur Selbstbestimmung zu achten.

Diese Vertretungspersonen haben die Pflicht, nicht nur auf einen wieder aufkommenden Willen zur Selbstbestimmung zu achten, sondern auch die sich daraus ergebenden Willensäusserungen unbedingt zu respektieren.

[3] Als Patienten werden vorliegend Personen definiert, die in einem Arzt-Patientenverhältnis stehen; dies impliziert nicht zwingend, dass diese Personen krank sind.

[4] Mit Aufnahme in die Standesordnung der FMH werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindliches Standesrecht.

⁵⁵ Schweizerisches Zivilgesetzbuch, SR 210

⁵⁶ Vgl. zum Ganzen: Urteilsfähigkeit, Dr. iur. Frank Th. Petermann, Dike Verlag Zürich / St. Gallen, 2008; sowie BK – BUCHER/AEBI-MÜLLER, ART. 16 ZGB, N 4 und 6

[5] Vgl. dazu Kap. 6.1.3.

2.2. Selbstbestimmung im sozialen Kontext

Die Patientin ist während ihrer Krankheit eingebettet in ein soziales Umfeld und meist in Interaktion mit nahestehenden Personen sowie dem Behandlungsteam. Diese Beziehungen können die Fähigkeit zur Selbstbestimmung der Patientin einerseits stärken, wenn umstehende Personen ihr helfen, mit der Krankheitssituation zurecht zu kommen und gemäss ihren eigenen Werthaltungen einen Willen herauszubilden, welche Behandlung und Betreuung für sie die passende ist.

Der letzte Teil dieses Satzes, «...gemäss ihren eigenen . . . die passende ist.» ist missverständlich: Wer ist mit («sie») gemeint, das heisst, für wen soll die Behandlung und Betreuung die passende sein? Für die Patientin oder die nahestehenden Personen? Die Formulierung sollte im Interesse der Vermeidung von Missverständnissen geändert werden.

Andererseits besteht die Gefahr, dass Erwartungen und Wertungen der Angehörigen und des Behandlungsteams Entscheide der Patientin zu stark beeinflussen, unabhängig davon, ob dies von ihnen beabsichtigt ist oder nicht. Ebenfalls kann sich die Patientin bei Therapieentscheiden zu stark für Nahestehende verantwortlich fühlen und eigene Interessen vernachlässigen.

Durch den Zustand des Patienten bedingte Einschränkungen der Urteilsfähigkeit und damit der Selbstbestimmungsfähigkeit

Bezüglich «Selbstbestimmungsfähigkeit» und Urteilsfähigkeit, siehe Bemerkung vorne, 2.1

können oft durch geeignetes Vorgehen gemildert oder sogar aufgehoben werden.⁵⁷ Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Die Urteilsfähigkeit umfasst verschiedene Teilfähigkeiten, wie das Erfassen der Situation, das Erkennen von unterschiedlichen Entscheidungsmöglichkeiten und ihrer Konsequenzen, die Bewertung aufgrund der eigenen Präferenzen, die Äusserung von getroffenen Entscheidungen und Wünschen. Diese Fähigkeiten sind ohne Druck und mit Empathie zu unterstützen.
- Bei Patienten mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit ist zu ermitteln, welche Teilfähigkeiten vorhanden sind und wie diese bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können. Auch ein urteilsunfähiger Patient hat das Recht, an der Entscheidungsfindung soweit als möglich zu partizipieren.
- Dem Patienten nahestehende Personen sind zur Unterstützung der Verständigung einzubeziehen, soweit dies dem Wunsch bzw. dem Interesse des Patienten entspricht.
- Für Gespräche und die Verständigung insgesamt sind genügend Zeit und die nötigen Hilfsmittel einzusetzen.
- Wenn die Präferenzen der Patientin nur noch aufgrund der Vertrautheit mit ihren bisherigen Äusserungen und Reaktionen empathisch erahnt werden können, muss vom Betreuungsteam und den Angehörigen beachtet werden, dass dies die Gefahr der Projektion eigener Wünsche und Vorstellungen mit sich bringt.

2.3. Lebensqualität

Im Richtlinien-Entwurf fehlt es an einer Definition von «Lebensqualität». Da es dazu verschiedene Definitionen gibt,⁵⁸ ist zum allgemeinen Verständnis hier auszuführen, was die SAMW unter diesem Begriff versteht.

⁵⁷ BK – BUCHER/AEBI-MÜLLER, ART. 16 ZGB, N 8 und 109

⁵⁸ Z.B. Duden – Die deutsche Rechtschreibung, 27. Auflage, 2017, oder WHO Weltgesundheitsorganisation «Measuring Quality of Life», Seite 1 http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

In der medizinischen Behandlung und Betreuung von Patientinnen, die mit Sterben und Tod konfrontiert sind, ist die Berücksichtigung der Lebensqualität besonders wesentlich. Diese adäquat zu berücksichtigen, bedeutet für die Betreuenden:

- das subjektive Erleben der Patientin, insbesondere ihre Bewertung von Symptomen sowie das Leiden an bzw. die Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation, in den Vordergrund zu stellen;
- zu beachten, dass in der Konfrontation mit Sterben und Tod nicht nur die Leidenslinderung, sondern auch die Stärkung von Hoffnung und Freude die Lebensqualität verbessern kann;
- die für die Fragestellung relevanten Dimensionen der Lebensqualität (physisch, emotional, intellektuell, spirituell, sozial und ökonomisch) zu erfassen;
- die Gewichtung der verschiedenen Aspekte der Lebensqualität aus der Sicht des Patienten zu achten;
- bei Patienten mit beeinträchtigten Kommunikationsmöglichkeiten das subjektive Erleben des Patienten so weit wie möglich aufgrund objektivierbarer Beobachtungen zu erschliessen;
- sich dabei der Gefahr der Projektion eigener Vorstellungen, Vorurteile, Wünsche und Ängste bewusst zu sein;
- die Lebensqualität von Angehörigen und Betreuenden, die oft eng verknüpft mit derjenigen der Patientin ist, ausdrücklich zu thematisieren und getrennt zu betrachten.

2.4. Leiden und Leidenslinderung

Leiden betrifft immer die ganze Person. Der Leidende fühlt sich einer sehr unangenehmen Empfindung ausgeliefert, die nicht nachlässt, obwohl er es dringend wünscht. Leidensursachen können allen Dimensionen menschlichen Lebens entspringen und liegen keineswegs ausschliesslich im Zuständigkeitsbereich der Medizin. Neben körperlichen und psychischen Krankheitssymptomen können Einschränkungen im Alltag und in den sozialen Beziehungen, Verluste sowie das Erleben von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, je einzeln oder in sich verstärkender Kombination, Leiden verursachen.

Zu Leiden führende Einflüsse können durch Aussenstehende, insbesondere durch nahe Bezugspersonen, in ihrem Ausmass und ihrer Qualität wenigstens zum Teil eingeschätzt werden. Dagegen ist das verursachte Leiden selbst nur aufgrund von Äusserungen der betroffenen Person erkennbar. Der Grad des subjektiv empfundenen Leidens unter gleichartigen Einflüssen kann je nach Persönlichkeit und Umfeld stark variieren.

Leiden verschwindet oder wird gemildert, wenn die verursachenden Einflüsse beseitigt oder vermieden werden. Der Leidende kann auch Ressourcen mobilisieren, die diese Einflüsse vermindern oder kompensieren, so dass ein neues inneres Gleichgewicht entstehen kann. Gelingt dies mindestens teilweise, kann Leiden besser ertragen werden. Wenn dagegen schweres Leid als andauernd oder fortschreitend empfunden wird und die Hoffnung auf dessen Linderung oder Ende verloren gegangen ist, wird es häufig als unerträglich bezeichnet. Der Zustand des unerträglichen Leidens muss nicht von Dauer sein und kann, durch palliative Bemühungen oder spontan, von Besserung und neuer Hoffnung abgelöst werden. Es kann aber auch sein, dass Patientinnen ihr Leiden dauerhaft und bis zum Tod als unerträglich empfinden. Für Leidenszustände allgemein wie auch für unerträgliches Leiden bestehen keine objektiven Kriterien. Unerträglichkeit kann nur vom Leidenden selbst als solche benannt und ihm nicht von anderen Personen zugeschrieben werden.

Nicht nur die Bewertung «Unerträglichkeit» des Leidens, sondern generell die Bewertung des Ausmasses des Leidens kann nur vom Leidenden selbst als solche benannt werden. Diese Klarstellung fehlt hier und soll festgehalten werden.

Für das Gegenüber kann sie aber mehr oder weniger gut nachvollziehbar sein.

Krankheitsbedingte körperliche Schmerzen sind eine häufige Leidensursache. Oft wird auch von seelischen Schmerzen gesprochen. Um die Bedeutsamkeit des nicht durch körperliche Symptome verursachten Leidens hervorzuheben, wurde in der Palliative Care das Konzept des «Total Pain»[6] entwickelt, das alle Dimensionen des Leidens einer Patientin umfasst. So hilfreich dies für eine ganzheitliche Betreuung sein kann, besteht die Gefahr, dass dieser

[6] Der Schmerz, resp. das Leiden im Sinne von «Total pain», wurzelt kausal in verschiedenen Erlebensebenen (körperlich, psychisch, sozial, existentiell, kulturell) und drückt sich phänomenologisch in individuell unterschiedlicher Ausprägung wiederum auf diesen Ebenen aus. Wichtig dabei ist, dass dieser Schmerz durch einseitig biologische, zum Beispiel pharmakologische Massnahmen nicht entscheidend gelindert werden kann. Hier bedarf es eines multidimensionalen und multiprofessionellen Ansatzes. Mit zunehmender Dauer des «Total pain» wächst auch das Mitleiden der Angehörigen und Betreuenden. Manchmal kann hier Linderung, wenn überhaupt, weniger durch Veränderung der therapeutischen Massnahmen als durch Veränderung der Erwartungen erreicht werden.

Sprachgebrauch eine unkritische Ausweitung medizinischen Handelns auf den Umgang mit psychosozialen und existentiellen Leiden[7] begünstigt. Während klar ist, dass schmerzstillende Medikamente zur Behandlung psychosozialer und existenzieller Leiden nicht geeignet sind, muss z. B. die Anwendung einer tiefen Sedierung bis zum Tod als Reaktion auf existenzielles Leiden, differenziert beurteilt werden. Die Möglichkeit, Leidensempfindung und -ausdruck durch eine Sedierung zu dämpfen oder ganz auszulöschen, darf nicht verhindern, dass nicht-medizinische Massnahmen, insbesondere psychosozialer und spiritueller Beistand sowie allgemein menschliche Zuwendung, erwogen und der Patientin angeboten werden.

2.5. Klärung des Behandlungsziels

Im Rahmen der Behandlung müssen sich alle Fachpersonen vor jeder Handlung klar machen, in welcher Absicht sie diese durchführen: Geht es darum, einen Patienten am Leben zu erhalten? Liegt der Fokus auf der Leidenslinderung und wird dabei der – unter Umständen auch durch die Handlung beschleunigte – Eintritt des Todes bloss in Kauf genommen? Oder wird ein möglichst rasches Eintreten des Todes beabsichtigt?

Bestimmte Handlungen, wie z. B. die Verabreichung von schmerzstillenden Medikamenten oder die kontinuierliche tiefe Sedierung, können sowohl zur Symptombehandlung als auch zur absichtlichen Herbeiführung des Todes eingesetzt werden. Auch der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen kann einerseits als Übergang zu einer ausschliesslich symptomorientierten Therapie mit Inkaufnahme des Todes gestaltet, andererseits aber auch im Sinne einer absichtlichen Lebensbeendigung eingesetzt werden. Für die ethische und rechtliche Beurteilung der Handlung ist die Absicht der handelnden Ärztin und weiterer Fachpersonen entscheidend. Um sich zu vergewissern, dass eine geplante Handlung erlaubt ist, muss der Handelnde sich deshalb über seine Absicht im Klaren sein und die Art und Weise des Vorgehens daran ausrichten.

In diesem Abschnitt steht die medizinische Fachperson im Vordergrund, anstatt der Patient. Es sollte jedoch umgekehrt sein. In erster Linie muss sich die Fachperson an den vom Patienten geäusserten Wünschen und Absichten und an mit dem Patienten oder seiner in einem Vorsorgeauftrag bezeichneten Vertretungsperson getroffenen Vereinbarungen halten.

Die Absicht zeigt sich z. B. in der Wahl und Dosissteuerung von Medikamenten.

2.6. Betreuung und Unterstützung der Angehörigen

Angehörige sind vom Sterben des Patienten mitbetroffen und dadurch stark belastet. Gleichzeitig können sie aufgrund ihrer Vertrautheit mit dem Patienten den Behandelnden wichtige Hinweise zu dessen Situation und mutmasslichen Präferenzen geben. Zudem über-

nehmen sie oft Aufgaben in der Begleitung und Betreuung und üben einen Einfluss auf seine Meinungen und Erwartungen aus.

Diese komplexe Rolle der Angehörigen als Betroffene, Auskunftspersonen und Mitbetreuende ist anspruchsvoll. So kommt es oft vor, dass sich die Angehörigen durch ihr Engagement überfordern und ihr eigenes Leiden in Bezug auf den bevorstehenden Verlust ausdrücken, oder dass sie sich zurückziehen. Es liegt an den Mitgliedern des Behandlungsteams, diese Gefahren im Auge zu behalten und unter Umständen proaktiv zu minimieren. Der gelungene Einbezug der Angehörigen in die Betreuung kann sich auch auf deren Abschied und Trauerprozess günstig auswirken.

Die Komplexität der Angehörigenrolle wird in der Diskussion um den Sterbeort sichtbar: Im Lauf des vergangenen Jahrhunderts wurde schweres Leiden und Sterben zunehmend von der Gesellschaft an Institutionen, von Angehörigen an Professionelle delegiert. Mit der Entwicklung der Palliative Care wird versucht, das Sterben wieder von dieser «Virtualität der

[7] Oft ist auch von spirituellem Leiden die Rede.

Institutionen in die Realität des Alltags» zurückzubringen. Dies kommt dem Wunsch entgegen, dass viele Menschen am liebsten zu Hause in ihrer trauten Umgebung sterben möchten. Die grosse Bedeutung, die diesem Bedürfnis zugemessen wird, kann aber auch übersteigerte Erwartungen wecken. Das Sterben zu Hause wird manchmal sogar als Indikator für eine gute Palliative Care verstanden. Während der Wunsch des Patienten ins Zentrum gestellt wird, stossen die Angehörigen dabei aber häufig an ihre Grenzen, wenn sie zu wenig unterstützt werden (z. B. durch Hinweise über Angebote für die Betreuung zuhause). Ein falsch verstandener Vorrang der Patientenbedürfnisse vor denjenigen der Angehörigen kann zu deren Überforderung führen.

Hier fehlt es an einer Definition, was als «falsch» verstandener Vorrang der Patientenbedürfnisse verstanden werden soll. Was sind die Kriterien, welche jemanden das Patientenbedürfnis «falsch» verstehen lassen? Spiegelbildlich: Was ist ein «richtig» verstandenes Patientenbedürfnis?

So wichtig die Vorstellung der Patientin vom idealen Sterbeort ist, so notwendig ist es auch die Möglichkeiten des sozialen Umfelds zu berücksichtigen. Gesellschaftlich akzentuiert sich die Einschränkung in der Wahl des Betreuungs- und Sterbeortes auch durch die Zunahme von Personen, die keine Angehörigen haben, die gewillt und in der Lage wären, eine mitbetreuende Funktion zu übernehmen.

3. Sprechen über Sterben und Tod

Gespräche über das Sterben und den Tod sind ein wichtiges Element in der Behandlung und Betreuung von Patienten. Dies gilt nicht nur, wenn die Sterbephase bevorsteht oder bereits begonnen hat, sondern schon in einer frühen Phase der Konfrontation mit einer Krankheit mit sehr ernster Prognose (z. B. Tumorerkrankungen, chronisches Herz-, Lungen- und Nierenversagen wie auch neurodegenerative und Demenzerkrankungen) sowie immer, wenn ein Sterbewunsch geäussert wird. Der Arzt sollte bestrebt sein, nicht nur potentiell kurativ wirkende oder lebensverlängernde Massnahmen anzubieten, sondern auch die existentiellen Gesprächsbedürfnisse seiner Patientin wahrzunehmen und das Gespräch darüber zu fördern.

«bestrebt sein» und «potentiell» sind keine aussagekräftige Begriffe, sondern überaus schwammige, weit interpretierbare und somit zu schwache Formulierungen. Ein Arzt soll nicht nur «bestrebt sein», sondern es ist Pflicht des Arztes, kurativ wirkende oder lebensverlängernde Massnahmen anzubieten, falls solche realistischweise gegeben sind. Richtig

hingegen ist, dass es keine Pflicht geben kann, existentielle Gesprächsbedürfnisse eines Patienten wahrzunehmen, weil dies unrealistisch wäre.

Weder der Zugang zum Gespräch noch der richtige Zeitpunkt lassen sich standardisieren. Für jede einzelne Patientin sollte ein aus ihrer Sicht geeignetes, individuelles Vorgehen gesucht werden.

Sowohl die Rolle der Ärztin im Gespräch als auch die zu übermittelnde Information verändern sich im Verlauf einer schweren Krankheit. Schon in einem frühen Stadium ist es wichtig, dem Patienten die Ernsthaftigkeit der Prognose und die hohe Wahrscheinlichkeit, an dieser Krankheit zu sterben, in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Formulierung «...ist es wichtig,...» erscheint als zu schwach. Es ist Teil der Aufklärungspflicht und somit Aufgabe des Arztes gegenüber dem Patienten, die Ernsthaftigkeit der Prognose und die (hohe) Wahrscheinlichkeit, an dieser Krankheit zu sterben, in geeigneter Form mitzuteilen. Richtiger wäre die Verwendung des Wortes «unerlässlich».

Wenn im weiteren Verlauf der Erkrankung der Tod absehbar wird, können andere Themen wichtig werden. Es ist Aufgabe des Arztes herauszufinden, worüber die Patientin sprechen will und welche Ängste sie belasten.

Hier hat die Kommission klar formuliert – sehr gut.

Durch Informationen über den erwarteten Sterbeverlauf und die Möglichkeiten der Palliativ Care kann den Ängsten oft wirkungsvoll begegnet werden. Trotzdem können Unsicherheiten bestehen bleiben, die ausgehalten werden müssen. In der eigentlichen Sterbephase werden Informationen immer unwichtiger.

Dies mag so sein, jedoch öffnet die Formulierung dieses Satzes die Tür zu Willkür, nämlich, dass ein Arzt alleine entscheidet, ob und welche Informationen zu geben wichtig ist oder nicht. Damit wird die Pflicht des Arztes ausgehebelt, den Patienten vollumfänglich zu informieren. Dies ist nicht haltbar.

Das aktive, aufmerksame und empathische Zuhören steht im Vordergrund.

Viele sterbende Patienten haben das Bedürfnis, mit Fachpersonen

Nicht nur mit (medizinischen) Fachpersonen; sie können auch das Bedürfnis haben, mit anderen Personen darüber zu sprechen. Dies ist hier zu ergänzen.

über Sterben und Tod zu sprechen. Dies trifft jedoch nicht auf alle Patienten zu. Wünscht ein Patient kein Gespräch über dieses Thema, so ist auch dies zu respektieren.

Gute Kenntnisse der Techniken der Gesprächsführung sind eine Voraussetzung für das Sprechen über Sterben und Tod. Diese können erlernt werden. Die Gespräche erfordern eine adäquate, ruhige Umgebung und genügend Zeit. Oft sind mehrere Gespräche sinnvoll, wobei die Patientin festlegt, wer an diesen Gesprächen teilnehmen soll. Genauso wichtig wie die Techniken ist der angemessene Umgang mit den Emotionen, die mit Sterben und Tod häufig verbunden sind. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben ist eine wichtige Grundlage, um mit den Patienten über deren Sterben und Tod zu sprechen. Sie erleichtert es, Haltungen, Bedürfnisse und Ängste der Patienten und gegebenenfalls auch der Angehörigen zu verstehen.

In diesem Abschnitt fehlen in der Aufzählung zwei essentielle Voraussetzungen, um über Sterben und Tod zu sprechen: Erstens die Kenntnisse, zum Beispiel über die Möglichkeiten der Gestaltung des Sterbens (z.B. mittels Sterbebegleitung, Behandlungsverzicht, Suizidhilfe, usw.) und zweitens die Empathie. Letztere ist allerdings nur bedingt lernbar: ob sie vorhanden ist, ist in weiten Bereichen wohl eine Charakterfrage.

Die eigene Grundhaltung sollte geprägt sein von der Bereitschaft, den Willen der Patientin zu verstehen und zu akzeptieren. Gespräche lassen sich leichter führen und sind für die Patientin hilfreicher, wenn sich die verantwortliche Ärztin vorgängig klar macht, welche Rolle sie in der Begleitung des Sterbeprozesses einnehmen wird.

Sie sollte zudem überlegen, welche positiven Behandlungsziele (z. B. Begleitung des Sterbeprozesses und Leidenslinderung) sie dem Patienten dabei vorschlagen möchte.

Diese Vorbefassung mit der Rolle und den Behandlungszielen soll vermieden werden, denn sie kann dazu führen, dass die Ärztin das Gespräch nicht mehr umfassend und ergebnisoffen führt: Durch die Vorbefassung gelangt sie möglicherweise zu einer vorgefassten und damit die Möglichkeiten des Patienten von vornherein einschränkenden Meinung, die sie bewusst oder unbewusst den Bedürfnissen des Patienten überordnet.

Wichtig ist zudem die Kontinuität: Gespräche sollen regelmässig stattfinden und inhaltlich nicht überladen sein. Die Inhalte sollten stimmig und nachvollziehbar sein, sowie dem Verlauf von Krankheit und Sterbeprozess angepasst werden. Es ist wichtig, sich zu vergewissern, dass die Informationen inhaltlich bei der Patientin (und den Angehörigen) angekommen sind. Auch «letzte offene Fragen» sollten ermöglicht und berücksichtigt werden, so lange es die kognitiven Funktionen der Patientin noch zulassen.

Die Formulierung lässt offen, wer darüber entscheidet, ob ein Gespräch inhaltlich überladen ist oder nicht; da die Richtlinien sich an medizinische Fachpersonen wenden, läge die Entscheidung darüber bei ihnen. Das ist jedoch zu einseitig und öffnet wiederum der Willkür die Tür. Deshalb ist klar zu formulieren, dass primär *alle* Informationen zu geben sind, und dass der Arzt nachfragen soll, ob es vielleicht zuviel sei. Der Entscheid darüber, ob ein Gespräch inhaltlich überladen ist oder nicht, muss beim Patienten liegen.

Die Betreuung von sterbenden Patienten durch verschiedene Ärzte, Organisationen und Kliniken kann diese Gespräche stören und zu Missverständnissen führen. Fehlende oder ungenügende Absprachen können widersprüchliche Aussagen und Unklarheiten über die vermittelten Inhalte mit sich bringen. Im ungünstigen Fall resultiert daraus eine Abwehrhaltung des Patienten weiteren Gesprächen gegenüber. Die Verantwortlichkeiten für Gespräche und deren Inhalte sollten deshalb abgesprochen, geregelt und die Inhalte schriftlich festgehalten werden. Deren Durchführung darf nicht an unerfahrene jüngere Ärzte oder an Pflegefachpersonen delegiert werden.

Der letzte Satz ist zu eng gefasst. Einerseits kann dies auch ältere Ärzte betreffen. Andererseits gibt es durchaus Pflegefachpersonen – und auch Laien –, die in der Lage sind, mit der erforderlichen Sach- und Sozialkompetenz ein Gespräch über Sterben und Tod mit einem Patienten zu führen und damit auch den Arzt zu entlasten. Wichtig ist in jedem Fall eine gute Koordination und Kommunikation aller beteiligten Personen und Institutionen untereinander.

Auch mit den Angehörigen ist – soweit der Patient damit einverstanden ist – das kontinuierliche Gespräch zu suchen. Diese Gespräche können zusammen mit dem Patienten oder auch ohne ihn stattfinden. Dieser sollte jedoch stets darüber informiert sein.

Die Formulierung «sollte» ist zu unbestimmt; der Patient *muss* über die Gespräche mit den Angehörigen informiert werden, wenn diese ohne ihn stattfinden.

Oft fehlt Angehörigen die Erfahrung mit Sterbenden. Sie haben noch nie das Sterben eines Menschen miterlebt und deshalb unrealistische Vorstellungen vom Sterbeprozess.

Vorab stellt sich hier die Frage, auf welche Fakten sich der Entwurf in Bezug auf diese Behauptung stützt. Sodann sind die Formulierungen «noch nie» und «deshalb unrealistische» zu eng gefasst. Die Hypothese, dass Angehörige «noch nie das Sterben eines Mitmenschen

miterlebt haben» dürfte vor allem für Ärzte Gültigkeit haben. Auch historisch gesehen hatte der Arzt am Sterbebett eines Patienten kaum mehr eine Aufgabe, denn die Möglichkeiten seiner ärztlichen Kunst waren dann erschöpft; es war der Apotheker, welcher gerufen wurde, Theriak (eine Opium-Zubereitung) zu bringen, um den Sterbeprozess zu erleichtern.⁵⁹

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Erklärung von Prof. Zimmermann an der Abschlussveranstaltung des NFP 67 in Bern, er habe noch nie einen Menschen sterben gesehen. Wie realistisch sind seine Vorstellungen vom Sterbeprozess, ihm, der im NFP 67, der SAMW, der Nationalen Ethikkommission, usw. insbesondere auch bezüglich Lebensendefragen mitwirkt(e)...?

Deshalb ist es gerade im letzten Lebensabschnitt und mit Blick auf die Trauerzeit hilfreich, wenn sie darüber aufgeklärt werden, welche körperlichen und psychischen Reaktionen bis zum Todeseintritt auftreten können (z. B. Verlust des Hunger- und Durstgefühls, Eintrüben und Verwirrtheit, Muskelzuckungen, Atempausen und Rasselatmung).

4. Umgang mit Sterbewünschen

Äussert eine Patientin, dass sie sterben möchte, muss das Betreuungsteam dies ernst nehmen und dem Wunsch auf den Grund gehen. Sowohl einem unbestimmt geäusserten Wunsch zu sterben, als auch dem dezidierten Verlangen nach aktiver Lebensbeendigung können sehr unterschiedliche Motive zu Grunde liegen. Häufig sind Patienten ambivalent und der Wunsch weiterzuleben besteht gleichzeitig mit dem Wunsch zu sterben. Sterbewünsche sollen offen und ohne Wertung besprochen werden. Im Vordergrund steht dabei stets das Bemühen, das Leiden der Patientin zu verstehen. Falls diese Leiden gelindert werden können, sollten entsprechende Möglichkeiten angeboten werden.

Die Formulierung «sollte» ist Konditionalis und damit zu vage. Es ist *Pflicht* der medizinischen Fachpersonen, solche Möglichkeiten anzubieten. ZGB Art 377 hält klar fest, dass der Arzt verpflichtet ist, die urteilsunfähige Person sowie die «Vertretungsberechtigte Person» zu informieren und miteinzubeziehen.⁶⁰

Dies betrifft nicht nur medizinisch-pflegerische Massnahmen, sondern auch Hilfe zur Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen aus dem persönlichen Umfeld des Patienten. Mit ihm zusammen oder bei seiner Urteilsunfähigkeit mit der Vertretungsperson oder den Angehörigen soll besprochen werden, welche medizinischen Behandlungen er wünscht oder ablehnt.

Die Formulierung «oder bei seiner Urteilsunfähigkeit mit der Vertretungsperson oder den Angehörigen» lässt den Patienten aussen vor, was dem in den Richtlinien unter 2.2, Seite 6 Festgehaltenen «Auch ein urteilsunfähiger Patient hat das Recht, an der Entscheidungsfindung soweit als möglich zu partizipieren.» widerspricht.

Das Resultat kann in einer Behandlungsvereinbarung festgehalten werden (vgl. Kap. 5.2.).

Das Betreuungsteam soll das Leiden mit einem umfassenden Ansatz – falls notwendig, auch unter Beizug von Expertinnen – evaluieren. Insbesondere muss ausgeschlossen werden, dass der Wunsch Symptom einer psychischen Erkrankung ist.

Diese Formulierung ist zu kurz gefasst. Das Bundesgericht hat ausgeführt: «*Es ist nicht zu verkennen, dass eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ähnlich wie eine somatische ein Leiden begründen kann, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt. Nach neueren ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen ist auch in solchen Fällen eine allfällige Verschreibung von*

⁵⁹ Darauf hat Prof. Hans-Bernhard Wuermeling, Rechtsmediziner in Erlangen, in verschiedenen Vorträgen hingewiesen.

⁶⁰ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a377>

Natrium Pentobarbital nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen. . . . Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht ("Bilanzsuizid"), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt.»⁶¹

Das bedeutet, dass nicht als erstes ausgeschlossen werden muss, dass der Sterbewunsch Symptom einer psychischen Krankheit ist, sondern dass überhaupt und generell zu klären ist, worauf der Sterbewunsch basiert. Dazu kommt, dass die Richtlinien sinnvollerweise die bundesgerichtliche Formulierung übernehmen («*Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung*»). Das Wort «Symptom» kommt im zitierten BGE 133 I 58 nicht vor.

Soweit der Patient sein Einverständnis gibt, sollen die Angehörigen in diese Abklärungen einbezogen werden.

Vielfach treten Sterbewünsche nach ausführlichen Gesprächen wieder in den Hintergrund. Es gibt aber Situationen, in denen der Wunsch, den Eintritt des Todes zu beschleunigen, bestehen bleibt. In diesem Fall stehen unterschiedliche Wege offen. Mit Einverständnis des Patienten können lebenserhaltende Behandlungen abgebrochen werden. Einzelne Patienten entscheiden sich für den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (sog. «Sterbefasten»). Es gibt auch Situationen, in denen keiner dieser Wege für die Patientin akzeptabel erscheint und sie ausdrücklich nach Suizidhilfe verlangt. Der angesprochene Arzt muss dann für sich entscheiden, ob er auf diesen Wunsch eingeht oder nicht und die Patientin über seinen Entscheid informieren. Er hat die Möglichkeit – keinesfalls aber die Pflicht – die Patientin an einen Arzt, der bereit ist, ärztliche Suizidhilfe zu leisten oder an eine Suizidhilfeorganisation weiterzuleiten.

Diese Möglichkeit ist eine löbliche Weiterentwicklung gegenüber den bisherigen Richtlinien der SAMW, jedoch sollte dieser Abschnitt um eine Nuance ergänzt werden: Der Arzt soll die Patientin nicht nur über seinen Entscheid informieren, ob er auf den Wunsch nach Behandlungsverzicht, Sterbefasten oder Suizidhilfe eingeht oder nicht, sondern, wenn er einen dieser Wünsche ablehnt, die Patientin zumindest darüber informieren, dass es bei Organisationen wie z.B. Exit oder DIGNITAS Personen gibt, mit denen er über diese Wünsche sprechen kann. Für die Vermeidung eines Suizidversuchs ist dies von höchster Wichtigkeit. Eine Patientin, die sich mit ihren Wünschen alleine gelassen fühlt – genau dies kann bei einer diesen Wünschen gegenüber ablehnenden Haltung des Arztes geschehen – kann dadurch zum (Fehl-)Schluss gelangen, dass sie ihr Vorhaben, z.B. den Suizidversuch, selber, ohne professionelle Beratung und Begleitung ausführen muss. Das tragische Ergebnis sind die 10, 20, bis 50 Mal mehr Suizidversuche gegenüber den Todesfällen durch Suizid⁶² mit gravierenden gesundheitlichen Folgen und enormen Kosten für das Gemeinwesen.⁶³

5. Entscheidungsprozesse

5.1. Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)

Auch im Umgang mit Sterben und Tod spielt die Selbstbestimmung der aufgeklärten urteilsfähigen Patientin eine massgebliche Rolle. Dabei ist die informierte Einwilligung in medizinische Massnahmen nur als Endpunkt zu betrachten. Ziel ist es, in einem gemeinsamen Prozess der Patientin eine aktive Auseinandersetzung mit ihrer Situation zu ermöglichen.

⁶¹ BGE 133 I 58, E. 6.3.5.1

⁶² Vgl. die Einfache Anfrage Andreas Gross und die Auskunft des Bundesrates:

<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?t=20011105>

⁶³ Vgl. die Studie «Der Preis der Verzweiflung» <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/studie-ph-der-preis-der-verzweiflung.pdf>

Die gemeinsame Entscheidungsfindung erfordert einen Prozess, bei dem die Ärztin und weitere Fachpersonen Vorstellungen und Wissensstand des Patienten berücksichtigen, auf seine Bedürfnisse, Wünsche und Befürchtungen hören und seine Präferenzen erfragen. Gemeinsam mit der Patientin soll aufgrund bestmöglicher Evidenz besprochen werden, welche Behandlungsziele für sie sinnvoll sind, mit welchen therapeutischen und pflegerischen Massnahmen diese erreicht werden können und welche psychosoziale Begleitung sie wünscht. Der endgültige Entscheid, ob eine angebotene Behandlung durchgeführt werden darf, liegt bei der urteilsfähigen Patientin.

Ist der Patient urteilsunfähig, soll er so weit wie möglich in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Besteht eine aussagekräftige Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung, sind diese handlungsleitend für den Arzt und die Angehörigen.

Hier stellt sich die Frage, was «aussagekräftig» bedeuten soll. Rechtlich gilt: Unabhängig davon, was ein Arzt persönlich als «aussagekräftig» einstuft oder nicht, sind Patientenverfügungen grundsätzlich zu befolgen. Nur wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstossen wird oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruhen oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entsprechen, muss der Arzt den Anordnungen in der Patientenverfügung nicht entsprechen – was er aber zu begründen hat.⁶⁴

Ist dies nicht der Fall, übernimmt die Vertretungsperson [8] die Rolle des Patienten im Entscheidungsprozess, wobei sie den mutmasslichen Willen berücksichtigen muss. Eine ausführliche Beschreibung der Rolle des Patienten und der Vertretungsperson findet sich im Glossar.

[8] Bei medizinischen Massnahmen sind die folgenden Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten: 1. Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden, 2. der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen, 3. wer als Ehegatte, eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt führt oder der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlich Beistand leistet; 4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig persönlich Beistand leistet; 5. die Nachkommen, 6. die Eltern oder 7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten (Art. 378 ZGB). Bei Patienten, die im Rahmen einer Fürsorgerischen Unterbringung medizinisch behandelt werden, ist Art. 434 ZGB zu beachten.

5.2. Vorausplanung von Behandlung und Betreuung (Advance Care Planning)

Da Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt häufig zunehmend in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind,

Bezüglich Selbstbestimmungsfähigkeit und Urteilsfähigkeit, siehe Bemerkung vorne, 2.1

ist es wichtig, ihr Krankheitsverständnis, ihre Vorstellungen, Werte, Wünsche bezüglich Behandlung und Betreuung sowie ihre spirituellen Bedürfnisse zusammen mit ihnen zu klären, bevor Verschlechterungen des Gesundheits- und des Bewusstseinszustandes dies verunmöglichen. Im Rahmen solcher Gespräche kann ein Plan dafür aufgestellt werden, welche Massnahmen beim Auftreten bestimmter Krankheitssymptome und Komplikationen eingesetzt werden sollen.

Nach dem Wort «kann» sollte der weitere Satzteil «und soll, wenn der Patient es wünscht,» eingefügt werden.

Insbesondere soll auch das Vorgehen in einer Notfallsituation besprochen werden. Die Gespräche und die sich daraus ergebenden Beschlüsse sollen dokumentiert und den betreuenden Fachpersonen und, mit Einverständnis des Patienten, der gesetzlichen Vertretungsperson und den Angehörigen zugänglich gemacht werden. Die Behandlungsplanung muss in regelmässigen Abständen auf ihre Aktualität geprüft und an den Gesundheitszustand ange-

⁶⁴ ZGB Art. 372, Abs. 2 und 3

passt werden. Patientinnen mit einer zum Tod führenden Krankheit sollen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Betreuung ermuntert und darin unterstützt werden, sich auf einen solchen persönlichen Planungsprozess einzulassen.

Ergänzend zum Behandlungsplan soll in diesen Abschnitt die Patientenverfügung mit aufgeführt werden.

In diesem Prozess können grundsätzlich alle Fachpersonen (z. B. Haus- und Fachärztinnen, Spezialisten aus dem stationären oder ambulanten Bereich, Pflegefachpersonen) die Patientin begleiten. Sogenannte «Facilitators» können als spezifisch ausgebildete nicht-ärztliche Ansprechpersonen zusätzliche Unterstützung bieten. Dies kann insbesondere bei komplexen Krankheitssituationen sowie in grossen Institutionen mit vielen beteiligten Fachpersonen sinnvoll sein. Immer ist es aber unerlässlich, dass die Beratenden sowohl über die entsprechenden medizinischen Kenntnisse als auch über kommunikative Fähigkeiten verfügen.

5.3. Einbezug der Angehörigen

Angehörige sind in erster Linie Mitbetroffene, häufig übernehmen sie zudem Aufgaben in der Begleitung und Betreuung der Patientin. Angehörige sind aber auch wichtige Auskunftspersonen um den (mutmasslichen) Willen der urteilsunfähigen Patientin zu eruieren und sie übernehmen Vertretungsfunktionen, wenn die Patientin selbst nicht mehr entscheiden kann.

Als Angehörige gelten alle Personen, die dem Patienten nahe stehen. Für Situationen der Urteilsunfähigkeit kann der Patient gemäss geltendem Recht selbst eine Vertretungsperson bezeichnen, die nicht mit ihm verwandt sein muss. Hat er keine Vertretungsperson bestimmt, gilt die gesetzlich festgelegte Vertretungshierarchie.[9]

Angehörige, die keine Vertretungsberechtigung haben, dürfen mit dem Einverständnis des Patienten über dessen Gesundheitszustand und die Behandlung informiert werden. Es ist deshalb sinnvoll, frühzeitig mit dem Patienten zu besprechen, in welcher Art welche Angehörigen im Verlauf der Krankheit informiert und einbezogen werden sollen. Häufig ist es sinnvoll, den Patienten zu ermutigen, die wichtigsten Angehörigen vollständig zu informieren, da das offene Gespräch und der Mut, auch schwierige Dinge anzusprechen, den letzten Lebensabschnitt erleichtern können.

5.4. Konfliktsituationen

Es ist möglich, dass Angehörige mit Entscheidungen der Patientin konfrontiert werden, die sie nicht nachvollziehen können oder die im Widerspruch zu ihren eigenen Werten stehen. Problematisch wird es dann, wenn Angehörige mit Stellvertretungsfunktion ihre eigenen Wer-

[9] Vgl. Fussnote 8.

te und Vorstellungen bewusst oder unbewusst in den Vordergrund stellen. Dies kann dazu führen, dass die sich möglicherweise im Verlauf der Erkrankung verändernden Bedürfnisse der erkrankten Person nicht erkannt oder fehlinterpretiert werden. Wenn entsprechende Hinweise bestehen, sollen Behandelnde kritisch nachfragen und das Gespräch darüber suchen.

Der Wille des Patienten hat Vorrang. Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts kann aber an Grenzen stossen. Das Einfordern von Behandlungen, die aussichtslos sind, das Verlangen nach Handlungen, die für den Behandelnden mit seinem Gewissen nicht vereinbar sind (z. B. Suizidhilfe) oder Wünsche, die die Angehörigen überfordern (z. B. der Wunsch, zuhause zu sterben) können zu Konfliktsituationen führen. In solchen Situationen sind wiederholte Gespräche sinnvoll. Eine ethische Unterstützung kann das Mittragen der Entscheidung durch alle Beteiligten erleichtern.

Wenn der Behandelnde mit einem Einfordern von Behandlungen konfrontiert ist, die legal sind – wie z.B. die Suizidhilfe – aber die er mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, sind wiederholte Gespräche wohl wenig «sinnvoll»; sie könnten auch als Versuch empfunden werden, den Patienten umstimmen zu wollen. Dadurch könnte sich der Patient nicht ernst genommen fühlen. Der Gewissenskonflikt des Arztes beruht in diesem Fall auf seiner persönlichen, allenfalls religiösen Weltanschauung und nicht auf juristischem und medizinisch-evidenzbasiertem Wissen. Stellt der Arzt sein Gewissen dem rechtlich Zulässigen und Gebotenen voran, führt dies dazu, dass er den Patienten nicht mehr vollumfänglich und im Einklang mit der Genfer Deklaration (Gelöbnis) des Weltärztebundes⁶⁵ behandeln kann. Der Behandelnde hat deshalb in diesem Moment die Pflicht, die Weiterführung der Behandlung anderen Personen zu übertragen, denen keine solche persönlich-weltanschaulich ausgelösten Gewissenskonflikte im Wege stehen.

Weiter stellt sich die Frage, was «ethische Unterstützung» bedeutet. Es soll eine präzisere und vollständige Formulierung verwendet werden, wie folgt: «Eine medizinische und juristische Beratung und einfühlsame Unterstützung kann das Mittragen der Entscheidung durch alle Beteiligten erleichtern».

Entsteht ein Konflikt, weil die vertretungsberechtigten Personen unterschiedlicher Auffassung sind und ist kein Dialog mehr möglich, ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde beizuziehen. Dies gilt auch für Situationen, in welchen Hinweise dafür bestehen, dass die Interessen der Patientin gefährdet oder nicht mehr gewahrt sind, beispielsweise wenn die Ärztin die Patientenverfügung ignoriert oder missdeutet oder wenn die vertretungsberechtigte Person ihre eigenen Interessen vertritt und den Willen der urteilsunfähigen Patientin nicht beachtet.

Bei Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Betreuungsteams muss sorgfältig abgeklärt werden, worauf diese beruhen. Unterschiedliche Wertvorstellungen sollen diskutiert werden. Der Beizug einer ethischen Unterstützung kann dabei hilfreich sein.

Bezüglich «ethische Unterstützung» siehe Bemerkung und Ergänzungsvorschlag unmittelbar vorstehend.

6. Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen

Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen[10], betreffen erstens akzeptierte Handlungen, die mit den allgemein anerkannten Zielen der Medizin[11] übereinstimmen, zweitens kontrovers diskutierte Handlungen und drittens nicht zulässige Handlungen, die im Schweizerischen Recht verboten sind.

6.1. Allgemein akzeptierte Handlungen

Typische Handlungen der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis, die den Eintritt des Todes beschleunigen können, sind der Verzicht auf oder der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen, die medikamentöse Symptomlinderung und die Sedierung bei therapierefraktären Symptomen. Sie werden meist kombiniert im Rahmen einer ausschliesslich symptomorientierten Therapie[12] eingesetzt, in der Absicht, der Patientin das Sterben zu erleichtern. Eine mögliche oder sichere Beeinflussung des Todeszeitpunktes wird dabei in Kauf genommen, aber nicht beabsichtigt.

[10] Vgl. Kap. 2.2. des Anhangs dieser RL.

[11] Vgl. Kap. 2.3. des Anhangs dieser RL.

[12] Vgl. Kap. 2.1. des Anhangs dieser RL.

6.1.1. Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch

⁶⁵ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>

Lehnt ein Patient die Durchführung von lebenserhaltenden Massnahmen ab und nimmt das Sterben in Kauf, muss seine Entscheidung respektiert werden.[13] Ist der Patient nicht mehr urteilsfähig und liegt keine Patientenverfügung vor, entscheidet die gesetzliche Vertretungsperson, ob eine Behandlung (noch) im Sinne des Patienten ist und durchgeführt werden soll oder nicht. In der Aufklärung und Beratung sollen die voraussichtliche Lebensdauer und die Lebensqualität mit und ohne Anwendung der in Frage stehenden Therapie gegeneinander abgewogen werden. Der Entscheid stützt sich auf die Prognose, berücksichtigt das Leiden, das durch eine allfällige Therapie verursacht würde und die Werte und Präferenzen der Patientin, soweit diese bekannt sind. Je unsicherer die Wirkung einer Therapie auf Lebensdauer und Lebensqualität ist, desto schwieriger ist die Ermittlung des objektiven Interesses («best interest»). Ist das objektive Interesse

Was bedeutet «objektives Interesse» und wessen (Patient, Angehörige, Arzt, usw.) Interesse ist damit gemeint? Es fehlt dazu auch an einer Definition im Glossar. Wer legt die Kriterien dieses «objektiven Interesses» fest und wer beurteilt, ob sie erfüllt respektive nicht erfüllt sind? Und falls darüber Uneinigkeit herrscht, wer entscheidet?

nicht eindeutig und der mutmassliche Wille der Patientin nicht bekannt, gewinnen die Meinungen und Werte der Vertretungspersonen an Einfluss. Sie sollen unterstützt werden, auch in diesen Situationen eine Entscheidung zu treffen, die der Persönlichkeit der Patientin so weit wie möglich Rechnung trägt.[14]

Intensivmedizinische Massnahmen dürfen nur begonnen oder fortgesetzt werden, wenn die begründete Aussicht darauf besteht, dass dadurch ein Weiterleben mit angemessener Lebensqualität ausserhalb des akutmedizinischen Umfelds ermöglicht wird.[15] Therapien ohne Aussicht auf einen Erfolg[16] können weder vom Patienten noch von den Angehörigen eingefordert werden.

Beim Behandlungsabbruch ist sorgfältig auf die dabei auftretenden Symptome zu achten. Diese sind angemessen zu behandeln. Eine vorsorgende medikamentöse Therapie von Symptomen, die nach Behandlungsabbruch zu erwarten sind, ist sinnvoll. Dies darf jedoch nicht in der Absicht einer möglichst raschen Herbeiführung des Todes erfolgen.

6.1.2. Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen

Die optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen ist selbstverständliche Kernaufgabe bei der Betreuung Sterbender.

Die optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen ist nicht nur Kernaufgabe bei der Betreuung Sterbender, sie ist eine (Kern)Aufgabe bei allen Patienten, unabhängig davon ob sie sich bereits im Sterbeprozess befinden oder nicht. Dies ist zu ergänzen, denn dieser Richtlinien-Entwurf erwähnt auch nicht-sterbende Patienten mit einer tödlichen Erkrankung. Angesichts des Mangels an ausreichend in Schmerzmedizin ausgebildeter Ärzte besteht auch bezüglich dieser Ausführungen das Risiko, dass sie blosser Buchstabe bleiben.

Deren Beschwerden sind häufig mehrdimensional und erfordern eine multiprofessionale und interdisziplinäre Betreuung. Das bedeutet nicht, dass eine Patientin in jedem Fall mit allen involvierten Fachpersonen direkt in Kontakt kommen muss. Aber die verschiedenen Blickwinkel der Professionen sollen in den Entscheidungsprozessen berücksichtigt und in die Behandlung und Betreuung integriert werden. In komplexen Situationen sollen die Angebote der spezialisierten Palliative Care beigezogen werden.

Zu den häufigen Symptomen, die die letzten Tage charakterisieren können, gehören Schmerzen, Angst, Erregungszustände und Verwirrung. Sie sollen aktiv erfragt, gesucht und behandelt werden. Verschiedene Medikamente, die in diesen Situationen indiziert sind,

können die Überlebenszeit verlängern oder verkürzen. Die Angst, mit dem Einsatz sedierender

[13] Dies gilt auch, wenn ein urteilsfähiger Patient das Abschalten oder die Entfernung eines Geräts verlangt, welches für die Erhaltung seiner Lebensfunktionen unerlässlich ist (z. B. Ventilator oder Herzschrittmacher). Vom Arzt wird nicht verlangt, dass er die Intention des Patienten, seinen Tod herbeizuführen, unterstützt, sondern nur, dass er eine medizinische Massnahme beendet, in die der urteilsfähige Patient nicht länger einzuwilligen bereit ist.

[14] Dies ist bei Neugeborenen nicht möglich. In diesen Situationen entscheiden die Eltern auf der Basis ihrer Werte.

[15] Vgl. Intensivmedizinische Massnahmen. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW (2013), Kap. 6.4.

[16] Vgl. Intensivmedizinische Massnahmen. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW (2013), Kap. 5.4. sowie Glossar.

Analgetika das Leben der Patientin zu verkürzen, darf nicht Motiv sein, diese zu tief zu dosieren. Primär muss eine effiziente Symptomlinderung angestrebt werden. Eine allfällige Verkürzung der Lebensdauer wird dabei in Kauf genommen. Umgekehrt darf die Medikation auch nicht über das für eine optimale Symptombehandlung notwendige Mass hinaus gesteigert werden.

6.1.3. Sedierung

Mit palliativen Massnahmen können in der Regel auch komplexe Symptome kontrolliert oder auf ein für den Patienten erträgliches Mass reduziert werden. In Situationen, in denen ein Symptom dennoch refraktär[17] und für den Patienten in unerträglicher Weise persistierend ist, besteht die Behandlungsoption einer vorübergehenden oder kontinuierlichen palliativen Sedierung, das heisst des kontrollierten Einsatzes sedierender Medikamente, um durch eine verminderte oder aufgehobene Bewusstseinslage die Symptomwahrnehmung zu reduzieren. Dosierung und Wahl der Medikamente orientieren sich am Behandlungsziel (z. B. Schmerzfreiheit, Entlastung des Patienten). Die Dauer der Sedierung hängt von der auslösenden Situation ab.

Der letzte Satz ist zu ergänzen und soll lauten: «Die Dauer der Sedierung hängt von der auslösenden Situation und dem Willen des Patienten ab.»

Neben somatischen Beschwerden können auch ein andauernder psychischer Stresszustand und/oder existentielles Leiden, die auf andere Massnahmen nicht ansprechen, Indikation für eine zeitlich limitierte Sedierung zur Entlastung der Patientin sein. Auch die Furcht der Patientin vor einem spezifischen refraktären Symptom (z. B. Erstickungsgefühl) oder das Risiko einer Notfallsituation (z. B. akute Atemnot, massive Blutung) können Grund dafür sein, antizipierend die Möglichkeit einer palliativen Sedierung vorzuschlagen. Dies setzt voraus, dass die Behandelnden mit den Möglichkeiten und Grenzen dieser Therapie vertraut sind.[18]

Eine kontinuierliche Sedierung bis zum Eintritt des Todes darf nur bei Sterbenden durchgeführt werden und erfordert spezifische Vorabklärungen. Nicht selten bestehen im Behandlungsteam unterschiedliche Ansichten darüber, ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat.[19] Dies soll offen diskutiert und ein Konsens angestrebt werden. Bevor die Sedierung eingeleitet wird, soll die nötige Zeit und der nötige Raum geschaffen werden, um «letzte Dinge» sagen und erledigen zu können und Abschied zu nehmen. Mit dem Verlust der Interaktionsfähigkeit der Patientin können für die Angehörigen auch Konflikte entstehen, insbesondere die Angst oder der Wunsch, dass die Sedierung direkt oder indirekt den Eintritt des Todes beschleunigen könnte. Für alle Beteiligten muss deshalb klar sein, dass die kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod nicht zum Zweck der Lebensbeendigung eingesetzt werden darf, sondern dass ihr Ziel die Erleichterung eines Sterbeprozesses ist, der bereits eingesetzt hat. Aus diesem Grund soll die Tiefe der Sedierung anhand der Symptome gesteuert werden.

Der letzte Satz ist zu ergänzen und soll lauten: «Aus diesem Grund soll die Tiefe der Sedierung anhand der Symptome und nach vorgängigem geäusserten Willen des Patienten gesteuert werden.»

Sowohl die ungerechtfertigte Sedierung (z. B. weil eine Situation von Angehörigen oder vom Team schlecht ausgehalten wird) als auch das ungerechtfertigte Vorenthalten einer Sedierung sind zu vermeiden.

Die Formulierung «sind zu vermeiden» ist zu schwach. Eine ungerechtfertigte Sedierung, genauso wie ein ungerechtfertigtes Vorenthalten derselben, sind willkürliche Handlungen und können den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen.

Das Betreuungsteam soll eine ehrliche Antwort auf die Frage geben, für wen die Sedierung eine Entlastung darstellt: Für den Patienten selbst, die Behandelnden oder für die Angehörigen. Je nach Antwort ist die Entscheidung neu zu überdenken. Dabei sollten auch folgende Aspekte beachtet werden:

[17] Vgl. Glossar.

[18] Vgl. Leitlinie der European Association for Palliative Care (EAPC), Z Palliativmed 2010; 11: 112–122.

[19] Vgl. Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen, Version Fachperson, Empfehlung www.palliative.ch dass die sedierte Patientin die Fähigkeit verliert, in Beziehung mit ihrer Umgebung zu bleiben und weiter mitentscheiden zu können;

- dass die palliative Sedierung Patienten, Angehörige und Behandelnde emotional belasten kann;
- dass die Behandelnden die Sedierung als Versagen erleben können und diese deshalb ablehnen, oder umgekehrt vorschnell auf eine Sedierung drängen können, weil sie die Situation schlechter aushalten als die Patientin selber;
- dass es bei der Beurteilung des Leidens im psychischen, existentiellen und spirituellen Bereich für die Behandelnden schwierig sein kann, das eigene Empfinden und die eigenen Werte von denjenigen des Patienten abzugrenzen.

Da bei der Sedierung, insbesondere wenn sie kontinuierlich ist, eine Missbrauchsgefahr im Sinne einer beabsichtigten Herbeiführung des Todes besteht, darf sie nur unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit entsprechender Protokollierung eingesetzt und durchgeführt werden.

Beim Entscheid, ob eine Sedierung durchgeführt werden soll oder nicht, müssen Antworten auf die folgenden Fragen gegeben und protokolliert werden:

- Ist das Leiden für die Patientin unerträglich?
- Ist die Symptomatik therapierefraktär? (Definition vgl. Glossar)
- Welche Lösungsansätze sind bis jetzt angewandt worden? Wurden alternative Therapieoptionen eingesetzt? Falls nein, warum nicht?
- Wäre der Zuzug eines spezialisierten Teams hilfreich?
- Steht ein der Symptomatik der Patientin entsprechendes Behandlungsangebot zur Verfügung? Falls nein: Wäre eine Verlegung der Patientin sinnvoll und zumutbar?
- Wieviel geschätzte Lebenszeit bleibt der Patientin?
- Wünscht der Patient eine spirituelle Unterstützung?
- Ist die Patientin/die Vertretungsperson über die Konsequenzen einer Sedierung informiert und hat ihr Einverständnis gegeben?

Für den Fall einer kontinuierlichen tiefen Sedierung bis zum Tod zusätzlich:

- Ist der Tod absehbar (innerhalb von Stunden oder Tagen)?

Wird die Sedierung durchgeführt, sind folgende Punkte im Protokoll festzuhalten:

- Ziel der Sedierung (zu beeinflussende Symptome);
- Voraussichtliche Dauer der Sedierung (temporär oder kontinuierlich bis zum Tod);
- Flüssigkeitszufuhr (nein oder ja, mit Angabe der Menge);
- Medikamente (Art, Dosierung, Begründung von Dosisänderungen);
- Verlaufsmonitoring (Symptomscores, Sedierungstiefe, Nebenwirkungen).

6.2. Kontrovers diskutierte Handlungen

Wenn urteilsfähige Patienten von medizinischen Fachpersonen Unterstützung verlangen für ihr Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, dann wird deren berufsethisches Selbstverständnis herausgefordert. Einerseits steht ihre Autonomie in der Ausübung ihrer Profession auf dem Spiel, andererseits ist von ihnen Empathie und Mitgefühl gefordert, die auch Teil des Berufsethos sind.

Die Respektierung der berufsethischen Normen und der daraus abgeleiteten Werthaltungen gehört zu den grundlegenden Pflichten medizinischer Fachpersonen.

Dieser Satz ist zu ergänzen. Medizinische Fachpersonen haben nicht nur berufsethische Normen und die daraus abgeleiteten Werthaltungen zu respektieren, sondern auch, und dies an erster Stelle, die Verfassung, Gesetze und Rechtsprechung. Bei einem Widerspruch zwischen den einzelnen Rechtsquellen haben sie sich zunächst an Völker- und Verfassungsrecht, dann an Gesetz und Rechtsprechung zu halten. Berufsethische Normen kommen in dieser (juristischen) Wertehierarchie an letzter Stelle.

Ob die aktive Unterstützung von Patienten in ihrem Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, mit dieser Pflicht vereinbar ist, wird unter Fachpersonen und in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert.

Diese Aussage ist nicht nur überaus fragwürdig, sondern durch keinerlei Nachweis dokumentiert. Die Öffentlichkeit dürfte kaum, wenn überhaupt, Kenntnisse darüber haben, was «berufsethischen Normen und daraus abgeleiteten Werthaltungen» zu verstehen ist, respektive welche Pflichten sich für die Ärzte daraus ergeben. Somit kann darüber eine Kontroverse nicht bestehen. Eine weitere Kontroverse in der Öffentlichkeit, darüber, ob die aktive Unterstützung von Patienten in ihrem Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, wünschenswert ist oder nicht, gibt es kaum. Wie schon vorne gezeigt, hat die SAMW-Kommission womöglich die Studie/Umfrage unter Personen in der deutschen Schweiz im Alter 50+ «Letzter Lebensabschnitt: Was erwartet die Bevölkerung vom Arzt?»⁶⁶ übersehen. Daraus ist ersichtlich, dass 66 % wünschen, dass sie der Arzt über die verschiedenen Möglichkeiten zu sterben orientiert, und mehr als die Hälfte der Befragten, nämlich 55 %, verlangen, dass der Arzt auf Verlangen auch das Sterbemittel-Rezept ausstellt.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass derartige sorgfältige Erhebungen vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als massgebend für die Auffassungen der Gesellschaft eines Mitgliedstaates der EMRK betrachtet werden, vor welchen Auffassungen politischer Gremien – Regierung oder Parlament – zurückzutreten haben; vgl. dazu das Urteil Oliari gegen Italien.⁶⁷

Aus diesem Grund muss jeder Behandelnde selbst entscheiden, ob für ihn diese unterstützenden Handlungen mit den Zielen der Medizin[20] vereinbar sind oder nicht. Bevor er sich im Einzelfall zur Unterstützung des Patientenwunsches entschliesst, muss er sich davon überzeugen, dass er damit zum Wohl der Patientin handelt. Dafür ist eine zwischenmenschliche Beziehung zur Patientin unerlässlich, in der Mitgefühl, Urteilskraft, Vertrauenswürdigkeit und Integrität eine zentrale Rolle spielen. Falls er dagegen die Unterstützung ab-

⁶⁶ https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/files/Studie_LINK_Institut_Erwartungen_an_Aerzte_2016.pdf

⁶⁷ <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-156265>, § 144 und 173

lehnt, darf er der Patientin keinesfalls seine Haltung aufdrängen, sondern muss sie frühzeitig darüber informieren, welche Optionen für sie in Frage kommen. Soweit möglich und von der Patientin gewünscht, soll auch eine bestehende Beziehung – respektvoll angepasst – weitergeführt werden.

Typisches Beispiel einer kontrovers diskutierten Handlung ist die Suizidhilfe.

Hier fehlt es an einer Erklärung darüber, *wer* die Suizidhilfe kontrovers diskutiert. Die SAMW-Kommission insinuiert mit dem Unterlassen dieser Klärung, dass die Suizidhilfe allgemein kontrovers diskutiert werde. Das ist insbesondere in Bezug auf die Haltung der Öffentlichkeit unzutreffend. Diverse Umfragen zeigen seit mehreren Jahren, dass die Suizidhilfe grossmehrheitlich befürwortet wird,⁶⁸ was die Resultate der Volksabstimmung vom 15. Mai 2011 im Kanton Zürich über zwei Initiativen, die einerseits eine Standesinitiative zum Verbot von Suizidhilfe allgemein (mit 84,48 % Nein-Stimmen abgelehnt) und andererseits ein Verbot von Suizidhilfe für Personen von ausserhalb des Kantons Zürich (mit 78,41 % Nein-Stimmen abgelehnt) zum Ziel hatten, sehr deutlich unterstreichen.⁶⁹

Komplexer ist die Situation bei der in jüngster Zeit zunehmend ins Gespräch gebrachten Unterstützung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit. Je nach der Situation und den Wünschen der Patientin, die diesen Verzicht ausüben will, kann es um allgemein akzeptierte Handlungen bei der Betreuung von Sterbenden, um nicht zulässige Handlungen oder um solche, die in einer kontroversen Grauzone liegen, gehen.

6.2.1. Suizidhilfe

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Äussert ein Patient den Wunsch nach Suizidhilfe, ist dies ein Sterbewunsch und entsprechend sorgfältig abzuklären.[21] Dabei soll der Patient auch motiviert werden, mit den Angehörigen über seinen Suizidwunsch zu sprechen.

Die Rolle der Ärztin im Umgang mit Sterben und Tod besteht darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu ihren Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist sie verpflichtet, diese zu leisten und muss dies auch nicht begründen. Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten. Sie kann jedoch vom einzelnen Arzt selbst oder in Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation geleistet werden, wenn er sich überzeugt hat, dass die untenstehenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Hier differenziert der Richtlinien-Entwurf nicht ausreichend. Für einen Schweizer Arzt kann die Suizidhilfe in unterschiedlichem Konnex erfolgen:

- mit Hilfe einer Selbstbestimmungsorganisation wie Exit oder DIGNITAS (Freitodbegleitung)
- mit Hilfe der Angehörigen
- nur mit Hilfe des Arztes

Je nach dem dürften sich die Anforderungen an den Arzt unterschiedlich gestalten, was in diesem Richtlinien-Entwurf nicht zum Ausdruck kommt. Der SAMW ist offenbar nicht bekannt, in welchem Umfang die Selbstbestimmungsorganisationen lange vor dem Kontakt eines Patienten zu einem Arzt Vorleistungen bezüglich Abklärung und Dokumentation von

⁶⁸ Eine kleine Übersicht:

http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=138&lang=de

⁶⁹ https://wahlen-abstimmungen.zh.ch/internet/justiz_inneres/wahlen-abstimmungen/de/abstimmungen/abstimmungsarchiv.html?tag=15.05.2011

Dauer und Konstanz des Sterbewunsches als auch in Bezug auf die Beurteilung möglicher fehlender Urteilsfähigkeit erbringen.

Geht es jedoch nicht um eine Freitodbegleitung, sondern um vollständig autonomes Handeln des Arztes, trifft den Arzt die ganze Last der entsprechenden Abklärung und auch der Aufklärung des Patienten über das erforderliche sachgerechte Vorgehen.

Diese unterschiedlichen Situationen spiegelt der Entwurf nicht wider. Damit differenziert er nicht ausreichend und bleibt somit auch in diesem Zusammenhang wichtige Antworten auf wesentliche Fragen schuldig.

Zur Suizidhilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Auslieferung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung.

Wie jeder Patient hat auch derjenige, der sich mit einer Suizidhilfeorganisation das Leben nehmen möchte, Anspruch auf Einsichtnahme in sein Dossier und eine Kopie desselben. Wenn der Patient es wünscht, kann die betreuende Ärztin auch eine Prüfung der kognitiven Funktionen vornehmen und ggf. eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags ausstellen. Eine solche Abklärung bedeutet in keiner Weise eine Beteiligung am assistierten Suizid.

Der Arzt kann auch eine Prüfung und ggf. Bestätigung der spezifischen Urteilsfähigkeit für einen assistierten Suizid (welche keineswegs zwangsläufig aus der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags hervorgeht) vornehmen, eine solche Abklärung kann jedoch von der Patientin nicht eingefordert werden.

Der Richtlinien-Entwurf scheint hier etwas neu einführen zu wollen, nämlich eine «Bestätigung der spezifischen Urteilsfähigkeit für einen assistierten Suizid». Eine «Bestätigung der (spezifischen) Urteilsfähigkeit» existiert jedoch nicht und ist auch begrifflich gar nicht möglich. In Übereinstimmung mit Art. 16 ZGB ist es nur möglich, Anzeichen auszuschliessen, welche auf eine Urteilsunfähigkeit schliessen lassen könnten. Genau genommen gibt es stets nur die Vermutung der Urteilsfähigkeit, wenn andererseits klar ist, dass Gründe für eine fehlende Urteilsfähigkeit nicht auszumachen sind.

Weiter wird hier nicht ausreichend zwischen der Abklärung der Urteilsfähigkeit und der Zustimmung zur Suizidhilfe differenziert. Das ist ein eklatanter Mangel. Mit dem Abklären der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf Suizidhilfe und der Bestätigung des Fehlens von Elementen, die auf Urteilsunfähigkeit schliessen lassen, stimmt ein Arzt der Suizidhilfe in keiner Weise zu.

Die Fachperson Arzt ist und muss in der Lage sein, die Vermutung der Urteilsfähigkeit beurteilen zu können und tut dies in seiner Tätigkeit auch mehrmals täglich; er darf sich dabei auf die in Artikel 16 ZGB verankerte Vermutung der Urteilsfähigkeit stützen. Es ist dabei grundsätzlich von der Urteilsfähigkeit auszugehen, sofern nicht die in dieser Bestimmung genannten Ausnahmesituationen (Kindesalter, geistige Behinderung, psychische Störung, Rausch oder ähnliche Zustände) vorliegen. Andernfalls wäre er gar nicht in der Lage, Patienten zu behandeln. Denn jede ärztliche Behandlung setzt eine Aufklärung und Zustimmung des urteilsfähigen Patienten voraus, andernfalls sie den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen würde.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass es bei der Suizidhilfe an sich um eine eigentlich einfache Fragen geht; die (sterbewillige) Person muss verstehen und wissen, was es bedeutet, tot oder lebendig zu sein. Da fehlt jede Komplexität des Problems; dies auch

dann, wenn zusätzlich die Frage der Auswirkungen eines selbstgewählten Sterbedatums auf Angehörige und den eigenen Nachlass erwogen wird.⁷⁰

Das Verfahren zur Feststellung allfälliger Mängel in der Urteilsfähigkeit muss im gesamten Arzt-Patienten-Verhältnis einheitlich gehandhabt werden, unabhängig davon, ob es sich um die Einwilligung oder die Verweigerung einer vorgeschlagenen therapeutischen Massnahme oder die Frage der eigenen Beendigung des Lebens und Leidens handelt. Es ist widersprüchlich, wenn dort, wo ein Patient sich zum vorzeitigen Lebensende entschliesst (und sich so unter anderem den pekuniären Interessen der Medizinindustrie entzieht⁷¹), ein strengeres Verfahren angewandt wird, als in Fragen, in welchen es um die Zustimmung (beispielsweise zu einer risikoreichen und kostspieligen Operation) geht.

Im Gegensatz zu dem im Richtlinienentwurf Formulierten, muss es sehr wohl möglich sein, dass eine Abklärung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf Suizidhilfe von der Patientin eingefordert werden kann. Würde diese Pflicht des Arztes nicht vorgesehen werden, kann es dazu kommen, dass (wie in einem DIGNITAS bekannten Fall), alle Ärzte eine Begutachtung ablehnen und damit die Ärzte den Zugang zur Suizidhilfe aushebeln. Ein Arzt, der nicht bereit ist, ein solches Gutachten abzugeben – egal wie es im Resultat ausfällt – verletzt seine Pflichten aus der Genfer Deklaration (Gelöbnis) des Weltärztesbundes, die Autonomie und Würde seines Patienten zu respektieren.⁷²

Aus diesem Blickwinkel ist die Möglichkeit der Weigerung des Arztes zur Abklärung der Urteilsfähigkeit im Zusammenhang mit Suizidhilfe nicht haltbar.

Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Sui-

[20] Vgl. Kap. 2.3. des Anhangs dieser RL.

[21] Vgl. Kap. 4. Umgang mit Sterbewünschen.

zidhilfe leisten, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind und deren Erfüllung überprüft wurde:

- Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.
- Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht, und sind erfolglos geblieben oder werden vom Patienten als unzumutbar abgelehnt.
- Die Patientin ist urteilsfähig.

Wir verweisen diesbezüglich auf unsere direkt vorangehenden Bemerkungen.

- Die Urteilsfähigkeit wurde sorgfältig abgeklärt und dokumentiert. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, wurde die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden Facharzt abgeklärt.

Während die Anforderung, die Abklärung der Urteilsfähigkeit bei Suizidwünschen von Patienten, die zufolge einer psychischen Krankheit ihr Leiden und Leben beenden möchten, durch einen Facharzt der Psychiatrie erfolgen müsse, durch das Bundesgericht⁷³

⁷⁰ Vgl. dazu BK – BUCHER/AEBI-MÜLLER, ART. 16 ZGB, IV 2, Differenzierung der Anforderungen nach der Natur des Geschäfts, a) Komplexität und Tragweite des Geschäfts.

⁷¹ Vgl: <https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/palliative-care-wie-sinnvoll-sind-teure-medikamente-am-lebensende> und <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-131927825.html> und <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/palliativmediziner-beklagt-geldgier-seiner-kollegen-a-1109662.html>

⁷² <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve>

⁷³ BGE 133 I 58

festgehalten wurde, stellt die SAMW-Kommission bezüglich der Diagnose Demenz eine analoge Regel auf, welche aber über das geltende Recht hinausgeht. Das ist unzulässig.

- Der Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis[22] bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen.
- Diese Voraussetzungen wurden von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend eine Ärztin sein muss.
- Der Wunsch der Patientin, in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu wollen, ist für den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar und es ist für ihn vertretbar, in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten.

Die hier eingeflochtene Voraussetzung «wiederholter Gespräche» geht über das in der geltenden Rechtsordnung normierte hinaus und ist damit unzulässig.⁷⁴

Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten durchgeführt werden. Die Ärztin muss den Tod als ausserordentlichen Todesfall der zuständigen Behörde melden.

6.2.2. Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit («Sterbefasten») wird von manchen Patientinnen als Möglichkeit gewählt, um den Sterbeprozess zu beschleunigen. Freiwillig ist der Verzicht dann, wenn der klar geäusserte Wille einer urteilsfähigen Person vorliegt. Immer braucht es einen angemessenen Raum und genügend Zeit, um die mit dem freiwilligen Verzicht verbundenen Vorstellungen zu diskutieren.

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb eines Krankheitsverlaufs zum Thema werden und dabei unterschiedliche Fragen aufwerfen. In der Sterbephase nehmen Hunger- und Durstempfinden häufig spontan ab. Dies kann den Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begünstigen und dessen Umsetzung für alle Beteiligten erleichtern, da von den Behandelnden nur in der Betreuung von Sterbenden allgemein akzeptierte Handlungen erwartet werden. Bei Patienten, die im Rahmen einer fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigung, z. B. Demenz, die Nahrung verweigern, muss sorgfältig abgeklärt werden, ob dies ihrem Willen entspricht oder andere Gründe hat.[23]

Schwieriger sind Situationen, in denen Menschen, die nicht sterbend sind, den Weg des freiwilligen Verzichts wählen. Die Motivation der Patientin, ihr Gesundheitszustand und die Werthaltung der Gesundheitsfachpersonen sind massgebend für den Entscheid, ob eine

[22] Z. B. in Form einer problematischen Pflegesituation, finanzieller Zwangslage o.ä.

[23] Vgl. hierzu Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2017).

Begleitung angeboten werden kann oder nicht. Wird eine Begleitung unternommen, ist die Vorausplanung mit der Patientin und im Betreuungsteam unerlässlich, damit die Beteiligten auch nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit Handlungssicherheit haben. Es muss besprochen werden, wie mit den Symptomen von Hunger und Durst sowie mit allfälligen Begleitsymptomen, wie Schmerz, Übelkeit oder Angst, umgegangen wird. Eine Sedierung zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen ist nicht zulässig. Essen und Trinken darf nicht vorenthalten werden, wenn die Patientin danach verlangt. Dies gilt auch, wenn die Patientin in ihrer Patientenverfügung das Gegenteil festgehalten hat.[24]

⁷⁴ Vgl. Art. 46 BetmKV (SR 812.121.1) und Kapitel 3 «Zur SAMW und dem Geltungsbereich ihrer Richtlinien» dieser Stellungnahme.

6.3. Nicht zulässige Handlungen

Die aktive Tötung eines Menschen ist in jedem Fall strafbar. Neben der einmaligen Applikation eines oder mehrerer Medikamente in tödlicher Dosierung ist auch eine plötzliche oder graduelle Steigerung der Medikation zur Symptombekämpfung oder Sedierung in einen tödlichen Dosisbereich, ohne dass dies durch eine dokumentierte Symptomatik gerechtfertigt werden kann, eine Tötung. Auch die kontinuierliche, nicht-symptomgesteuerte Sedierung bis zum Tod bei gleichzeitigem Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr vor Beginn der Sterbephase ist eine aktive Tötung.

6.3.1. Tötung auf Verlangen

Die Tötung eines Patienten ist auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar.

Die Herbeiführung des Todes durch Beenden einer lebenserhaltenden Massnahme auf ausdrückliches Verlangen des urteilsfähigen Patienten ist keine aktive Tötung.[25]

6.3.2. Tötung ohne entsprechendes Verlangen

Tötung ohne entsprechendes Verlangen ist nach Art. 111, 113, 117 StGB strafbar. Die Beendigung lebenserhaltender Massnahmen in einer aussichtslosen Situation gilt nicht als aktive Tötung.

[24] Vgl. Patientenverfügung. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen (2013).

[25] Vgl. Fussnote 12.

III. Anhang

1. Glossar

(Ärztliche) Suizidhilfe

Handlungen eines Arztes oder einer Pflegeperson, die in der Absicht erfolgen, einer anderen, suizidwilligen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen. Diese Handlungen umfassen das Verschreiben oder Aushändigen eines Medikamentes sowie das Legen eines Zugangs zur Verabreichung desselben zum Zweck der Selbsttötung.

Behandlungsziel

Die zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine Patientin angestrebte Veränderung oder Stabilisierung ihres Gesundheitszustands. Das Behandlungsziel kann mehrere Einzelziele umfassen, deren Verfolgung auch gegenläufige Effekte haben kann. Im Umgang mit Sterben und Tod betrifft dies insbesondere die Ziele der Lebenserhaltung und der Erhaltung der Lebensqualität. Zur Formulierung eines konsistenten Behandlungsziels müssen die Einzelziele deshalb priorisiert werden.

Intention

Die Absicht, in welcher eine medizinische Handlung durchgeführt wird. Sie bezieht sich auf die erwarteten Handlungsfolgen. Meist besteht eine Hauptintention, welche die Handlung indiziert erscheinen lässt. Erwartete Nebenfolgen können mitbeabsichtigt oder nur in Kauf genommen werden, je nach dem ob sie erwünscht oder unerwünscht sind. Für die moralische und rechtliche Beurteilung medizinischer Handlungen ist die Intention der Handelnden von entscheidender Bedeutung.

Medizinische Massnahme

Einzelne medizinische Handlung (z. B. Durchführung eines Beratungsgesprächs, Verordnung eines Medikaments, Durchführung eines Eingriffs oder einer Pflegeintervention, Einsetzen einer maschinellen Beatmung). Ihr liegt eine Intention im Rahmen eines übergeordneten Behandlungsziels zugrunde und sie erfolgt im spezifischen Kontext des klinischen

Zustands und des Willens des Patienten sowie unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen. Die Indikation einer medizinischen Massnahme hängt wesentlich von ihren zu erwartenden beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen ab. Auch die Weiterführung einer längerfristigen Therapie sowie die bewusste Unterlassung bestimmter medizinischer Handlungen werden als medizinische Massnahmen bezeichnet. Medizinische Handlungen die dem kontrovers diskutierten Behandlungsziel der Lebensbeendigung dienen, werden in diesen Richtlinien nicht als medizinische Massnahme bezeichnet.

Palliative Sedierung

Kontinuierliche oder zeitlich begrenzte Herabsetzung des Bewusstseinszustandes durch bewusste Verabreichung sedierender Medikamente in der kleinsten wirksamen Dosierung zur nachhaltigen Einschränkung der Perzeption eines oder mehrerer therapierefraktärer Symptome bei einer Patientin mit fortgeschrittener Erkrankung.

Refraktäres Symptom

Symptom, bei dem der Einsatz aller verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten durch ein in palliative care kompetentes Team keine befriedigende Leidensverminderung erzielt hat. Die Belastung durch die Behandlung muss dabei mit Rücksicht auf die individuelle Lebenssituation und das Krankheitsstadium zumutbar sein, und die Linderung muss unter Berücksichtigung der voraussichtlich verbleibenden Lebensdauer in angemessenem Zeitrahmen erfolgen.

Rolle von Patientin und Vertretungsperson bei Entscheidungen

Abhängig von der Selbstbestimmungsfähigkeit variiert die Rolle der Patientin in der Entscheidungsfindung über medizinische Massnahmen erheblich. Verliert die Patientin die Urteilsfähigkeit und liegt keine Patientenverfügung vor, übernimmt eine Vertretungsperson die Verantwortung für die Rolle der Patientin im Entscheidungsprozess. Sie muss nach deren mutmasslichen Willen und im objektiven Interesse der Patientin entscheiden. Die urteilsunfähige Patientin muss so weit wie möglich in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Es bestehen folgende möglichen Entscheidungssituationen:

Selbstbestimmte Entscheidung des urteilsfähigen Patienten

Der Patient, der bezüglich der vorgeschlagenen Behandlung urteilsfähig ist, entscheidet selbst und abschliessend, ob diese durchgeführt werden darf oder nicht.

Vorverfügte Entscheidung (Patientenverfügung)

Der urteilsfähige Patient kann für den Fall seiner zukünftigen Urteilsunfähigkeit im Voraus schriftlich festlegen, welchen medizinisch indizierten Massnahmen er zustimmen und welche er ablehnen würde. Falls ein hinreichend spezifizierter Fall später eintritt und nichts dafür spricht, dass der Patient seither seinen Willen geändert hat, gilt diese Patientenverfügung als Äusserung seines selbstbestimmten Willens.

Die Formulierung «falls ein hinreichend spezifizierter Fall später eintritt» ist missverständlich. Sie insinuiert, dass eine Patientenverfügung besonders spezifizieren müsse, für welche konkrete Behandlungssituation sie Geltung beanspruche. Eine solche Spezifizierung ist normalerweise nicht möglich und wird in der Rechtsordnung auch nicht verlangt. Denn wird die Patientenverfügung ohne speziellen Grund errichtet, das heisst, um allgemein unerwünschte lebensverlängernde Massnahmen zu verhindern, kann sie nur generell formuliert werden. Erstellt die gleiche Person jedoch eine Patientenverfügung im Hinblick auf eine konkrete Behandlung, wie z.B. eine geplante Knochenmarktransplantation, dürfte das Fehlen einer spezifischeren Formulierung darin zumindest zu Diskussionen Anlass geben.

Entscheidung nach dem mutmasslichen Willen der Patientin

Bei Urteilsunfähigkeit und Fehlen einer hinreichend klaren Patientenverfügung wird ein stellvertretender Entscheid unerlässlich. Bei Patientinnen die früher urteilsfähig waren, kann gemutmasst werden, wie die Patientin, wenn sie noch urteilsfähig wäre, wohl entscheiden würde. Dafür können frühere schriftliche Äusserungen, die nicht den Charakter einer Patientenverfügung haben, sowie Berichte über mündliche Äusserungen zur zu entscheidenden Frage, aber auch allgemeinere Anhaltspunkte zu ihren Werthaltungen und Präferenzen dienen.

Entscheidung nach den objektiven Interessen der Patientin

Für urteilsunfähige Patientinnen, die nie urteilsfähig waren oder über deren mutmasslichen Willen keinerlei Anhaltspunkte eruierbar sind, steht als Entscheidungsgrundlage in Ermangelung eines subjektiven Urteils lediglich das objektive Interesse der Patientin zur Verfügung. Der Förderung des objektiven Interesses dient diejenige Therapie, die für die spezifische klinische Situation der Patientin bevorzugt medizinisch indiziert ist («Therapie der Wahl») und ihrer individuellen Situation angemessen erscheint. Die Vertretungsperson muss dabei entscheiden, ob diese Therapie der Patientin zugemutet werden kann, bzw. welche Therapiealternative durchgeführt werden soll, wenn verschiedene gleichermassen indiziert sind.

Therapie ohne Aussicht auf Erfolg

Vgl. Intensivmedizinische Massnahmen. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen (2013), Kap. 5.4. Wirkungslosigkeit: Verschlechterung des Zustands des Patienten unter voller Intensivtherapie; Aussichtslosigkeit: Fehlende Aussichten auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld.

2. Behandlungsziele im Umgang mit Sterben und Tod

2.1. Definition möglicher Behandlungsziele

2.1.1. Volle lebenserhaltende und restitutive Therapie

Alle medizinischen Massnahmen, die geeignet erscheinen, den Patientinnen am Leben zu erhalten und seine Lebensfunktionen möglichst weitgehend wiederherzustellen, werden eingesetzt. Eine therapiebedingte Verminderung der Lebensqualität wird, soweit nicht vermeidbar, in Kauf genommen.

2.1.2. Begrenzt lebenserhaltende und restitutive Therapie

Auf bestimmte, besonders belastende Therapiemöglichkeiten (z. B. Nierenersatzverfahren, bestimmte Eingriffe, Tumorthapien etc.) wird zugunsten einer besseren Lebensqualität verzichtet, während andere lebenserhaltende und restitutive Massnahme weiter durchgeführt werden. Gründe für solche Einschränkungen können der Wille des Patienten, eine ungünstige Prognose, Polymorbidität oder weitere Umstände sein.

2.1.3. Ausschliesslich symptomorientierte Therapie

Es wird auf alle medizinischen Massnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung oder Wiederherstellung von Lebensfunktionen verzichtet. Die interprofessionelle Behandlung und Begleitung konzentrieren sich auf die Linderung belastender Symptome physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Natur und die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität. Der Sterbeprozess wird zugelassen, unabhängig davon, wie lange dieser dauert. Eine Beschleunigung des Sterbens wird nicht intendiert.

2.1.4. Beendigung des Lebens

Ziel ist die beabsichtigte Herbeiführung des Todes auf möglichst schmerzlose und wenig belastende Weise. Das medizinische Handeln erfolgt primär mit dieser Intention.

2.2. Definition ärztlicher Handlungen die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen

2.2.1. Unterlassung oder Abbruch von Massnahmen mit potentiell lebenserhaltender Wirkung

Auch unter voller lebenserhaltender Therapie werden medizinische Behandlungen unterlassen oder abgebrochen, wenn sie sich als wirkungslos oder überflüssig im Hinblick auf die Lebenserhaltung erweisen. Im Rahmen einer limitierten Therapie wird auf einzelne lebenserhaltende Massnahmen verzichtet, weil die damit verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität den erwarteten Nutzen eines möglichen Gewinns an Lebensdauer aus Sicht der Patientin übersteigt oder dieser den Therapieverzicht aus anderen Gründen wünscht. Bei der rein symptomorientierten Therapie werden grundsätzlich keine medizinischen Massnahmen mit dem primären Ziel der Lebenserhaltung eingesetzt.

Bei der Unterlassung oder beim Abbruch einer potentiell lebenserhaltenden Behandlung wird in der Regel angenommen, dass dies zu einer Verkürzung der Lebensdauer führt. Immer wieder zeigt es sich aber, dass nach Therapieabbruch auch das Gegenteil der Fall sein kann, da die abgebrochene Therapie mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat.

2.2.2. Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen

Unabhängig vom Behandlungsziel in Bezug auf die Lebensdauer ist eine ausreichende Symptomtherapie für die Lebensqualität des Patienten von entscheidender Bedeutung. Die atemdepressive Wirkung der dafür verwendeten Medikamente kann grundsätzlich zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen. Die Erfahrung zeigt aber, dass dies bei einer gut an die erhobenen Symptome angepassten Dosierung kaum eintritt und eine optimale Schmerztherapie nicht selten auch zu einer gewissen Lebensverlängerung beiträgt.

2.2.3. Sedierung

Sedativa zur Behandlung von Erregungszuständen und Angst oder zur Unterdrückung der Wahrnehmung anders nicht behandelbarer körperlicher Symptome können im Rahmen aller Behandlungsziele eingesetzt werden. Eine potentiell lebensverkürzende Wirkung ist nur bei einer länger dauernden, tiefen Sedierung aufgrund einer Kombination von Atemdepression, Reflexunterdrückung und Dehydratation zu erwarten. Für die Wirkung ausschlaggebende Faktoren sind der Zustand des Patienten zu Beginn der Sedierung, die Krankheitsprogression, die Tiefe der Sedierung, ihre Applikation mit oder ohne Aufwachversuche und die supportive Therapie (Umgang mit Sekreten und Flüssigkeitszufuhr).

2.2.4 Unterstützung und Begleitung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten) ist eine Form der Lebensbeendigung, die die Patientin grundsätzlich ohne medizinische Hilfe selbst durchführen kann. Eine Unterstützung durch pflegerische und medikamentöse Symptombehandlung kann jedoch die Lebensqualität in der letzten Phase verbessern.

2.2.5. Ärztliche Suizidhilfe [26]

Entscheidendes Merkmal der ärztlichen Suizidhilfe ist, dass sich der Patient ein in tödlicher Dosierung rezeptiertes Medikament selbst verabreicht. Als Hilfe zum Suizid durch medizinisches Handeln gelten die Verschreibung oder Abgabe des tödlichen Medikaments oder das Einführen einer intravenösen Kanüle zu dessen Applikation durch den Patienten. Diese medizinischen Handlungen wirken lebensbeendigend, sofern der Patient das Medikament

tatsächlich einnimmt und dessen Wirkung nicht durch intervenierende Faktoren vereitelt wird.

2.2.6. Lebensbeendigung durch einmalige Medikamentenverabreichung (nicht zulässig)

Die einmalige Applikation eines oder mehrerer Medikamente in akut tödlicher Dosierung zur Lebensbeendigung.

2.3. Ziele der Medizin

Der professionelle Status der in der Medizin tätigen Fachleute verpflichtet sie, die für die Medizin zulässigen Mittel eigenverantwortlich zur Erreichung von Zielen, die mit dem Selbstverständnis der medizinischen Professionen vereinbar sind, einzusetzen. Im Laufe der Medizingeschichte hat sich eine Gruppe von Zielen der Medizin herauskristallisiert, über die weitgehende Einigkeit innerhalb der Profession und auch in der Öffentlichkeit besteht. In ihrem Kerngehalt zielen sie darauf ab, das Wohl des Patienten zu fördern, indem sie sein Leben quantitativ oder qualitativ positiv beeinflussen, sowie ihm keinesfalls zu schaden. Die konsequente Verfolgung solcher Ziele wird gleichzeitig auch als Garant für die Integrität und Vertrauenswürdigkeit der medizinischen Professionen bei Patienten und Öffentlichkeit angesehen.

Bei Patientinnen, die unausweichlich mit Sterben und Tod konfrontiert sind, erhalten die allgemein anerkannten Hauptziele der Medizin, wie sie z. B. auch von der SAMW formuliert wurden[27], eine andere Gewichtung. Übergeordnetes Ziel ist die gute Betreuung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Die Ziele der Palliative Care treten in den Vordergrund, während die Lebenserhaltung nicht mehr möglich oder nicht mehr gewünscht ist. Die Verbesserung der körperlichen Integrität und die Förderung der Funktionsfähigkeit sowie die Prävention spielen keine zentrale Rolle mehr, dürfen aber für Einzelprobleme keinesfalls ausser Acht gelassen werden. Während der Körper von progressivem Abbau betroffen ist, kann psychisches, soziales und spirituelles Befinden an Bedeutung gewinnen. Dies sollte durch entsprechende Anpassung medizinischer Massnahmen berücksichtigt werden.

Die unter Kap. 2.1. dieses Anhangs definierten möglichen Behandlungsziele im Umgang mit Sterben und Tod lassen sich demnach folgendermassen bewerten. Das Behandlungsziel der vollen lebenserhaltenden und restitutiven Therapie hat mit dem Beginn des Sterbeprozesses seinen Sinn verloren. Angezeigt ist meist ein schrittweiser Übergang von einer limitierten lebenserhaltenden und restitutiven zu einer ausschliesslich symptomorientierten Therapie. Dabei richtet sich die Dynamik dieses Übergangs nach dem klinischen Verlauf und dem Wil-

[26] Synonym werden auch die Begriffe ärztliche Suizidbeihilfe, ärztlich assistierter Suizid verwendet.

[27] Vgl. Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Berichte einer ExpertInnengruppe der SAMW, der FMH sowie der fünf Medizinischen Fakultäten (2004).

len der Patientin. Intention der Ärztin ist die Linderung von Leiden und die Erleichterung des Sterbens durch Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen. Der Tod wird zugelassen, aber nicht absichtlich herbeigeführt. Demgegenüber ist die Beendigung des Lebens als Hauptintention der Behandlung in den allgemein anerkannten Zielen der Medizin nicht enthalten.

Was in einer gegebenen Situation zum Wohl des Patienten beiträgt, kann allein dieser selbst beurteilen. Daraus kann er seine persönlichen Ziele für die Behandlung ableiten. Am Behandelnden liegt es dann zu ermitteln, ob diese Ziele mit den für ihn selbst verbindlichen Zielen der Medizin vereinbar sind, und ob er medizinisch indizierte Massnahmen anbieten kann, die geeignet sind, die Ziele des Patienten zu erreichen.

Zunehmend treten jedoch Patientinnen mit Wünschen an die Medizin heran, die nur von einem Teil der Angehörigen der medizinischen Professionen als mit den Zielen der Medizin vereinbar angesehen werden. Die Haltung gegenüber solchen Wünschen, insbesondere nach Unterstützung in der Herbeiführung des Todes, ist Gegenstand von Kontroversen innerhalb der Professionen und in der Öffentlichkeit. Sie gehört in eine ethische Grauzone zwischen den mit den allgemein anerkannten Zielen der Medizin kompatiblen und den ethisch und rechtlich nicht zulässigen Handlungen.

Die SAMW gibt hier dem Wunsch von schwer leidenden Menschen nach Selbstbestimmung und Wahlfreiheit die herabwürdigende Bewertung «Grauzone». Noch anmassender ist, dass die SAMW damit ein Werturteil über geltendes Recht abgibt. Beides steht ihr schlichtweg nicht zu. Diese Bemerkung der SAMW zeigt deren überaus fragwürdige innere Haltung.

Keinesfalls besteht ein Anspruch des Patienten auf deren Durchführung. Praktische Hinweise zum Vorgehen in solchen Situationen werden im Kapitel 6.2. der Richtlinien gegeben.

6.) Zusammenfassung der Stellungnahme von DIGNITAS

Wie in der Einleitung festgehalten, begrüsst DIGNITAS die Überarbeitung der Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» aus dem Jahr 2004 und stellt anerkennend fest, dass die bei der SAMW mit der Revisionsaufgabe befasste Kommission mit «Umgang mit Sterben und Tod», einen umfangreichen, interessanten Entwurf vorlegt. Bei näherer Betrachtung dieses Richtlinien-Entwurfs stellen sich diverse Fragen, und es zeigt sich, dass dem Recht auf Selbstbestimmung des Patienten in einigen Punkten nicht entsprochen wird. Der Entwurf enthält schwammige Formulierungen, unklare Begriffe, und vor allem – dies ein ganz eklatanter Mangel – berücksichtigt er an mehreren Stellen juristisch Gebotenes nicht. An einigen Stellen ist ein Abstellen auf persönlich-weltanschauliche Sichtweisen zu erkennen, welche dem in den Richtlinien-Entwurf einleitend proklamierten Grundsatz des Rechts auf Selbstbestimmung zuwiderlaufen. Darüber hinaus weist der Entwurf der SAMW-Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod» einen eklatanten Mangel auf: Er geht an keiner Stelle auf den Aspekt ein, dass die Zahl der Suizidversuche durch einen ergebnisoffenen und progressiven Umgang mit Lebensendefragen verringert werden kann. Der Entwurf hat lobenswerte Ansätze und ist eine interessante Diskussionsgrundlage; er muss aber tiefgreifend überarbeitet werden.

Mit freundlichen Grüssen

DIGNITAS

Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben



Ludwig A. Minelli



Silvan Luley