

Teil 1: Grundlagen

Im Grundlagenteil dieser Arbeit werden nachfolgend zunächst die wichtigsten Begriffe (§ 2), sodann Zahlen und Fakten (§ 3) und schliesslich die Rechtslage (§ 4) unter Ausklammerung des Verfassungs- und Völkerrechts, das im zweiten Teil Thema sein wird, behandelt.

§ 2 Begriffe

I. «Entscheidungen am Lebensende»

Der Passus «Entscheidungen am Lebensende» ist den meisten JuristInnen nicht geläufig. Dort, wo er in juristischen Publikationen verwendet wird, fehlt häufig⁶ eine Definition⁷. Demgegenüber ist die Wortfolge «Entscheidungen am Lebensende» in der medizinischen und medizin-ethischen Literatur regelmässig anzutreffen. Unter dem Begriff «Entscheidungen am Lebensende» werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit medizinische Entscheidungen verstanden, welche den Tod früher eintreten lassen, als er ohne diese Entscheidungen eintreten würde. Dies sind nicht immer lebensverkürzende Massnahmen, weil bereits der Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung als Entscheidung am Lebensende gilt.

Beim Begriff «Entscheidungen am Lebensende» handelt es sich um die Übersetzung des englischen Begriffs «End-of-life decisions». Die Übersetzung ist deshalb nicht ideal, weil aus der deutschen Fassung im Unterschied zur englischen nicht klar hervorgeht, dass Entscheidungen *über* das Lebensende und nicht generell Entscheidungen in zeitlicher Nähe («am») Lebensende gemeint sind. Weil sich der Begriff «Entscheidungen am Lebensende» in der deutschsprachigen Literatur durchgesetzt hat⁸, wird er im Folgenden trotz dieser Einschränkung verwendet.

Im Rahmen dieser Arbeit wird auf diese medizinische Definition von Entscheidungen am Lebensende abgestützt. Als Entscheidungen am Lebensende gelten somit die folgenden fünf⁹:

- 6 Einzig bei Ziegler, *Sterben*, S. 92 ff., werden die einzelnen Entscheidungen am Lebensende aufgezählt. Im Unterschied zur nachfolgend verwendeten Definition zählt Ziegler auch Palliative Care und den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit dazu, nicht aber die Tötung auf Verlangen und die Tötung ohne Verlangen.
- 7 Haussener, *Entscheidungen*; Peterkova, *Sterbehilfe*, S. 2 ff. und 101; Venetz, *Suizidhilfeorganisationen*, S. 1; bei Büchler/Michel, *Medizinrecht*, werden unter dem Titel «Behandlungen und Entscheidungen am Lebensende» die Palliative Care, die Sterbehilfe und die Suizidbeihilfe abgehandelt.
- 8 Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 896; Faisst et al., *Lebensende*, S. 1676 ff.; Haussener, *Entscheidungen*, Rz. 8; Platzer/Großschädl, *Entscheidungen*; Tolmein, *Selbstbestimmung*, S. 67 ff.
- 9 Van der Maas et al., *End-of-life 1991*, S. 669; van der Maas et al., *End-of-life 1996*, S. 1699; Deliens et al., *End-of-life*, S. 1806; Kuhse et al., *End-of-life*, S. 191; van der Heide et al., *End-of-life*, S. 345;

1. der Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung («Forgoing life-prolonging treatment»),
2. die intensivierete Symptombekämpfung («Intensified alleviation of symptoms»),
3. der assistierte Suizid («Assisted suicide»),
4. die Tötung auf Verlangen («Euthanasia»), und
5. die Tötung ohne Verlangen («Ending of life without the patient's explicit request»).

In der englischsprachigen Literatur liest man teilweise auch die Wendung «Physician-assisted death»¹⁰ oder «Doctor-assisted dying»¹¹ (ärztlich assistierter Tod / ärztlich assistiertes Sterben). Dabei handelt es sich nicht um eine eigene oder eine zusätzliche Kategorie von Entscheidungen am Lebensende, sondern um einen Sammelbegriff für den assistierten Suizid, die Tötung auf Verlangen und die Tötung ohne Verlangen (3–5 in der Auflistung oben).

Palliative Care fällt nicht unter die hier verwendete Definition von Entscheidungen am Lebensende, weil es sich nicht um eine medizinische Entscheidung, sondern um ein umfassendes Versorgungskonzept handelt¹². Weil Palliative Care aber in einem engen Kontext zu Entscheidungen am Lebensende steht und eine solche Entscheidung (insbesondere den Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung) umfassen kann, wird es im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls behandelt.

II. «Sterbehilfe»

Ein grosser Teil der juristischen Literatur zu Entscheidungen am Lebensende verwendet den Begriff «Sterbehilfe» mit den Unterkategorien der aktiven und der passiven Sterbehilfe. Bereits hier zeigt sich ein zentrales Problem dieser Begriffe: Es ist im Einzelnen umstritten, welche Handlungen zur aktiven und welche zur passiven Sterbehilfe gehören¹³. Hinzu kommt, dass die Suizidhilfe teilweise als eine Form von Sterbehilfe¹⁴, teilweise als Synonym des Begriffs Sterbehilfe, teilweise als nicht vom Sterbehilfe-Begriff erfasste Handlung¹⁵ und teilweise als

Bosshard et al., Comparison, S. 555 f.; Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 896; Schmid et al., End-of-life decisions, S. 1; SAMW, [Rechtliche Grundlagen](#), S. 82.

10 Deliens et al., End-of-life, S. 1806; Bosshard et al., Comparison, S. 555.

11 Van der Heide et al., End-of-life, S. 347.

12 Siehe § 2, V, 1. (Definition Palliative Care).

13 Siehe auch Hangartner, Sterbehilfe, S. 69: «Die Attribute, mit denen die gängige Terminologie das Wort Sterbehilfe versieht, verschleiern die Sachverhalte.»

14 Arzt, Tod, S. 310; Bosshard, Begriffsbestimmungen, S. 194; Petermann, Terminologie, S. 25; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.

15 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 44; Kipke/Rothhaar, Begriffliche Verschiebungen, S. 753.

Oberbegriff zur Sterbehilfe¹⁶ verstanden wird. Eine ganz eigene Definition vertritt die FMH¹⁷. Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Verwendung des Sterbehilfe-Begriffs in verschiedenen deutschsprachigen Ländern. Aus diesen Gründen wird der Begriff «Sterbehilfe» einschliesslich seiner Unterkategorien im Rahmen dieser Arbeit soweit wie möglich vermieden. Dort, wo die Begriffe in der verarbeiteten Literatur und Rechtsprechung vorkommen, ist die Verwendung teilweise unvermeidbar.

Auch wenn der Begriff der Sterbehilfe nachfolgend möglichst vermieden wird, muss für das Verständnis der verarbeiteten Quellen aufgezeigt werden, was unter den einzelnen Unterkategorien des Sterbehilfe-Begriffs in der Schweiz sowie in Deutschland und Österreich verstanden wird. Auch in Deutschland und Österreich sind die veralteten Begriffe trotz anderslautenden Empfehlungen¹⁸ weiterhin häufig anzutreffen.

In der Schweiz werden zunächst die aktive und passive Sterbehilfe unterschieden, wobei die aktive Sterbehilfe weiter in direkte aktive und indirekte aktive Sterbehilfe unterteilt wird. Mit «direkter aktiver Sterbehilfe»¹⁹ ist in der Regel eine beabsichtigte Tötung z.B. durch Verabreichen einer Spritze gemeint²⁰. Teilweise wird die direkte aktive Sterbehilfe mit der Tötung auf Verlangen gemäss Art. 115 StGB gleichgesetzt oder zumindest auf Fälle eingegrenzt, in denen die betroffenen Personen ihr Leben beendet haben wollen²¹. Andererseits wird auch die Tötung ohne entsprechendes Verlangen teilweise als direkte aktive Sterbehilfe bezeichnet²². Die Verwendung des Adjektivs «aktiv» hat die Strafrechtslehre dazu veranlasst, Überlegungen zum Zusammenspiel von aktiv/passiv und Handlung/Unterlassung anzustellen. Deshalb ist in der Schweiz²³ auch umstritten, ob zum Beispiel der Behandlungsabbruch durch Ausschalten eines Beatmungsgeräts als

16 Arzt, Sterbehilfe, S. 140: «Sterbehilfe ist ein Sonderfall der Suizidhilfe.»

17 Positionspapier der FMH, *Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe*, Bern 2008, S. 1: «Bei der Sterbehilfe liegt immer eine tödlich verlaufende Krankheit vor, während Suizidbeihilfe Situationen betrifft, in denen die betroffenen Menschen weiterleben könnten, wenn sie sich nicht für den Suizid entscheiden würden».

18 (Deutschland:) Ethikrat, *Lebensende*, S. 96: «Der Nationale Ethikrat hält die Begriffe 'aktive', 'passive' und 'indirekte Sterbehilfe' für missverständlich und irreführend.»; (Österreich:) Bioethikkommission, *Terminologie*, S. 12: «In der juristischen Lehre und Judikatur wird traditionell zwischen aktiver und passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe unterschieden. Diese Begriffe sind allerdings nicht mehr zeitgemäß.»

19 In Deutschland: aktive Sterbehilfe (statt vieler: Roggendorf, *Indirekte Sterbehilfe*, S. 22 f.); in Österreich: aktive direkte Sterbehilfe (Pauser, *Sterbehilfe*, S. 704).

20 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 65.

21 Büchler/Michel, *Medizinrecht*, S. 167; Ege, *Behandlungsabbruch*, S. 292.

22 Hangartner, *Sterbehilfe*, S. 88: «Direkte aktive Sterbehilfe ist auf Verlangen des Patienten, ohne seine Zustimmung oder sogar gegen seinen Willen denkbar.»

23 In Deutschland hat der BGH im Jahr 2010 entschieden, dass der Abbruch einer künstlichen Ernährung mittels Durchtrennung eines Schlauches nicht als Totschlag zu qualifizieren ist. Gleichzeitig hat er festgehalten, dass es sinnvoll und erforderlich sei, «alle Handlungen, die mit einer solchen Beendigung einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen, in einem normativ-wertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs zusammenzufassen» (Urteil des BGH 2 StR 454/09 vom 25. Juni 2010, Rn. 31).

aktive Sterbehilfe einzustufen ist²⁴. Wenn das Ausschalten als (aktive) Handlung betrachtet wird, kann diese Form des Behandlungsabbruchs als aktive Sterbehilfe qualifiziert werden. Dies führt sogar dazu, dass einzelne AutorInnen für eine über diesen konkreten Fall hinausgehende Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe plädieren. Dieses Beispiel zeigt, dass der Begriff der direkten aktiven Sterbehilfe mehr Verwirrung als Klarheit bringt. In Deutschland wird für jene Handlungen, die in der Schweiz als direkte aktive Sterbehilfe bezeichnet werden, der Begriff «aktive Sterbehilfe» verwendet²⁵. In Österreich wird für diese Handlungen der Begriff «aktive direkte Sterbehilfe» verwendet²⁶.

Als indirekte aktive Sterbehilfe²⁷ werden Handlungen bezeichnet, welche primär eine Verbesserung der Lebensqualität erzielen wollen und dabei sekundär eine Verkürzung der Lebenszeit bewirken (können). Das Wort «können» steht in Klammern, weil umstritten ist, ob nur dann eine indirekte aktive Sterbehilfe vorliegt, wenn mit Sicherheit auch eine Lebensverkürzung eintritt²⁸ oder ob es genügt, dass die Möglichkeit dazu besteht und in Kauf genommen wird²⁹. Aus ethischer Sicht handelt es sich um eine besonders interessante Konstellation, weil die indirekte aktive Sterbehilfe als Lehrbuchbeispiel für das ethische Prinzip des Doppeleffekts gilt³⁰. Das ethische Prinzip des Doppeleffekts besagt, dass der negative Nebeneffekt einer Handlung dadurch legitimiert wird, dass der Haupteffekt positiv zu bewerten ist³¹. Richtet man den Blick in die medizinische Literatur, erkennt man, dass die ethischen und juristischen Debatten zur indirekten aktiven Sterbehilfe grösstenteils an der medizinischen Realität vorbeigehen.

In der Medizin spricht man vom Mythos des Doppeleffekts, weil Untersuchungen zeigen, dass zum Beispiel die Gabe von starken Schmerzmitteln entgegen der Erwartung die verbleibende Lebenszeit häufig nicht verkürzt, sondern verlängert³². Die zur Erreichung des Haupteffekts (Verbesserung der Lebensqualität durch Linderung der Schmerzen) in Kauf genommene Nebenfolge ist also häufig gar keine negative (Lebensverkürzung), sondern eine positive (Lebensver-

24 So z.B. BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 59; für eine Qualifikation als passive Sterbehilfe: Donatsch, in: StGB Kommentar, Art. 111 N 11; Eicker, Krise, S. 88; Geth, Sterbehilfe, S. 31; Haussener, Lebensende, S. 34; Kunz, Sterbehilfe, S. 620; Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 66 f.; Trechsel/Noll/Pieth, Strafrecht, S. 237; Trechsel/Geth, in: Trechsel/Pieth, Praxiskommentar StGB, Vor Art. 111 N 6.

25 Roggendorf, Indirekte Sterbehilfe, S. 22 f.

26 Pauser, Sterbehilfe, S. 704.

27 In Deutschland: indirekte Sterbehilfe (statt vieler: Roggendorf, Indirekte Sterbehilfe, S. 24 f.); in Österreich: aktive indirekte Sterbehilfe (statt vieler: Kopetzki, Landesbericht, S. 213); vereinzelt wird die indirekte aktive Sterbehilfe auch in der Schweiz als indirekte Sterbehilfe bezeichnet, so z.B. bei Jenal, Indirekte Sterbehilfe.

28 So Ege, Behandlungsabbruch, S. 292 und Geth, Sterbehilfe, S. 8.

29 So z.B. Büchler/Michel, Medizinrecht, S. 168, und Hangartner, Sterbehilfe, S. 87.

30 Stanford Encyclopedia of Philosophy, [Doctrine of Double Effect](#), Ziff. 6: End of Life Decision-Making.

31 Stanford Encyclopedia of Philosophy, [Doctrine of Double Effect](#).

32 Fohr, Double Effect, S. 315.

längerung; wobei auch dieser Begriff umstritten ist). Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass auch diese Erkenntnis (Doppeleffekt als Mythos) umstritten ist und dass es wahrscheinlich auch heute noch vereinzelt Fälle gibt, in denen eine unbeabsichtigte Lebensverkürzung eintritt³³.

Das Modell des Doppeleffekts kann allerdings auch dazu dienen, eine tatsächlich beabsichtigte Lebensverkürzung zu kaschieren, indem man sie als ungewollte Folge der Symptombekämpfung darstellt. Wenn Schmerzmittel oder andere Medikamente in einer Dosis verabreicht werden, welche über die Symptombekämpfung hinausgeht und direkt auf die Lebensverkürzung abzielt, liegt eine strafbare Tötung vor³⁴.

In Deutschland wird für jene Handlungen, die in der Schweiz als indirekte aktive Sterbehilfe bezeichnet werden, der Begriff «indirekte Sterbehilfe» verwendet³⁵. In Österreich wird für diese Handlungen der Begriff «aktive indirekte Sterbehilfe» verwendet³⁶.

III. Gegenüberstellung von «Entscheidungen am Lebensende» und «Sterbehilfe»

Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche der Entscheidungen am Lebensende mit welchen Formen der Sterbehilfe-Terminologie gemeint sein können. Weil die Abgrenzung der Sterbehilfe-Begriffe in verschiedener Hinsicht unklar und umstritten ist, können sie nicht als Synonym für die Formen von Entscheidungen am Lebensende betrachtet werden. Die Tabelle kann somit nur als grobe Orientierung dienen. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Begriffe werden in den der Tabelle folgenden Abschnitten konkretisiert.

Entscheidungen am Lebensende	Sterbehilfe-Terminologie
Tötung auf Verlangen	direkte aktive Sterbehilfe
Tötung ohne Verlangen	(wird teilweise unter direkte aktive Sterbehilfe subsumiert)
Intensivierte Symptombekämpfung	indirekte aktive Sterbehilfe
Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung	passive Sterbehilfe
assistierter Suizid	Suizidhilfe

33 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. III.2.2.1. (Unterlassung oder Abbruch von Massnahmen mit potentiell lebenserhaltender Wirkung), III.2.2.2. (Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen) und III.2.2.3. (Sedierung); Webster, *Double Effect*, S. 1049.

34 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen): «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 oder sicher voraussehbare Symptomatik gerechtfertigt werden kann, eine Tötung.».

35 Roggendorf, *Indirekte Sterbehilfe*, S. 24 f.

36 Kopezki, *Landesbericht*, S. 213.

1. Tötung auf Verlangen als direkte aktive Sterbehilfe?

Es existieren unterschiedliche Definitionen für die direkte aktive Sterbehilfe. Meistens ist mit direkter aktiver Sterbehilfe eine Mitleidstötung gemeint, nicht immer muss diese aber auf Verlangen der betroffenen Person geschehen. Die weitesten Definitionen direkter aktiver Sterbehilfe beinhalten sogar Tötungen, die gegen den Willen der getöteten Person erfolgen³⁷. Selbst wenn eine Tötung als Folge eines entsprechenden Verlangens geschieht, liegt nicht zwingend eine Tötung auf Verlangen im Sinne von Art. 114 StGB vor. Dieser Artikel erfasst nicht alle Tötungen auf Verlangen, sondern erfordert zusätzlich zu einem entsprechenden Verlangen das Vorliegen von «achtenswerten Beweggründen», wobei Mitleid als Beispiel eines solchen Beweggrundes genannt wird.

Tötung auf Verlangen ist somit präziser als der Begriff «direkte aktive Sterbehilfe», weil Letzterer sehr unterschiedlich definiert wird und zudem Abgrenzungsschwierigkeiten zur indirekten aktiven Sterbehilfe bestehen.

2. Tötung ohne Verlangen als direkte aktive Sterbehilfe?

Die direkte aktive Sterbehilfe wird teilweise so definiert, dass auch eine Tötung ohne Verlangen der betroffenen Person oder sogar gegen deren Willen darunter fällt³⁸. Mehrheitlich wird der Begriff jedoch so verstanden, dass nur bei entsprechendem Verlangen oder zumindest Einverständnis der betroffenen Person ein Fall der direkten aktiven Sterbehilfe vorliegt.

Eine Tötung ohne Verlangen kann strafrechtlich den Tatbestand der vorsätzlichen Tötung, des Mordes oder – wenn die TäterIn «in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung» handelt – des Totschlags (Art. 113 StGB) erfüllen.

3. Intensivierte Symptombekämpfung als indirekte aktive Sterbehilfe?

Auch die indirekte aktive Sterbehilfe wird sehr unterschiedlich definiert und kann je nach Definition als Oberbegriff, als Synonym oder als Untergruppe der intensivierten Symptombekämpfung verstanden werden. Als indirekte aktive Sterbehilfe gilt meistens die Inkaufnahme einer Lebensverkürzung als Nebeneffekt von medizinischen Massnahmen. Umstritten ist unter anderem, ob die Le-

37 Hangartner, Sterbehilfe, S. 88.

38 Hangartner, Sterbehilfe, S. 88.

bensverkürzung sicher³⁹ oder nur möglich⁴⁰ sein muss. Teilweise werden nur die Schmerzbeämpfung⁴¹, teilweise auch die Bekämpfung anderer Leiden⁴² von der Definition der indirekten aktiven Sterbehilfe erfasst.

Wenn die indirekte aktive Sterbehilfe so definiert wird, dass die Möglichkeit einer Lebensverkürzung genügt, dann handelt es sich um einen Oberbegriff zur intensivierten Symptombekämpfung. Die Begriffe werden teilweise auch synonym verwendet⁴³ oder aber die intensivierte Symptombekämpfung muss als Untergruppe der indirekten aktiven Sterbehilfe betrachtet werden, wenn zum Beispiel die Durchführung einer lebensbedrohlichen Operation als indirekte aktive Sterbehilfe eingestuft wird⁴⁴.

4. Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung als passive Sterbehilfe?

Die passive Sterbehilfe wird häufig als Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht definiert, wobei der Tod bei Aufnahme bzw. Weiterführung der Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten wäre. Vertreter der Palliativmedizin wehren sich gegen die Verwendung des Begriffs «Behandlungsverzicht», weil er suggeriere, dass nach einem solchen Entscheid nichts mehr gemacht werde.

5. Assistierter Suizid und Suizid(bei)hilfe

Die Begriffe «assistierter Suizid» und «Suizidhilfe» sowie «Suizidbeihilfe» sind Synonyme. In der Schweiz werden die Begriffe Suizidhilfe und Suizidbeihilfe (dazu unten, Ziff. IV) häufiger verwendet als assistierter Suizid⁴⁵. Dementsprechend wird auch in der vorliegenden Arbeit mehrheitlich der Begriff Suizidhilfe verwendet. Im englischsprachigen Raum wird meistens der Begriff «assisted suicide» verwendet. Dies erklärt, weshalb wissenschaftliche AutorInnen aus Diszipli-

39 So Geth, Sterbehilfe, S. 8; Peterková, Sterbehilfe, S. 64; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 62.

40 So Hangartner, Sterbehilfe, S. 87; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 115; Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 80; Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 7.

41 So Jenal, Indirekte Sterbehilfe, S. 101; Kunz, Begleitetes Sterben, S. 102; BSK StGB-BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 62; Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 79.

42 Amstad, Sterbehilfe, S. 1087; SAMW, Rechtliche Grundlagen, S. 82.

43 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 896.

44 Eychmüller, Grenzen, S. 524: «Folgen nicht sehr viele, vielleicht sogar alle sogenannten ‘palliativen Maßnahmen’ bei fortgeschrittenen Krankheiten, von der (Notfall)Operation, über die Gefäßdilatation bis hin zur Radio- oder Chemotherapie genau gleich diesem Konzept des ‘double effect’? Auch hier ist die Hauptbegründung für das interventionelle Vorgehen die Linderung der Symptome und des Leidens unter (meist im Aufklärungsbogen unterschriebener) Inkaufnahme von Komplikationen, die möglicherweise das Leben verkürzen und sogar zum Tod führen können.»

45 Eine auf Webseiten mit .ch-Endung beschränkte Google-Suche nach «assistierter Suizid» führte im März 2018 zu 2'230 Treffern, während eine Suche nach «Suizidhilfe» 11'600 und eine Suche nach «Suizidbeihilfe» 10'100 Treffer ergab.

nen, in denen primär in Englisch publiziert wird, häufig auch in deutschsprachigen Texten den Begriff «assistierter Suizid» verwenden.

6. Ergebnis

Die Begriffe der Sterbehilfe-Terminologie werden so unterschiedlich definiert, dass sich immer auch eine Definition findet, die einer der fünf unter Ziff. 1 aufgeführten Entscheidungen am Lebensende entspricht. Wenn man an diesen Begriffen festhalten will, kann man sich für das Verständnis dieser Arbeit an der obenstehenden Tabelle orientieren. Die Begriffe sind jedoch, wie gezeigt, unklar. Aus diesem Grund werden sie nachfolgend soweit möglich vermieden.

IV. Suizidhilfe und Suizidbeihilfe

Die Begriffe Suizidhilfe und Suizidbeihilfe bezeichnen die Unterstützung beim Suizid. Der Teilbegriff «Hilfe» wird vereinzelt abgelehnt, weil es sich bei der Unterstützung beim Suizid je nach Auffassung gar nicht um eine Hilfe handeln kann. Allerdings wird der Begriff «Hilfe» im Recht nicht ausschliesslich für positiv bewertete Unterstützung verwendet⁴⁶. Auch der Teilbegriff «Beihilfe» wird vereinzelt abgelehnt, weil er aus dem Strafrecht stammt und dementsprechend insinuiert, dass damit eine strafbare Handlung bezeichnet wird. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff Suizidhilfe verwendet, weil die Beihilfe zum Suizid in den meisten Fällen nicht strafbar ist.

Suizidhilfe ist unbestrittenermassen weder aktive noch passive Sterbehilfe. Je nach Definition des Begriffs Sterbehilfe wird die Suizidhilfe als dritte (bzw. vierte⁴⁷) Kategorie neben der aktiven und passiven Sterbehilfe oder als vom Sterbehilfebegriff nicht erfasste Handlung betrachtet. Hinzu kommt, dass in der Alltagssprache mit Sterbehilfe häufig Suizidhilfe gemeint ist⁴⁸. Zu dieser Verwendung trägt bei, dass Organisationen, welche Suizidhilfe anbieten, häufig als Sterbehilfeorganisationen bezeichnet werden. Diese Organisationen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Suizidhilfeorganisationen bezeichnet.

Für die Definition der Suizidhilfe kann trotz abweichender Terminologie auf Art. 115 StGB («Beihilfe zum Selbstmord») und die zugehörige Literatur abgestützt werden. Suizidhilfe liegt immer dann vor, wenn die Tatherrschaft bei der suizidwilligen, eigenverantwortlich handelnden Person liegt und die unterstützen-

46 Siehe z.B. Art. 25 StGB: «Wer zu einem Verbrechen oder Vergehen vorsätzlich Hilfe leistet, wird milder bestraft.».

47 Da die aktive Sterbehilfe weiter in direkte aktive und indirekte aktive Sterbehilfe unterteilt werden kann, sind es zusammen mit der passiven Sterbehilfe drei Kategorien, sodass Suizidhilfe bei dieser Zählweise die vierte ist.

48 Radbruch/Ostgathe, Semantische Verschiebungen, S. 743.

de Person einen kausalen Beitrag leistet⁴⁹. Es handelt sich um eine Gehilfenschaft, die nicht so bezeichnet wird, weil die «Haupttat», also der Suizid, straflos ist⁵⁰. Gemäss Bundesamt für Justiz geht es bei der Suizidhilfe darum «dem Patienten die tödliche Substanz zu vermitteln, die der Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt»⁵¹.

V. Palliative Care und Palliativmedizin

1. Definition Palliative Care

Der englische Begriff Palliative Care wird auch in der deutschen Sprache verwendet und entspricht im Französischen den «soins palliatifs»⁵². In den nationalen Leitlinien Palliative Care des BAG bzw. der GDK wird Palliative Care wie folgt definiert⁵³: «Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.» Dies entspricht auch der Begriffsdefinition der Weltgesundheitsorganisation⁵⁴.

Eine kürzere Definition findet sich in der nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012⁵⁵: «Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.»

Weiter wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care unterschieden. «Zielgruppe der allgemeinen Palliative Care sind Patientinnen und Patienten aller Altersklassen und mit einem breiten Spektrum von Diagnosen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit einer andauernden oder wiederkehrenden, belastenden Erkrankung leben, die die Aktivitäten des Alltags beeinträchtigt

49 BSK StGB-Schwarzenegger, Art. 115, N 10.

50 Stratenwerth/Jenny/Bommer, Strafrecht BT I, S. 46.

51 Webseite des Bundesamtes für Justiz: [Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung](#).

52 OFSP/CDS, [Directives nationales concernant les soins palliatifs](#), Bern 2011, S. 8.

53 BAG/GDK, [Nationale Leitlinien Palliative Care](#), Bern 2011, S. 8.

54 Webseite der WHO, [WHO Definition of Palliative Care](#).

55 BAG/GDK, [Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012](#), S. 20.

oder die Lebenserwartung vorhersehbar verkürzt»⁵⁶. Die spezialisierte Palliative Care ist demgegenüber auf Patientinnen und Patienten ausgerichtet, «die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren Angehörigen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Dazu gibt es spezialisierte Einrichtungen (wie Palliativstationen und -kliniken) oder mobile Palliativdienste»⁵⁷.

2. Definition Palliativmedizin

Palliative Care umfasst neben den medizinischen Behandlungen auch pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung. Demgegenüber bezieht sich der Begriff Palliativmedizin auf den ärztlichen Teil der Palliative Care⁵⁸.

3. Mittel zur Symptombekämpfung

Die häufigsten Symptome von Menschen am Lebensende sind Schmerzen, Atemnot, Angst, Erregungszustände und Verwirrung⁵⁹. Zur Bekämpfung dieser Symptome werden verschiedene Medikamente eingesetzt.

Bei Analgetika handelt es sich um einen Sammelbegriff für Medikamente zur Linderung von Schmerzen⁶⁰ (griechisch an- = nicht, *álgos* = Schmerz⁶¹).

Opiode sind Medikamente zur Linderung von Schmerzen⁶² und Atemnot⁶³. Morphin (= Morphinium) ist ein Opioid⁶⁴.

Benzodiazepine sind Medikamente zur Linderung von Angst und zur Muskelentspannung⁶⁵.

Für die Sedierung werden in der Palliativmedizin in erster Linie Benzodiazepine eingesetzt, am häufigsten die Substanz Midazolam⁶⁶. Opiode sind zum Zweck der Sedierung ungeeignet.⁶⁷

56 BAG/GDK/palliative ch, *Allgemeine Palliative Care*, S. 9.

57 BAG/GDK/palliative ch, *Allgemeine Palliative Care*, S. 8.

58 FMH, *Programm Palliativmedizin*, Bern 2016, S. 3.

59 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.2. (Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen).

60 Lexikon der Neurowissenschaft, *Analgetika*.

61 Duden, *Analgetikum*.

62 Lexikon der Neurowissenschaft, *Analgetika*.

63 Radbruch/Ostgathe, *Semantische Verschiebungen*, S. 750.

64 Lexikon der Neurowissenschaft, *Opiode*.

65 Lexikon der Neurowissenschaft, *Benzodiazepine*.

66 EAPC, *Sedierung*, S. 119; Foley et al., *Death Hastening*, S. 473; Neuenschwander, *Sedation*, S. 243.

67 EAPC, *Sedierung*, S. 114.

VI. Sedierung bzw. Sedation

Sedierung bedeutet gemäss Duden «Dämpfung von Schmerzen» oder «Beruhigung eines bzw. einer Kranken»⁶⁸. Auch die Narkose während einer Operation kann als Sedierung bezeichnet werden. In der Palliativmedizin wird die palliative Sedierung zur Herabsetzung des Bewusstseinszustandes eingesetzt, wenn Schmerzen oder anderen Symptomen nicht anders beizukommen ist⁶⁹. Es handelt sich um keine der fünf Kategorien von Entscheidungen am Lebensende, da eine Sedierung nicht zwingend⁷⁰ und bei korrekter Dosierung gar nicht⁷¹ mit einer Lebensverkürzung verbunden ist. Jedoch wird die Sedierung in über 90 Prozent der Fälle in Kombination mit einer Entscheidung am Lebensende eingesetzt⁷². Eine missbräuchliche Sedierung liegt dann vor, «wenn Behandler Patienten in Todesnähe mit dem Primärziel sedieren, den Tod zu beschleunigen»⁷³.

Innerhalb der palliativen Sedierung ist die vorübergehende von der kontinuierlichen palliativen Sedierung zu unterscheiden⁷⁴. Im Unterschied zur vorübergehenden wird die kontinuierliche palliative Sedierung bis zum Todeseintritt aufrechterhalten. Häufig wird dafür auch der Begriff «kontinuierliche tiefe Sedierung» verwendet⁷⁵. Dieser ist aus dem Englischen («continuous deep sedation») übersetzt; mit «tief» ist nicht eine tiefe Dosierung, sondern eine tiefe Bewusstlosigkeit (durch starke Sedierung) gemeint⁷⁶. In der Literatur ist auch der Begriff der terminalen Sedierung anzutreffen⁷⁷. Dieser Begriff wird inzwischen im palliativmedizinischen Kontext vermieden, weil er impliziert, dass die Sedierung die PatientIn an ihr Lebensende bringen soll⁷⁸.

68 Eintrag «Sedierung» auf www.duden.de.

69 EAPC, *Sedierung*, S. 112: «Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.»

70 Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 897.

71 Beller et al., *Sedation*, S. 2; Maeda et al., *Sedation*, S. 115; Maltoni et al., *Sedation*, S. 1163; Maltoni et al., *Survival*, S. 1378; Schur et al., *Sedation*, S. 7.

72 Bosshard et al., *Comparison*, S. 556: «Sedation was combined with forgoing life-prolonging treatment, alleviation of pain and symptoms, or physician-assisted death in 62%, 28%, and 3% of cases, respectively.»

73 EAPC, *Sedierung*, S. 113.

74 *SAMW-RL Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.3. (Sedierung).

75 EAPC, *Sedierung*, S. 115; *SAMW-RL Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.3. (Sedierung); Ziegler et al., *Continuous Deep Sedation*.

76 Eierdanz, *Palliative Sedierung*, S. 275.

77 Birnbacher, *Terminale Sedierung*, S. 358; Gerber, *Terminale Sedation*, S. 1; Müller-Busch, *Terminale Sedierung*, S. 369; Rothärmel, *Terminale Sedierung*, S. 349; Zahn, *Terminale Sedierung*, S. 1.

78 Alt-Epping, *Palliative Sedierung*, S. 543; Eierdanz, *Palliative Sedierung*, S. 276; Neitzke/Frewer, *Sedierung*, S. 324.

VII. Advance Care Planning

Advance Care Planning wird in den SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod wie folgt definiert⁷⁹: «Unter Advance Care Planning (ACP) versteht man einen Prozess, in dem Patienten und gegebenenfalls ihre Angehörigen gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen Strategien und Behandlungsziele diskutieren, festlegen und immer wieder dem konkreten Krankheitsverlauf anpassen. Zum ACP gehört, dass das Krankheitsverständnis, die Behandlungsziele sowie Massnahmen, die Werte, die Vorstellungen und die spirituellen Bedürfnisse geklärt werden, bevor Komplikationen oder akute Verschlechterungen des Gesundheits- und des Bewusstseinszustandes die Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten verunmöglichen. Das Vorgehen in einer Notfallsituation (z.B. Auftreten einer Komplikation) soll ebenfalls besprochen werden. Die Gespräche und die sich daraus ergebenden Vereinbarungen sollen schriftlich dokumentiert und den betreuenden Fachpersonen und Angehörigen zugänglich sein.»

Im nationalen Rahmenkonzept Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning» findet sich die folgende Definition⁸⁰: «Die gesundheitliche Vorausplanung für den Zeitpunkt der eigenen Urteilsunfähigkeit [...] – unabhängig davon, ob diese Urteilsunfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft ist. Im Voraus (in advance) wird das gewünschte Vorgehen überwiegend mit Blick auf den Entscheid «lebenserhaltender Massnahmen» definiert, aber auch für spezifischere Therapien. Dabei geht es wesentlich darum, den Patientenwillen in medizinisch klare Handlungsanweisungen zu übersetzen. Dokumentiert wird diese Art der Vorausplanung bspw. in Patientenverfügungen und Notfallplänen.»

Beim Vergleich dieser Definitionen fällt auf, dass die zweite den Schwerpunkt auf die Dokumentation der Handlungsanweisungen legt, während die erste lediglich verlangt, dass die Gespräche und Vereinbarungen schriftlich dokumentiert werden *sollen*. Dies hängt damit zusammen, dass Advance Care Planning in Deutschland und der Schweiz in einzelnen Projekten vorangetrieben wurde und dass in diesen Projekten der Schwerpunkt auf den Dokumenten (hausärztliche Anordnung für den Notfall in Deutschland⁸¹ bzw. ärztliche Notfallanordnung in der Schweiz⁸²) lag. Es wurden Weiterbildungsprogramme mit Zertifikaten gestartet⁸³ und entsprechend lautende Marken registriert⁸⁴. Einzelne VertreterInnen

79 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.1. (Glossar).

80 BAG/palliative ch, *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»*, Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, S. 5.

81 In der Schmittgen/Nauck/Marckmann, *Advance Care Planning*, S. 188 f.

82 Hecht et al., ACP, S. 1086.

83 Universitätsspital Zürich, *Zertifikatslehrgang Beraterinnen und Berater Advance Care Planning (ACP)*; Würdezentrum, *Weiterbildung zum Gesprächsbegleiter «Behandlung im Voraus planen»*.

84 CH-Marke Nr. 691595, hinterlegt am 25. April 2016; DE-Marke Nr. 302009008497, angemeldet am 13. Februar 2009.

dieser Bewegungen möchten den Begriff Advance Care Planning für die Tätigkeit der entsprechend Weitergebildeten reservieren, während viele ÄrztInnen sagen, dass sie seit eh und je Advance Care Planning betreiben, ohne diesen Begriff verwendet zu haben.

Auch wenn der Begriff nicht an einzelne Ausbildungsgänge oder Dokumentationsformulare geknüpft werden sollte, erscheint die Definition gemäss dem nationalen Rahmenkonzept genügend offen, um dieser Gefahr vorzubeugen. Daher wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit dieser Definition gefolgt. Das Rahmenkonzept des BAG hält zur Begriffsbreite fest: «Das vorliegende Rahmenkonzept definiert damit Vorausplanung in einem umfassenderen Sinne, als was aktuell unter dem englischen Terminus *advance care planning* (Vorausplanung der Betreuung und Behandlung für Situationen der Urteilsunfähigkeit) diskutiert und etabliert wird»⁸⁵.

VIII. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende ist einerseits ein Willensakt, andererseits ein Symptom eines sterbenden Menschen, der das Interesse an Essen und Trinken zunehmend verliert⁸⁶. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann als Möglichkeit gewählt werden, um den Sterbeprozess zu beschleunigen, und wird dann teilweise auch «Sterbefasten» genannt⁸⁷. In der Medizinethik wird rege diskutiert, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine Form von Suizid darstellt⁸⁸.

Die SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod äussern sich wie folgt zum FVNF⁸⁹: «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 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.» Die in den Richtlinien aufgestellte Regelung wird bei der rechtlichen Regelung des FVNF wiedergegeben.

85 BAG/palliative ch, [Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»](#), S. 4.

86 Eychmüller/Amstad, Editorial, S. 5.

87 Gärtner/Müller, [Sterbefasten](#), S. 675.

88 Jox et al., [VSED](#), S. 2 f.; Fringer et al., [FVNF](#), S. 77 ff.; Gärtner/Müller, [Sterbefasten](#), S. 677; Wyss/Breitschmid, [FVNF](#), S. 89; Ziegler, [Sterben](#), S. 96.

89 [SAMW-RL Sterben und Tod](#), Ziff. II.6.2.2. (Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [FVNF]).

IX. Nicht verwendete Begriffe

1. *Selbstmord und Freitod*

In Art. 115 StGB wird der Begriff Selbstmord verwendet: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft». Im schweizerischen Strafrecht bezeichnet Mord eine Tötung, bei welcher der Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich sind (Art. 112 StGB). Auch im deutschen Strafrecht bezeichnet Mord eine besonders verwerfliche Tötung⁹⁰, nicht aber im österreichischen⁹¹. Der Begriff Selbstmord stammt aus einer Zeit, als auch der Suizid als besonders verwerfliche Handlung betrachtet wurde. Dies ist heute nicht mehr der Fall. Aus diesem Grund wird der Begriff Selbstmord nachfolgend nicht verwendet.

Dasselbe gilt auch für den Begriff Freitod, bei dem es sich gemäss Duden um ein verhüllendes Synonym zu Suizid handelt⁹².

2. *Euthanasie*

Euthanasie bedeutet in der griechischen Sprache «guter Tod»⁹³. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde der Begriff «Euthanasie» in Deutschland für die systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen verwendet⁹⁴. Aus diesem Grund wird der Begriff in dieser Arbeit nicht verwendet. Im Englischen und auch im Französischen ist die Verwendung des Begriffs jedoch üblich, i.d.R. ist damit die Tötung auf Verlangen gemeint⁹⁵. Auch in diesen Sprachen wird der Begriff jedoch unterschiedlich eingesetzt. So findet er sich zum Beispiel in der Joint partly dissenting opinion der fünf unterlegenen Richter im Urteil des EGMR Lambert und andere gegen Frankreich⁹⁶.

90 § 211 Abs. 2 D-StGB: «Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet».

91 § 75 Ö-StGB (Mord): «Wer einen anderen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen».

92 Eintrag «Suizid» auf www.duden.de; vgl. auch Häring, [Suizidhilfeorganisationen](#), Rz. 5.

93 Abschnitt «Herkunft» im Eintrag «Suizid» auf www.duden.de; griechisch euthanasia = leichter Tod, zu: eū = gut, wohl und thánatos = Tod.

94 Eintrag «Euthanasie» auf www.duden.de.

95 Van der Maas et al., End-of-life 1991, S. 669; van der Maas et al., End-of-life 1996, S. 1699; Deliens et al., End-of-life, S. 1806; van der Heide et al., End-of-life, S. 345; Bosshard et al., Comparison, S. 555 f.; Schmid et al., End-of-life decisions, S. 1; Radbruch/Ostgathe, Semantische Verschiebungen, S. 742.

96 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et. al. gegen Frankreich), Joint partly dissenting opinion of Judges Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano and Griçco, Ziff. 9: «The case before this Court is one of euthanasia, even if under a different name. In principle it is never advisable to use

3. Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben

Teilweise wird in der Literatur zwischen der Hilfe beim Sterben (auch Sterbehilfe i.e.S.) und der Hilfe zum Sterben (auch Sterbehilfe i.w.S.) unterschieden. Hilfe *beim* Sterben ist die Tötung eines Menschen im Sterbeprozess⁹⁷, Hilfe zum Sterben dagegen die Tötung von Menschen, bei denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht⁹⁸. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese Terminologie zum besseren Verständnis der Materie beitragen soll. Alle fünf Formen von Entscheidungen am Lebensende können sowohl im Sterbeprozess als auch früher, d.h. wenn der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht, getroffen werden.

§ 3 Zahlen und Fakten

Über 70 Prozent der Todesfälle in der Schweiz sind erwartete bzw. «non-sudden deaths»⁹⁹. Vier von fünf (82 Prozent) der erwarteten Todesfälle sind Folge einer Entscheidung am Lebensende; am häufigsten in der Form eines Behandlungsabbruchs bzw. -verzichts (49 Prozent der erwarteten Todesfälle) und/oder der intensivierten Symptombekämpfung (30 Prozent der erwarteten Todesfälle)¹⁰⁰.

I. Tötung ohne Verlangen

Trotz des ausnahmslos geltenden Verbots der Tötung ohne Verlangen kommt diese in der Schweiz (auch) bei Menschen am Lebensende vor. Im Jahr 2001 hat eine auf Befragungen basierende Studie 15 Tötungen ohne Verlangen ausgewiesen, im Jahr 2013 waren es 25¹⁰¹. Relativ gemessen liegen diese Zahlen im Promillebereich und die Veränderung ist statistisch nicht relevant¹⁰².

strong adjectives or adverbs in judicial documents, but in the instant case it certainly is utterly contradictory for the respondent Government to insist that French law prohibits euthanasia and that therefore euthanasia does not enter into the equation in this case.»

97 Brunner/Thommen, *Sterben und Tod*, S. 69; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 45; Kneih, *Grundrechte*, S. 36, schreibt von «Hilfe im Sterben».

98 Brunner/Thommen, *Sterben und Tod*, S. 69; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 46; Kneih, *Grundrechte*, S. 36.

99 Bosshard et al., *Comparison*, S. 555. Stark abweichende Zahlen finden sich bei BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 2 und 3: «Heute scheiden nur etwa 10 Prozent der Menschen, die jährlich in der Schweiz sterben, plötzlich und unerwartet aus dem Leben.» Es findet sich allerdings kein Quellennachweis für diese Aussage.

100 Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 896.

101 Bosshard, *Comparison*, S. 556: «ending of life without the patient's explicit request also increased, but the number of studied cases [...] was small, [...] 15 cases in 2001, and [...] 25 cases in 2013».

102 Bosshard, *Comparison*, S. 556.

II. Tötung auf Verlangen

Auch die Tötung auf Verlangen kommt trotz grundsätzlicher Strafbarkeit¹⁰³ in der Schweiz vor. Die bereits erwähnte Studie hat im Jahr 2001 acht und im Jahr 2013 elf Fälle von Tötungen auf Verlangen gefunden¹⁰⁴. Auch diese Veränderung ist aufgrund der kleinen Zahlen statistisch nicht relevant¹⁰⁵. Verurteilungen wegen Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) sind selten, in den letzten zehn Jahren waren es zwei¹⁰⁶.

III. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

Jeder dritte Mensch stirbt in der Schweiz nach einem Behandlungsabbruch oder -verzicht¹⁰⁷. Berücksichtigt man nur die erwarteten Todesfälle, ist es jeder zweite¹⁰⁸. In den meisten Fällen wird der Behandlungsabbruch oder -verzicht mit einer intensivierten Symptombekämpfung kombiniert. Nur in einem von sechs erwarteten Todesfällen ist ein Behandlungsverzicht oder -abbruch die einzige getroffene Massnahme¹⁰⁹.

IV. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung

In der Schweiz werden bei drei von zehn erwarteten Todesfällen im Vorfeld Mittel zur intensivierten Symptombekämpfung verabreicht und dabei eine Lebensverkürzung in Kauf genommen¹¹⁰. Diese Zahl basiert auf einer Bejahung der folgenden Frage durch die befragten ÄrztInnen: «Did you or another physician intensify the alleviation of pain and/or symptoms while taking into account the possible hastening of death?»¹¹¹.

103 Im Kanton Neuenburg ist im Jahr 2010 eine Ärztin freigesprochen worden, obwohl sie den Tatbestand der Tötung auf Verlangen unbestrittenemassen erfüllt hatte; das entsprechende Urteil wird im Abschnitt «Rechtslage» besprochen.

104 Bosshard, [Comparison](#), S. 556: «Euthanasia [...] also increased, but the number of studied cases [...] was small, at 8 [...] in 2001, and at 11 [...] cases in 2013, respectively».

105 Bosshard, [Comparison](#), S. 556.

106 BSK StGB-Schwarzenegger, Art. 114, vor N 1.

107 Bosshard, [Comparison](#), S. 555: «The percentage of deaths in which life-prolonging treatment was forgone increased from 28.7% of all deaths in 2001 to 35.2% of all deaths in 2013 (P < .001).».

108 Bosshard/Hurst/Puhan, [Entscheidungen](#), S. 896: Behandlungsverzicht oder -abbruch in 49,3% aller erwarteten Todesfälle.

109 Bosshard/Hurst/Puhan, [Entscheidungen](#), S. 897: «In der vorliegenden Studie war nur bei 17% der für eine Entscheidung am Lebensende in Frage kommenden Sterbefälle ein Behandlungsverzicht oder -abbruch und bei weniger als 11% intensivierter Schmerzlinderung die einzige getroffene Massnahme, während bei 51% beide Massnahmen kombiniert eingesetzt wurden.».

110 Bosshard/Hurst/Puhan, [Entscheidungen](#), S. 896: intensivierter Verabreichung von Mitteln zur Schmerz- oder anderweitigen Symptomlinderung in 29,8% aller erwarteten Todesfälle.

111 Bosshard, [Comparison](#), S. 555.

Die Bekämpfung von Symptomen wie Schmerzen und Atemnot kann auch bei fachgerechter Durchführung einen lebensverkürzenden Effekt haben¹¹². Bei kunstgerechter Durchführung dieser Massnahmen ist eine Lebensverkürzung allerdings selten¹¹³, wobei auch unter ÄrztInnen diesbezüglich wenig Klarheit besteht¹¹⁴. Die Begründung der Zulässigkeit der Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung (meistens unter dem Begriff der indirekten aktiven Sterbehilfe) mit der Doktrin des Doppeleffekts ist somit nur noch für wenige Fälle relevant¹¹⁵.

Es kommt auch vor, dass die Schmerzbekämpfung aus Angst vor Schmerzmittelabhängigkeit oder wegen unzureichender Erfassung der Schmerzen ungenügend ist¹¹⁶.

V. Sedierung

Das erstaunlichste Ergebnis der von BOSSHARD ET AL. durchgeführten Studien zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz sind die stark angestiegenen Zahlen im Bereich der kontinuierlichen tiefen Sedierung (bei der es sich nicht um eine Entscheidung am Lebensende handelt, weil i.d.R. nicht mit einer Lebensverkürzung verbunden¹¹⁷). Im Jahr 2001 ist gemäss diesen Befragungen einer von zwanzig Menschen (4.7 Prozent) während einer kontinuierlichen tiefen Sedierung verstorben, im Jahr 2013 war es einer von sechs (17.5 Prozent)¹¹⁸. Diese Zahlen basieren auf einer Bejahung der Frage: ««Did the patient receive drugs, such as benzodiazepines and/or other sedative substances, to keep him or her in deep sedation or coma until death?»¹¹⁹.

112 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.2. (Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen): «Primär muss eine effiziente Symptomlinderung angestrebt werden. Eine allfällige Verkürzung der Lebensdauer wird dabei in Kauf genommen.»

113 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. III.2.2.2. (Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen): «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.» Noch deutlicher in diese Richtung äusserten sich die von der SAMW zurückgezogenen, von der FMH aber weiterhin als massgeblich erachteten Lebensende-Richtlinien (SAMW-RL *Lebensende*, ad 3.1. Palliative Care, Beeinflussung der Lebensdauer: «Im Allgemeinen sind Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschliesslich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert»). Pedrazzini, *L'euthanasie*, S. 173 (Fn. 42), hat bereits im Jahr 1982 geschrieben: «Il est indéniable que les progrès de la médecine ont diminué l'acuité du problème de l'euthanasie indirecte.»

114 Bosshard/de Stoutz/Bär, *Sedativa*, S. 124.

115 In der Literatur wird deshalb auch vom «Mythos» des Doppeleffekts geschrieben, siehe z.B. Fohr, *Double Effect*, S. 326, sowie Sykes/Thorns, *Opioids and sedatives*, S. 317. Siehe dazu § 2, I, 2. («Sterbehilfe»).

116 Brechbühler, *Schmerz*, S. 33; Leuenberger, *Schmerz*, S. 4.

117 Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 897.

118 Bosshard, *Comparison*, S. 555.

119 Bosshard, *Comparison*, S. 555.

Die kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod wird in der medizinischen Literatur nicht als Entscheidung am Lebensende eingestuft. Stattdessen wird sie als eigene Kategorie, die neben den fünf Entscheidungen am Lebensende besteht, behandelt. Dies liegt daran, dass die korrekt durchgeführte kontinuierliche tiefe Sedierung nicht mit einer Lebensverkürzung verbunden ist¹²⁰. Die Sedierung ist nicht nur «nicht zwingend»¹²¹, sondern bei korrekter Durchführung generell nicht lebensverkürzend. Es ist daher nicht korrekt, die Sedierung als Anwendungsfall der indirekten aktiven Sterbehilfe einzustufen¹²².

Es kommt vor, dass Mittel zur Sedierung bewusst in einer Dosis verabreicht werden, die über das effektiv zur Symptombekämpfung Notwendige hinausgeht. In der Palliativmedizin wird dieses Vorgehen als missbräuchliche Sedierung bezeichnet¹²³. Diese Fälle sind grundsätzlich als Tötungen zu qualifizieren. Die Richtlinien der SAMW zu Sterben und Tod halten dies explizit fest: «auch eine plötzliche oder graduelle Steigerung der Medikation zur Symptombekämpfung oder Sedierung in einen tödlichen Dosisbereich, ohne dass dies durch eine dokumentierte oder sicher voraussehbare Symptomatik gerechtfertigt werden kann, [ist] eine Tötung»¹²⁴. Auch solche Tötungen muss der Staat aufgrund der Pflicht zur Bestrafung von Tötungen¹²⁵ verfolgen. Die Häufigkeit missbräuchlicher Sedierungen wurde in der Schweiz, soweit ersichtlich, bisher nicht untersucht. Bei einer Untersuchung in Australien hat mehr als ein Drittel der befragten ÄrztIn-

- 120 Beller et al., Sedation, S. 2: «There was evidence that palliative sedation did not hasten death, which has been a concern of physicians and families in prescribing this treatment. However, this evidence comes from low quality studies, so should be interpreted with caution.» Maeda et al., Sedation, S. 115: «[Continuous deep sedation] does not seem to be associated with a measurable shortening of life in patients with advanced cancer cared for by specialised palliative care services, and could be considered a viable option for palliative care in this setting.» Maltoni et al., Sedation, S. 1163: «[Palliative sedation therapy] does not shorten life when used to relieve refractory symptoms and does not need the doctrine of double effect to justify its use from an ethical point of view.» Maltoni et al., Survival, S. 1378: «Even if there is no direct evidence from randomized clinical trials, palliative sedation, when appropriately indicated and correctly used to relieve unbearable suffering, does not seem to have any detrimental effect on survival of patients with terminal cancer.»
- 121 So aber Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897: «Von den spezifischen medizinischen Entscheidungen am Lebensende zu unterscheiden, weil *nicht zwingend* mit einer Lebensverkürzung verbunden und damit nicht als «Sterbehilfe» zu bezeichnen, ist die sogenannte terminale Sedierung.» (Hervorhebung hinzugefügt).
- 122 So aber Zimmermann et al., *Lebensende*, S. 147. Auch die als Quelle für diese Aussage zitierte Studie hält fest, dass die Sedierung keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Lebensdauer hat. Die sedierten PatientInnen haben im Schnitt sogar einen Tag länger gelebt; Schur et al., *Sedation*, S. 7: «In conformity with other studies, the median number of days between admission to a palliative care ward (mobile palliative care team) and death in our cohort did not differ significantly between sedated vs. non-sedated patients (10 vs. 9 days; $p = 0.491$).»
- 123 EAPC, *Sedierung*, S. 113: «Ein Missbrauch palliativer Sedierung liegt vor, wenn Behandler Patienten in Todesnähe mit dem Primärziel sedieren, den Tod zu beschleunigen.» Siehe auch Dettmeyer, *Verdeckte Tötungshandlungen*, S. 549.
- 124 *SAMW-RL Sterben und Tod*, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen).
- 125 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Rn. 38; Auer/Malinverni/Hottelier, *Droits fondamentaux*, Rz. 284; Müller/Schefer, *Grundrechte*, S. 55; Schweizer, *St.Galler Kommentar*, Art. 10 N 20; Steffen, *Droit aux soins*, S. 38.

nen angeben, Medikamente in höheren Dosen als für die Symptombekämpfung notwendig verabreicht zu haben, um damit den Todeseintritt zu beschleunigen¹²⁶.

VI. Suizid und Suizidhilfe

Suizid ist die Ursache bei 16 von 1000 Todesfällen¹²⁷. In der Schweiz haben sich im Jahr 2016 mehr als 1944 Menschen das Leben genommen, davon 1016 durch gewaltsamen bzw. nicht-assistierte Suizid¹²⁸ (759 Männer und 257 Frauen) und 928 durch assistierten Suizid¹²⁹ (529 Frauen und 399 Männer). Bei den assistierten Suiziden beinhalten die vom Bundesamt für Statistik erfassten Zahlen nur in der Schweiz wohnhafte Personen¹³⁰. Der Verein Dignitas hat im Jahr 2016 nach eigenen Angaben bei 195 nicht in der Schweiz wohnhaften Personen Suizidhilfe geleistet¹³¹.

Von den assistierten Suiziden entfällt ein Grossteil auf die Suizidhilfeorganisationen Exit Deutsche Schweiz, Exit Romandie und Dignitas. Während Exit Deutsche Schweiz und Exit Romandie jährlich die Anzahl der assistierten Suizide kommunizieren (905¹³² bei Exit Deutsche Schweiz bzw. 299¹³³ bei Exit Romandie im Jahr 2018), orientieren sich die Tätigkeitsberichte von Dignitas nicht am Kalenderjahr. Gemäss einer Medienmitteilung von Dignitas liegt die Anzahl assistierter Suizide seit 2012 bei jährlich um 200¹³⁴, im Jahr 2018 waren es 221¹³⁵. Die Gesamtzahl der in der Schweiz durchgeführten assistierten Suizide lag im Jahr 2018 somit bei mindestens 1427 (905 mit Unterstützung von Exit Deutsche Schweiz, 299 mit Unterstützung von Exit Romandie und 221 mit Unterstützung von Dignitas).

Nicht bekannt ist, wie häufig das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital verschrieben wird. Es besteht zwar eine gesetzliche Meldepflicht (Art. 11 Abs. 1^{bis} BetmG), diese wird aber häufig nicht eingehalten und die Kantonsapothekerver-

126 Douglas et al., Intention, S. 511: «247 respondents (36.2%; 95% CI, 32.6%-39.9%) reported that, for the purpose of relieving a patient's suffering, they have given drugs in doses that they perceived to be greater than those required to relieve symptoms with the intention of hastening death.»

127 www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Gesundheit → Gesundheitszustand → Sterblichkeit, Todesursachen → [Spezifische Todesursachen](#).

128 www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Gesundheit → Gesundheitszustand → [Psychische Gesundheit](#).

129 www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Gesundheit → Gesundheitszustand → Sterblichkeit, Todesursachen → [Spezifische Todesursachen](#) → [Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter](#).

130 www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Gesundheit → Gesundheitszustand → Sterblichkeit, Todesursachen → [Spezifische Todesursachen](#) → [Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter](#).

131 www.dignitas.ch → Wissen → Statistiken → [Freitodbegleitungen von Dignitas-Mitgliedern nach Jahr und Wohnsitz](#).

132 www.exit.ch → News → [EXIT hat mehr leidende Menschen begleitet](#).

133 www.exit.romandie.ch → Informations → Archives de nos bulletins → [Bulletin Exit n° 70](#), S. 10.

134 Medienmitteilung von Dignitas vom 15. Januar 2019 ([Fortschritte und Herausforderungen: Jahresrückblick 2018 und Ausblick 2019](#)), S. 3.

135 Medienmitteilung von Dignitas vom 15. Januar 2019 ([Fortschritte und Herausforderungen: Jahresrückblick 2018 und Ausblick 2019](#)), S. 4.

einigung meint, die Meldung sei freiwillig¹³⁶. Ebenfalls nicht bekannt ist, wie häufig ärztlich assistierte Suizide ohne Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation sind.

VII. Suizidhilfeorganisationen

In der Schweiz sind, soweit ersichtlich¹³⁷, fünf Suizidhilfeorganisationen aktiv. Es handelt sich dabei um Exit Deutsche Schweiz, Exit Romandie, Ex International, Dignitas und Lifecircle. Der Verein SuizidHilfe scheint nicht mehr aktiv zu sein¹³⁸. Bei Ex International finden sich auf der Webseite keine Informationen über die Aktivität des Vereins¹³⁹. Gemäss VENETZ (Stand 2008) scheiden pro Jahr 15–20 Personen mit Ex International aus dem Leben¹⁴⁰.

Gemäss dem ehemaligen Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich finden sich in der Praxis der Suizidhilfeorganisationen wenige Fälle, in denen die sterbewillige Person bereits in der unmittelbaren Endphase des Lebens steht¹⁴¹.

Die drei Organisationen Dignitas, Exit Deutsche Schweiz und Exit Romandie sind von den Mitglieder- und Suizidhilfezahlen her die wichtigsten, dies widerspiegelt sich auch in der Medienberichterstattung. Alle dem Autor bekannten Suizidhilfeorganisationen sind als Vereine organisiert, bei vier von fünf sind die Statuten auf den Webseiten einsehbar¹⁴². Exit Deutsche Schweiz, Dignitas und Lifecircle betreiben nach eigenen Angaben nicht nur Suizidhilfe, sie bieten auch Beratung insbesondere im Zusammenhang mit Patientenverfügungen an und setzen sich für die Suizidprävention ein¹⁴³.

136 Kantonsapothekervereinigung, [Positionspapier betreffend die Abgabe von Pentobarbital-Natrium zur Sterbehilfe](#), Oktober 2017, Ziff. 4.3: «Eine Kopie des Rezeptes kann vom verordnenden Arzt an den Kantonsarzt (im Sinne der Meldungen zum 'off label use') zugestellt werden.»

137 Im Jahresbericht 2016 des Vereins Exit Deutsche Schweiz ist zu lesen: «Zur Zeit existieren in der Schweiz zehn Organisationen, die ähnliche Angebote parat haben.» Die Namen der Organisationen werden jedoch nicht aufgeführt ([EXIT-INFO 1.2017](#), S. 19).

138 Die aktuellste Information auf der [Webseite des Vereins](#) ist die Ankündigung der Neuauflage eines Buches «voraussichtlich 2013».

139 www.exinternational.ch.

140 Venetz, *Suizidhilfeorganisationen*, S. 44 (Fn. 144).

141 Brunner, *Skizze*, S. 247 f.

142 [Statuten des Vereins Exit](#) («EXIT [Deutsche Schweiz] Vereinigung für humanes Sterben»); [Statuten des Vereins Exit Romandie](#) («EXIT Association pour le droit de mourir dans la dignité»); [Statuten des Vereins Dignitas](#) («DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben»); [Statuten des Vereins Lifecircle](#).

143 [Informationsbroschüre von EXIT](#), Zürich 2019, S. 7; [Informationsbroschüre von Dignitas](#), Forch 2019, S. 1; [Informationsbroschüre von Lifecircle](#), S. 5 ff.

1. Mitglieder

Die mitgliederstärkste Suizidhilfeorganisation der Schweiz ist Exit Deutsche Schweiz mit über 120'000 Mitgliedern¹⁴⁴. Die Mitgliederzahl hat sich innerhalb von sieben Jahren verdoppelt¹⁴⁵ und steigt weiter an¹⁴⁶. Die Schwesterorganisation Exit Romandie, die sich auch A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) nennt, hat über 29'000 Mitglieder¹⁴⁷. Der Verein Dignitas hat 8'432 Mitglieder, davon 688 mit Wohnsitz in der Schweiz¹⁴⁸. Die hohe Mitgliederzahl von Exit hängt wahrscheinlich mit dem Angebot zusammen, dass Mitglieder für die Suizidhilfe keine zusätzlichen Kosten (nebst dem Mitgliederbeitrag) bezahlen müssen¹⁴⁹. Dignitas bietet seinen Mitgliedern unabhängig von der Mitgliedschaftsdauer keine kostenlose Suizidhilfe an¹⁵⁰. Lifecircle veröffentlicht keine Mitgliederzahlen¹⁵¹.

Sowohl bei Exit Deutsche Schweiz als auch bei Exit Romandie können nur Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz oder Schweizer Bürgerrecht Mitglied werden¹⁵² und Suizidhilfe erhalten¹⁵³. Zur Begründung führt Exit unter anderem an, dass «eine Öffnung den Druck auf eine Liberalisierung der Gesetze in der EU reduzieren» würde und dass dies nicht im Interesse der von Exit vertretenen Anliegen sei¹⁵⁴. Dignitas und Lifecircle bieten die Suizidhilfe auch Menschen aus dem Ausland an¹⁵⁵. Bei Dignitas machen SchweizerInnen sowohl bei den Mitgliedern als auch bei den Suizidhilfe Beanspruchenden nur einen kleinen Teil aus. Die meisten Mitglieder sind in Deutschland (40 Prozent) und Grossbritannien (16 Prozent) wohnhaft, nur 8 Prozent in der Schweiz¹⁵⁶.

Der Verein Exit Deutsche Schweiz beschäftigt 31 MitarbeiterInnen und 40 SuizidhelferInnen («Freitodbegleitpersonen»)¹⁵⁷. Der Verein Dignitas verfügt

144 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 36.

145 Gemäss Jahresbericht 2016 von Exit lag die Mitgliederzahl am 31. Dezember 2010 bei 54'155 und am 31. Dezember 2017 gemäss «EXIT auf einen Blick» bei «rund 110 000».

146 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 36.

147 www.exit-romandie.ch.

148 Dignitas, Mitglieder am 31. Dezember 2017 nach Wohnsitzstaat.

149 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 22.

150 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 14 (Information über die Kosten im Zusammenhang mit einer Freitodbegleitung mit Dignitas).

151 Artikel auf bzbasel.ch vom 20. Mai 2013 (Stiftung Eternal Spirit: Das Geschäft mit dem Tod): «Zahlen zu Freitodbegleitungen, Mitgliedern und Finanzen will Preisig nicht offenlegen.»

152 Art. 3 der Statuten des Vereins Exit: «EXIT nimmt urteilsfähige Personen, die das 18. Altersjahr vollendet haben, als Mitglied auf, sofern sie das schweizerische Bürgerrecht besitzen oder als Ausländer in der Schweiz wohnhaft sind.»

153 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 22.

154 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 22.

155 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 4; Informationsbroschüre von Lifecircle, S. 3.

156 Aus der von Dignitas veröffentlichten Liste der Mitglieder am 31. Dezember 2017 nach Wohnsitzstaat geht hervor, dass von total 8'432 Mitgliedern 3'351 in Deutschland, 1'315 in Grossbritannien und 688 in der Schweiz wohnhaft waren.

157 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 36.

über «rund 20 interne und externe Teilzeit-Mitwirkende»¹⁵⁸. Die Vereine Exit Romandie und Lifecircle veröffentlichen keine Angaben über die Anzahl der angestellten oder beauftragten Personen.

2. Zweckartikel

Der Zweckartikel der Statuten von Exit lautet wie folgt¹⁵⁹: «EXIT setzt sich für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben ein. EXIT unterstützt seine Mitglieder bei der Durchsetzung dieses Rechts. EXIT steht Mitgliedern und Nichtmitgliedern, die wegen Krankheit, Behinderung oder Altersbeschwerden leiden, beratend zur Seite. EXIT setzt sich dafür ein, dass Patientenverfügungen von Ärzten und Pflegepersonal respektiert werden. EXIT unterstützt seine Mitglieder bei der Abfassung und Durchsetzung ihrer individuellen Patientenverfügung. Bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung soll ein begleiteter Suizid ermöglicht werden. EXIT engagiert sich für den Altersfreitod und setzt sich dafür ein, dass betagte Menschen einen erleichterten Zugang zum Sterbemittel haben sollen. EXIT unterstützt Organisationen und Institutionen, die sich mit Palliativpflege befassen, um schwerkranken Menschen ein natürliches Sterben in Würde zu ermöglichen. EXIT pflegt Kontakte zu Organisationen mit ähnlicher Zielsetzung im In- und Ausland. EXIT ist Mitglied der ‘World Federation of Right to Die Societies’.»

Der Zweckartikel der Statuten von Exit Romandie lautet wie folgt¹⁶⁰: «Exit A.D.M.D. a pour but de promouvoir le droit de l'être humain de disposer librement de sa personne, de son corps et de sa vie.»

Der Zweckartikels der Statuten von Dignitas lautet auszugsweise wie folgt¹⁶¹: «¹ Der Verein bezweckt, [...] seinen Destinatär-Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern, auch weiteren Personen bei der Durchsetzung dieses Menschenrechts behilflich zu sein und für dessen weltweite Verwirklichung zu kämpfen. [...] ³ Im Hinblick auf die Phase ihres Ablebens leistet er seinen Destinatär-Mitgliedern insbesondere die folgenden Dienste: a) er verschafft ihnen eine für die Dauer ihrer Mitgliedschaft rechtlich wirksame Patientenverfügung, welche von Ärzten und Krankenhäusern beachtet werden muss und zu deren Durchsetzung der Verein seinen Destinatär-Mitgliedern, wo notwendig, direkte Hilfe durch einen Rechtsanwalt zukommen lässt; und b) er verschafft ihnen bei einem frei gewählten Tod eine menschenwürdige Freitodbegleitung durch geschultes Personal, wenn auf Verlangen des

158 www.dignitas.ch → Wer ist Dignitas.

159 Statuten des Vereins Exit.

160 Statuten des Vereins Exit Romandie.

161 Statuten des Vereins Dignitas.

Destinatär-Mitglieds auf diese Weise einem unerträglich gewordenen Leiden und einer sinnlosen Lebensverlängerung ein Ende gesetzt werden soll.»

Der Zweckartikel der Statuten von Lifecircle lautet wie folgt¹⁶²: «lifecircle setzt sich für das Selbstbestimmungsrecht der Menschen in allen Lebenslagen ein, vor allem bei schwerer Erkrankung sowie am Lebensende. lifecircle legt Wert auf die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität. Der Verein fördert die Lebensqualität im psychischen, im physischen und im spirituellen Bereich. [...] Ein zentrales Anliegen des Vereines ist die Suizidprophylaxe. [...]. lifecircle unterstützt die Palliativmedizin, um dem Wunsch nach ‘natürlichem’ Sterben in Würde gerecht zu werden. Dies jedoch stets unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung am Lebensende. lifecircle bietet Mitgliedern und Nichtmitgliedern eine kostenlose Patientenverfügung an und berät auf Wunsch bei der Verfassung derselben. Auch setzt sich lifecircle ein für die Durchsetzung der Verfügung bei Ärzten, beim Pflegepersonal und bei den Angehörigen im Falle einer gänzlichen oder teilweisen Urteilsfähigkeit bzw. nach Ableben des Verfassers.»

3. Für Suizidhilfe zu bezahlende Kosten

Bei den Suizidhilfeorganisationen Exit Deutsche Schweiz und Exit Romandie wird von Mitgliedern für die Durchführung der Suizidhilfe grundsätzlich keine zusätzliche Zahlung verlangt. Bei Exit Deutsche Schweiz gilt diese Regel jedoch nur für Mitglieder, die seit drei oder mehr Jahren dabei sind. Für die Suizidhilfe bei Personen, die weniger als drei Jahre Mitglied waren, wird je nach Dauer der Mitgliedschaft eine «Kostenbeteiligung» zwischen 1100 und 3700 Franken erhoben¹⁶³. Bei Exit Romandie reicht bereits ein Jahr Mitgliedschaft aus und Suizidwillige, die im Zeitpunkt des Suizids seit weniger als einem Jahr Mitglied sind, müssen 350 Franken bezahlen¹⁶⁴.

Wenn ein Mitglied von Exit Deutsche Schweiz seinen Jahresbeitrag nicht bezahlt, wird es vom Verein ausgeschlossen und kann danach nur noch als Mitglied auf Lebenszeit wieder aufgenommen werden¹⁶⁵. Der Mitgliederbeitrag für diese beträgt CHF 1100¹⁶⁶.

162 Statuten des Vereins Lifecircle.

163 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 7.

164 www.exit-romandie.ch → L'assistance au suicide: «Il n'y a pas de délai minimum imposé entre votre adhésion en tant que membre de l'association Exit et une demande d'assistance à l'autodélivrance. Toutefois nous nous permettons de demander un forfait unique de 350.00 CHF à toute personne n'étant pas membre depuis au moins un an le jour de son autodélivrance. Pour les personnes membres depuis plus d'un an, cette assistance est totalement gratuite.»

165 Art. 4 der Statuten von Exit: «Bei Nichterfüllung der finanziellen Verpflichtungen erfolgt nach mehrmaliger erfolgloser Mahnung die Streichung aus dem Mitgliederverzeichnis. Bei einem späteren Wiedereintritt kann eine neue Mitgliedschaft nur auf Lebenszeit begründet werden.»

166 Art. 7.3.1 der Statuten des Vereins Exit.

Bei Lifecircle finden sich weder in der Informationsbroschüre noch auf der Webseite Informationen zur Frage, ob Mitglieder für die Suizidhilfe eine zusätzliche Zahlung leisten müssen. Der Verein Lifecircle führt die Suizidhilfe gemäss seiner Informationsbroschüre nicht selbst durch, sondern arbeitet dafür mit der Stiftung «Eternal Spirit» zusammen¹⁶⁷. Zwei der vier Vorstandsmitglieder des Vereins sind auch im dreiköpfigen Stiftungsrat von «Eternal Spirit» vertreten, Verein und Stiftung werden zudem von der gleichen Person präsiert¹⁶⁸.

Bei Dignitas kostet die Suizidhilfe 10'500 Franken (exkl. Mehrwertsteuer), davon entfallen 4000 Franken auf die Vorbereitung, 1000 Franken auf Gespräche mit einer ÄrztIn, 2500 Franken auf die Durchführung der Suizidhilfe, 2500 Franken auf «Bestattung und Verkehr mit Bestattungs- und Standesamts-Organen» und 500 Franken auf «Abwicklung der Behördengänge»¹⁶⁹. Wenn Dignitas «weder mit Behördengängen noch mit Bestattungsfragen zu tun hat», kostet die Suizidhilfe noch 7500 Franken¹⁷⁰. Gemäss Statuten können diese Beiträge für Mitglieder, die in sehr bescheidenen Verhältnissen leben, reduziert oder erlassen werden¹⁷¹. Die Informationsbroschüre hält fest, dass dies auch für die besonderen Mitgliederbeiträge (d.h. die Kosten für die Suizidhilfe) gilt¹⁷².

4. Entschädigung der Vorstands- und Geschäftsleitungsmitglieder

Die Mitglieder des Vorstandes von Exit üben ihre Tätigkeit gemäss Statuten ehrenamtlich aus und erhalten eine Spesenentschädigung¹⁷³. Dies gilt allerdings nur für die sogenannte «ordentliche Vorstandstätigkeit». Darüber hinausgehende Arbeit wird «vertraglich geregelt und angemessen entschädigt»¹⁷⁴. Der frühere Vizepräsident von Exit hat in den Jahren 2010 bis 2014 zwischen 144'000 und 148'000 Franken pro Jahr als «Entschädigungen (inkl. Spesen, ohne Sozialaufwand)» bezogen¹⁷⁵. Da er seit 2015 Geschäftsführer und per Ende 2014 aus dem Vorstand zurückgetreten ist¹⁷⁶, wird die Höhe seiner Entschädigung seither

167 Informationsbroschüre von Lifecircle, S. 2.

168 Informationsbroschüre von Lifecircle, S. 3; Eintrag der Stiftung Eternal Spirit im Handelsregister des Kantons Basel-Landschaft.

169 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 14.

170 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 14.

171 Art. 9 Abs. 6 der Statuten des Vereins Dignitas.

172 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 14.

173 Art. 8 der Statuten des Vereins Exit.

174 Art. 8 der Statuten des Vereins Exit.

175 EXIT-INFO 1.2011, S. 23 (144'450 Franken im Geschäftsjahr 2010); EXIT-INFO 1.2012, S. 26 (147'550 Franken im Geschäftsjahr 2011), EXIT-INFO 1.2013, S. 28 (145'750 Franken im Geschäftsjahr 2012), EXIT-INFO 1.2014, S. 28 (147'400 Franken im Geschäftsjahr 2013), EXIT-INFO 1.2015, S. 28 (148'600 Franken im Geschäftsjahr 2014).

176 EXIT-INFO 1.2015, S. 18.

nicht mehr veröffentlicht¹⁷⁷. Die Statuten verlangen nur die Veröffentlichung der an die Vorstandsmitglieder ausgerichteten Entschädigungen¹⁷⁸.

Der Verein Dignitas macht keine Angaben zur Entschädigung seines einzigen¹⁷⁹ Vorstandsmitglieds. Auch die Entschädigungen der Geschäftsführung bzw. des dreiköpfigen Leitungsteams¹⁸⁰ sind nicht publiziert. Ebenso veröffentlichen Exit Romandie und Lifecircle keine Angaben über die Entschädigungen von Vorstands- oder Geschäftsleitungsmitgliedern.

Gemäss einer Anklageschrift der Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich hat sich das Vorstandsmitglied des Vereins Dignitas in den Jahren 2004 bis 2012 zwischen 80'000 und 270'000 Franken pro Jahr durch den Verein vergütet lassen¹⁸¹. Das Bezirksgericht Uster hat das Vorstandsmitglied mit Urteil vom 30. Mai 2018 vom Vorwurf der mehrfachen Beihilfe zum Selbstmord und des mehrfachen Wuchers freigesprochen¹⁸². Die Staatsanwaltschaft wollte dieses Urteil mittels Berufung anfechten¹⁸³. Wegen eines Versehens der Staatsanwaltschaft wurde aber die Frist für die Einreichung der Berufungsbegründung verpasst¹⁸⁴. Die nach dem Ende der Frist eingereichte Begründung wurde vom Obergericht, wie in Art. 407 Abs. 1 lit. b StPO vorgesehen, als Rückzug der Berufung gewertet¹⁸⁵. Damit wurde das Urteil des Bezirksgerichts Uster rechtskräftig.

5. Entschädigung der SuizidhelferInnen

Zu den Personen, welche die Suizidhilfe durchführen, findet sich in der Informationsbroschüre von Exit die folgenden Ausführungen: «Im Verein EXIT engagieren sich über 40 Personen in der Freitodbegleitung (FTB). Die Leitung FTB und der Vorstand wählen diese Freitodbegleitpersonen in einem gründlichen Verfahren sorgfältig aus. Sie verfügen über Lebenserfahrung, Menschenkenntnis und die menschlich-soziale und fachliche Kompetenz für die verantwortungsvolle Aufgabe. Nach einer fundierten, einjährigen Ausbildung müssen sie ein Assessment an der Uni Basel absolvieren. Es findet eine Weiterbildung mit mehreren Seminaren pro Jahr statt. Die EXIT-Freitodbegleitpersonen sind nicht Festange-

177 EXIT-INFO 1.2016, S. 28; EXIT-INFO 1.2017, S. 30; EXIT-INFO 2.2018, S. 31.

178 Art. 8 der Statuten des Vereins Exit.

179 Eintrag des Vereins Dignitas im Handelsregister des Kantons Zürich.

180 www.dignitas.ch → Wer ist Dignitas → Struktur.

181 Anklageschrift der Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich vom 6. Dezember 2017, S. 8.

182 Urteil des Bezirksgerichts Uster GG170037 vom 30. Mai 2018, Dispositiv-Ziff. 2.

183 NZZ am Sonntag vom 4. November 2018, S. 12 (Minelli-Freispruch nur in Teilen angefochten).

184 BlueNews vom 20. August 2020 (Minelli bleibt freigesprochen – weil Staatsanwaltschaft Frist versäumt).

185 Beschluss des Obergerichts des Kantons Zürich SB180452 vom 3. August 2020, E. 3.2.

stellte des Vereins, sondern im Auftragsverhältnis tätig»¹⁸⁶. Der Verein beschäftigt zudem 31 Angestellte mit einem Vollzeitäquivalent von 23 Stellen¹⁸⁷.

In der vom Bundesgericht für nichtig erklärten¹⁸⁸ Vereinbarung zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und dem Verein Exit Deutsche Schweiz aus dem Jahr 2009 war vorgesehen, dass SuizidhelferInnen «je nach Ausmass ihrer Beiträge jeweils eine Spesenpauschale von maximal Fr. 500 pro Suizidbegleitung» erhalten¹⁸⁹. Inzwischen betrachtet die Zürcher Staatsanwaltschaft eine Entschädigung in der Höhe von CHF 550 als angemessen¹⁹⁰.

6. Abklärungen im Vorfeld einer Suizidhilfe

Die nachfolgenden Ausführungen basieren ausschliesslich auf den von Exit, Dignitas und Lifecircle gemachten Angaben.

Exit nennt die folgenden Voraussetzungen («gemäss Gesetz und Rechtsprechung») für die Suizidhilfe: Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit, Konstanz, Autonomie und Tatherrschaft. Exit führe zudem die Suizidhilfe nur bei Menschen «mit hoffnungsloser Prognose, oder mit unerträglichen Beschwerden, oder mit unzumutbarer Behinderung» durch¹⁹¹. Die minimale Dokumentation für eine Suizidhilfe sei «ein aktuelles Diagnoseschreiben vom behandelnden Arzt, die Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch einen Arzt, ein ärztliches Rezept für das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital»¹⁹². Bei «psychisch Leidenden, Dementen und Alzheimer-Patienten» brauche es «zwei unabhängige Fachgutachten und bei Bedarf die positive Beurteilung der Ethikkommission»¹⁹³. Es wird nicht erklärt, wann dieser Bedarf gegeben ist. Bei der Ethikkommission handelt es sich um eine Kommission von Exit. Aus Sicht des Vereins handelt es sich um einer «unabhängige Ethikkommission, der vier bis sechs Fachleute aus Disziplinen angehören, die für die Tätigkeit von EXIT von Bedeutung sind». In der Kommission nehmen allerdings auch ein Vorstandsmitglied des Vereins sowie der «Stv. Leiter Freitodbegleitung» Einsitz¹⁹⁴.

Die Informationsbroschüre von Dignitas nennt als Voraussetzungen für die Freitodbegleitung die Mitgliedschaft bei Dignitas, die Urteilsfähigkeit und eine «minimale körperliche Aktionsfähigkeit». Für die Erlangung des Medikaments werden zudem die folgenden zusätzlichen Voraussetzungen genannt: eine

186 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 22.

187 www.exit.ch → EXIT auf einen Blick.

188 BGE 136 II 415 E. 3.2.

189 Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe, Ziff. 3.2.2.

190 Urteil des Bezirksgerichts Uster GG170037 vom 30. Mai 2018, S. 99.

191 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 18.

192 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 18 f.

193 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 21.

194 www.exit.ch → Wer ist Exit? → Ethikkommission.

zum Tode führende Krankheit oder/und eine unzumutbare Behinderung oder/und nicht beherrschbare Schmerzen¹⁹⁵. Sodann werden die folgenden Unterlagen aufgezählt, aus denen ein «Gesuch um Vorbereitung einer Freitodbegleitung» grundsätzlich bestehe¹⁹⁶:

- «Ein persönlicher, datierter und unterschriebener Brief, möglichst nicht handschriftlich, in dem das Mitglied Dignitas ausdrücklich um Freitodbegleitung ersucht, und in dem es sowohl die Gründe für diese Absicht als auch die derzeitige gesundheitliche Situation schildert und wie es diese erlebt. Informationen, die darüber hinausgehen, können dem Lebensbericht beigelegt werden.
- Ein Lebensbericht der über Kindheit, Schulzeit, Familie und wichtige Ereignisse im Leben informiert und auch darüber Auskunft gibt, wer den Sterbewunsch unterstützt und wer in die Schweiz mitkommen würde. Dieser Lebensbericht soll den Ärzten bei der Beurteilung des Gesuches helfen.
- Mindestens ein aktueller und zwei bis drei ältere medizinische Berichte mit substantiellen Informationen über Anamnese, Diagnose, falls möglich Prognose und Behandlungen/Maßnahmen. Das Datum des jüngsten Berichtes darf nicht länger als 3–4 Monate zurückliegen, und die Berichte sollten gut leserlich eingereicht werden.

[...] Sobald Dignitas im Besitz des vollständigen Gesuches ist, kann dieses bearbeitet und zur Begutachtung an einen der Schweizer Ärzte, die mit Dignitas zusammenarbeiten, weitergereicht werden. Stimmt dieser Arzt einer Freitodbegleitung zu, teilt Dignitas dies dem Mitglied als ‘provisorisches grünes Licht’ mit. Wünscht das Mitglied hierauf eine Freitodbegleitung, nimmt es Kontakt mit Dignitas auf: die weiteren Schritte werden dann eingehend besprochen. Das ‘provisorische grüne Licht’ ist eine vorläufige Zusage eines Arztes, die sich auf das Gesuch und die medizinischen Akten stützt. Der definitive Entscheid bleibt jedoch stets bis zu einer persönlichen Konsultation des Arztes durch das Mitglied vorbehalten.»

Der Informationsbroschüre von Lifecircle ist zu entnehmen¹⁹⁷: «Das Mitglied von lifecircle stellt einen Antrag auf FTB an den Stiftungsrat der Stiftung Eternal SPIRIT. Dieser entscheidet, ob die Begründung des Antrages die Richtlinien der Stiftung erfüllt und leitet allenfalls die Unterlagen zur weiteren Beurteilung an einen Schweizer Arzt weiter. Dieser Schweizer Arzt beurteilt den Wunsch auf Grund der beigebrachten Arztberichte und erklärt sich allenfalls bereit, nach persönlichen Gesprächen mit dem Mitglied das Rezept für das Medikament auszustellen. Für Ausländer sind 2 ausführliche Gespräche mit einem Schweizer Arzt vorgeschrieben, während denen abgeklärt wird, ob der Todeswunsch den Schweizer Richtlinien entspricht. Ein Ausländer muss somit mit einem Aufenthalt in der Schweiz von mindestens 3–4 Tagen rechnen, bevor eine FTB realisiert werden kann. Schweizer werden optimalerweise durch ihren Hausarzt beurteilt, falls dies nicht möglich ist, durch einen Konsiliararzt der Stiftung Eternal SPI-

195 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 6.

196 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 6.

197 Informationsbroschüre von Lifecircle, S. 11.

RIT.» Die im ersten Satz erwähnen Richtlinien der Stiftung sind auf der Webseite nicht abrufbar.

7. Ablauf der Suizidhilfe

Die nachfolgenden Ausführungen basieren ausschliesslich auf den von Exit, Dignitas und Lifecircle gemachten Angaben.

In der Informationsbroschüre von Exit findet sich ein Abschnitt «Wie läuft eine Freitodbegleitung ab?» mit dem folgenden Wortlaut¹⁹⁸:

«Der erste Schritt ist die Kontaktaufnahme mit der Geschäftsstelle von EXIT. Die sterbewillige Person wird dann gebeten, die für eine EXIT-Freitodbegleitung notwendigen Unterlagen zuzustellen. Nach Eingang der Dokumente besucht eine Freitodbegleitperson das Mitglied und klärt im Gespräch die Situation. Diese Beratungsgespräche dienen auch dazu, Anliegen, Fragen und Ängste zu thematisieren – sowie abzuklären, welche Alternativen zum Freitod sich bieten. Es ist sehr erwünscht, dass Angehörige an diesen Gesprächen ebenfalls anwesend sind. Sind alle Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung erfüllt und äussert das Mitglied bekräftigend den Wunsch, alle Vorbereitungen einzuleiten, wird das Ausstellen des Rezeptes für das Sterbemittel veranlasst, sei es über den Hausarzt, behandelnden Arzt oder EXIT-Konsiliararzt. Nachdem das Rezept ausgestellt ist, kann die Begleitung am von der sterbewilligen Person gewünschten Tag stattfinden. Die Geschäftsstelle löst das Rezept auf den Namen des Patienten in der Apotheke ein (dafür benötigt EXIT eine vom Patienten unterzeichnete Vollmachtserklärung). Am vom Mitglied festgelegten Termin und in dem von diesem definierten Rahmen, bestenfalls in Anwesenheit von Angehörigen oder Freunden, überbringt die Freitodbegleitperson das Medikament. Sie nimmt sich Zeit und schafft eine würdige Stimmung. Bedingung für jede Freitodbegleitung ist, dass der sterbewillige Mensch den letzten Schritt – das Trinken des in Wasser aufgelösten Medikaments oder das Öffnen des Infusionshahns – selber vornimmt. Der Sterbewillige kann den Vorgang bis hierhin jederzeit abbrechen. Nach der Einnahme des Barbiturats kann er sich von seinen Liebsten noch einmal verabschieden. An ihrer Seite, zumeist auf dem Bett liegend, verfällt er nach wenigen Minuten in einen Tiefschlaf und verlässt diese Welt ruhig und ohne Schmerzen. Der Tod tritt in der Regel kurze Zeit später durch eine Kombination von Atem- und Herzstillstand ein. Jeder Freitod, auch ein von EXIT begleiteter, gilt rechtlich als sogenannter 'aussergewöhnlicher Todesfall'. Deshalb muss nach Feststellung des Todes die Polizei benachrichtigt werden. Diese erscheint in der Regel in Begleitung eines Amtsarztes und evtl. eines Staatsanwalts zur behördlichen Untersuchung. Dabei wird geprüft, ob alles im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gelaufen ist.»

In der Informationsbroschüre von Dignitas findet sich ein Abschnitt «Der Ablauf der Freitodbegleitung» mit dem folgenden Wortlaut¹⁹⁹:

«Bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz erfolgt die Freitodbegleitung in der Regel in der Wohnung des Mitgliedes. Mitglieder mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz reisen erst nach vorheriger Vereinbarung eines Termins mit Dignitas in die Schweiz, wo die Frei-

198 Informationsbroschüre von EXIT, Zürich 2019, S. 20 f.

199 Informationsbroschüre von Dignitas, Forch 2019, S. 7 f.

todbegleitung in zweckmässig eingerichteten Räumen durchgeführt werden kann. Dies, sofern der zu konsultierende Arzt als 'definitives grünes Licht' das notwendige Rezept ausstellt. Bei jeder Freitodbegleitung bestimmt das Mitglied, welches sterben möchte, den zeitlichen Ablauf selbst. Die von Dignitas gestellten Begleitpersonen sind für den richtigen technischen Ablauf verantwortlich. Nach Einnahme eines Medikamentes gegen Erbrechen kann das Mitglied ein Glas Wasser (etwa 1 Deziliter) trinken, in welchem in der Regel 15 Gramm Natrium-Pentobarbital aufgelöst worden sind. Das ist ein bewährtes Schlaf- und Narkosemittel. Da es alkalisch ist und nicht gut schmeckt, kann unmittelbar nachher etwas Süßes gegessen oder getrunken werden. Mitglieder, die über eine Magensonde ernährt werden müssen, führen sich das Medikament selbst durch die Magensonde zu. Wer weder trinken noch eine Magensonde bedienen kann, hat die Möglichkeit, sich das Mittel durch eine zuvor vorbereitete Infusion zuzuführen. Von Vorteil ist in solchen Fällen, wenn das Mitglied mit einem bereits gesteckten, also vorbereiteten und einwandfrei laufenden Venen-Zugang anreist. In jedem Fall muss das Mitglied aus rechtlichen Gründen den letzten Akt – also Trinken, durch die Magensonde einspritzen oder das Ventil der Infusion öffnen – selber vornehmen können. Ist dies nicht möglich, kann DIGNITAS leider nicht helfen. Anschliessend daran schläft das Mitglied innerhalb von zwei bis fünf Minuten ein, fällt in ein tiefes Koma, und nach einiger Zeit wird die Atmung flacher und setzt schliesslich aus. Dadurch tritt dann der Tod ein. Der Vorgang ist absolut schmerz- und risikolos. [...]

In der Informationsbroschüre von Lifecircle findet sich ein Abschnitt «Wie läuft eine Freitodbegleitung ab» mit dem folgenden Wortlaut²⁰⁰:

«[...]²⁰¹ Ist das Rezept vorhanden, kann ein Termin für eine FTB geplant werden. Die Begleitung findet bei Schweizern in deren Wohnung oder in den Räumlichkeiten von Eternal SPIRIT statt, bei Ausländern in der Regel in den Räumlichkeiten von Eternal SPIRIT. Das Mitglied unterschreibt am Todestag noch einmal die Bestätigung des Todeswunsches. Das Mitglied nimmt ein Medikament ein, das das Erbrechen verhindert, dann kann es entweder das tödliche Medikament trinken oder es sich per Infusion zuführen. Das Zuführen des Medikamentes wird gefilmt, dies als einzig sicheres Beweismaterial, dass das Mitglied die Zuführung selber und mit vollem Bewusstsein ausgeführt hat. Das Einschlafen tritt innert Minuten ein, der Tod innert einer halben Stunde. Für die anwesenden Angehörigen ist der ganze Prozess nicht extrem belastend und sie werden bei Bedarf von der begleitenden Fachperson betreut. Nach Feststellung des Todes meldet die begleitende Fachperson bei der Polizei einen aussergewöhnlichen Todesfall. Dies ist nach Schweizer Gesetzgebung vorgeschrieben. Ein Gerichtsmediziner sowie eventuell eine Person der Staatsanwaltschaft werden ebenfalls gerufen. Ihre Aufgabe ist es abzuklären, ob alle Voraussetzungen der Schweizer Gesetzgebung erfüllt sind. Angehörige können befragt werden, dies findet aber selten statt. Wenn die Behörden den Verstorbenen freigegeben haben, wird er von einem Bestattungsinstitut übernommen. Ausländern wird empfohlen, eine Kremation vornehmen zu lassen, die Urne kann einfacher heimgeschickt werden.»

200 Informationsbroschüre von Lifecircle, S. 11.

201 Die ersten sechs Sätze sind wiedergegeben bei § 2, II, 7.6 (Abklärungen im Vorfeld einer Suizidhilfe).

VIII. Palliative Care

WHO Europe hat im Jahr 2004 festgehalten, dass Palliative Care ein wichtiges Public-Health-Anliegen sei und dass in Europa die Bedürfnisse am Lebensende und die Lebensqualität von sterbenden Menschen sehr vernachlässigt worden seien²⁰². Die Parlamentarische Versammlung des Europarates hat im Januar 2009 einstimmig eine Resolution zur Palliative Care verabschiedet. Diese empfiehlt den Mitgliedstaaten unter anderem, das Recht von terminal erkrankten und sterbenden Personen auf Palliative Care anzuerkennen und zu schützen²⁰³.

Anfang 2008 hat das EDI dem BAG den Auftrag erteilt, «die Situation der Palliative Care in der Schweiz zu klären»²⁰⁴. In der Folge haben das BAG und die GDK die nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 erarbeitet. Diese hat Lücken in sämtlichen untersuchten Bereichen, d.h. beim Verständnis von Palliative Care²⁰⁵, bei der Versorgung²⁰⁶, bei der Finanzierung²⁰⁷, bei der Sensibilisierung²⁰⁸, bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung²⁰⁹ und bei der Forschung²¹⁰ identifiziert. Das Hauptziel der nationalen Strategie lautete wie folgt: «Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten damit ihrer Situation angepasste Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert»²¹¹.

Im Oktober 2012 wurde unter dem Namen «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015» die Fortsetzung der nationalen Strategie Palliative Care für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet. Die neue Strategie hielt fest, dass nur eines von sechs Oberzielen der nationalen Strategie 2010–2012 erreicht wurde²¹² und wiederholte das Hauptziel der Strategie 2010–2012²¹³.

Im Mai 2015 wurde beschlossen, dass die nationale Strategie durch eine nationale Plattform Palliative Care abgelöst wird²¹⁴. Es existiert keine veröffentlichte Bilanz zur Erreichung der in der Strategie gesetzten Ziele.

Gemäss Markus Zimmermann, dem Präsidenten der Leitungsgruppe des nationalen Forschungsprogramms «Lebensende», ist die Schweiz im Bereich Pal-

202 WHO Europe, *Better Palliative Care for Older People*, Kopenhagen 2004.

203 Parlamentarische Versammlung des Europarates, *Recommendation 1418 (1999)*, Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9.

204 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 6.

205 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 34.

206 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 34 ff.

207 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 37 ff.

208 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 42 f.

209 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 43 ff.

210 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 47 ff.

211 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*, S. 55.

212 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*, S. 21 ff.

213 BAG/GDK, *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*, S. 43.

214 Medienmitteilung des BAG vom 29. Mai 2015 (Neue Plattform für Palliative Care lanciert).

liative Care ein Entwicklungsland. «England, Australien, USA, Belgien und die Niederlande sind uns Jahrzehnte voraus»²¹⁵.

XI. Advance Care Planning

Das Bundesamt für Gesundheit hat im Februar 2018 zusammen mit palliative.ch ein Rahmenkonzept zur gesundheitlichen Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning» veröffentlicht²¹⁶. In diesem werden drei Ebenen der Vorausplanung unterschieden: Die allgemeine Vorausplanung («planning»), die krankheitsspezifische Vorausplanung für Betreuung und Behandlung («care planning») und die gesundheitliche Vorausplanung für den Zeitpunkt der eigenen Urteilsunfähigkeit («advance care planning»)²¹⁷. Unter dem Titel «einheitliche Dokumentation» hält das Rahmenkonzept fest²¹⁸: «Einen zentralen Stellenwert im Vorausplanungsprozess hat die Dokumentation. Empfohlen wird eine einheitliche Dokumentation für die Behandlungswünsche in akuten Notfallsituationen bspw. in ärztlichen Notfalleinrichtungen (ÄNO) und für Behandlungs- und Betreuungspläne in Situationen mit zu erwartenden Komplikationen. Wichtig sind darüber hinaus sichere und effektive Prozesse der Speicherung und Übermittlung sowie ein schneller Zugang zu den Ergebnisdokumenten bei Wechsel des Wohn- oder Behandlungsortes. Dabei spielen die sich im Aufbau befindenden e-Health-Netzwerke eine bedeutende Rolle.»

Im Anhang des Rahmenkonzepts finden sich Dokumentationsbeispiele des Universitätsspitals Zürich für eine ärztliche Notfalleinrichtung (ÄNO) und eine perioperative Notfalleinrichtung²¹⁹.

X. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Während einzelne Stimmen den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als angenehmen und gut durchführbaren Weg zur Beendigung des Lebens beschreiben²²⁰, warnen andere vor unangenehmen Begleiterscheinungen²²¹. Die Alzheimervereinigung des Kantons Zürich hatte den FVNF in einer Muster-Patientenverfügung auf ihrer Webseite aufgenommen und später wieder entfernt²²².

215 Interview mit Markus Zimmermann auf Soundcloud, Februar 2019 (Aussage bei 02:28).

216 BAG/palliative.ch, *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»*, Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018.

217 BAG/palliative.ch, *Rahmenkonzept*, S. 11 f.

218 BAG/palliative.ch, *Rahmenkonzept*, S. 5.

219 BAG/palliative.ch, *Rahmenkonzept*, S. 29 f.

220 Chabot/Walther, *Ausweg*, S. 14.

221 Gärtner/Müller, *Sterbefasten*, S. 676.

222 Artikel in der NZZ vom 3. März 2017, S. 17 (Titel in der gedruckten Ausgabe: Ein Notausgang aus der Demenz; Titel online: «Keine Nahrung mehr aufzunehmen, ist ein natürlicher Weg des Sterbens»).

Bis heute liegen noch keine systematisch erfassten Erfahrungen mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vor²²³. Es ist daher auch nicht bekannt, wie häufig sich Menschen in der Schweiz mit dem Ziel der Lebensbeendigung für einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden²²⁴ und ob sie diesen Weg dann auch bis zum Tod gehen (können). Dass der FVNF stets zu einem friedlichen Sterben führt, ist wissenschaftlich nicht untermauert und «beruht eher auf dem Vor- bzw. Nach-Urteil des Betreuers, der möglicherweise froh ist um diese Alternative»²²⁵.

§ 4 Rechtslage

Nachfolgend wird die aktuelle Rechtslage in der Schweiz hinsichtlich der fünf Entscheidungskonstellationen am Lebensende dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf dem Gesetzes-, Verordnungs- und Ständerecht. Das Verfassungs- und Völkerrecht wird anschliessend im Teil «Menschenrechte am Lebensende»²²⁶ ausführlich behandelt.

Vor der Darstellung der Rechtslage hinsichtlich der Entscheidungskonstellationen soll kurz auf die zentrale Bedeutung des Ständerechts eingegangen werden.

I. Vorbemerkungen

1. Zur Bedeutung des Ständerechts

Dem Ständerecht kommt für die Rechtslage hinsichtlich der Entscheidungskonstellationen am Lebensende aus mehreren Gründen eine zentrale Rolle zu:

Über 90 Prozent der in der Schweiz praktizierenden ÄrztInnen sind Mitglieder der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)²²⁷. Dementsprechend gross ist das Gewicht der Ständesordnung dieser Vereinigung. In der Ständesordnung der FMH wird u.a. auf die Richtlinien der SAMW verwiesen²²⁸. Ein Verstoß gegen diese Richtlinien kann dementsprechend ständesrechtliche Konsequenzen wie z.B. Verweis, Busse bis CHF 50'000, Suspendierung der Mitgliedschaft auf bestimmte Zeit oder Ausschluss aus der Gesellschaft / FMH haben²²⁹.

223 Ziegler, Sterben, S. 96; Zimmermann et al., *Lebensende*, S. 66.

224 Gemäss Wyss/Breitschmid, FVNE, S. 89, handelt es sich beim FVNF in der Schweiz bislang um ein Randphänomen.

225 Neuenschwander, Praxis, S. 48.

226 §§ 5–10.

227 Nach Auskunft der FMH vom 24. September 2018 waren im Jahr 2017 33'716 von 36'900 ÄrztInnen FMH-Mitglied, was einem Anteil von 91% entspricht.

228 Art. 18 *FMH-Ständesordnung* (Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften).

229 Art. 47 *FMH-Ständesordnung* (Sanktionen).

Hinzu kommt, dass das Standesrecht im Rahmen der Auslegung von Gesetzen und Verordnungen herangezogen wird. Das Bundesgericht hat sich mehrfach in Leiturteilen auf Richtlinien der SAMW gestützt²³⁰. Damit entfaltet das Standesrecht auch für ÄrztInnen, die nicht FMH-Mitglieder sind, eine erhebliche Wirkung.

Sodann wird verschiedentlich in eidgenössischen und kantonalen Gesetzen direkt auf das Standesrecht verwiesen. So hält zum Beispiel das Transplantationsgesetz fest, dass der Bundesrat Vorschriften über die Feststellung des Todes erlässt²³¹. In der zugehörigen Verordnung verweist der Bundesrat auf deren Anhang 1²³² und im Anhang 1 zur Verordnung findet sich schliesslich ein Verweis auf die Richtlinien der SAMW zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen²³³.

Das Abstützen von staatlichen Behörden auf Richtlinien, die von einer privaten Vereinigung erarbeitet worden sind, ist aus rechtsstaatlicher Sicht problematisch²³⁴. Die Richtlinien der SAMW werden von Kommissionen erarbeitet, denen keine demokratische Legitimation zukommt. Zwar wird vor der Verabschiedung durch den Senat der SAMW jeweils eine Vernehmlassung durchgeführt, an der sich alle Interessierten beteiligen können²³⁵. Nach der Vernehmlassung bleibt es jedoch im Ermessen der Kommission, was sie von der allfällig geäusserten Kritik in den Richtlinien aufnimmt. Diese Kritik richtet sich jedoch nicht an die FMH oder die SAMW, sondern an den staatlichen Gesetzgeber, der es regelmässig unterlässt, in ethisch heiklen Bereichen Regeln zu erlassen.

2. Richtlinien der SAMW

Es existieren 14 aktuell gültige SAMW-Richtlinien²³⁶, wobei die meisten davon einen Bezug zum Lebensende haben. Für FMH-Mitglieder weiterhin relevant, obwohl von der SAMW zurückgezogen, ist die Lebensende-Richtlinie aus dem Jahr 2004²³⁷. Lediglich die Richtlinien zur Abgrenzung von Standardtherapie und experimenteller Therapie im Einzelfall sowie die Richtlinien betreffend die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Industrie sowie die Richtlinien zur

230 BGE 121 V 289 E. 7 c); BGE 133 I 58 E. 6.3.4; BGE 142 I 195 E. 3. 1.

231 Art. 9 Abs. 2 Transplantationsgesetz.

232 Art. 7 Transplantationsverordnung.

233 Anhang 1 zur Transplantationsverordnung.

234 Cassani/Cherbuliez, Assistance, S. 229; Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 16.

235 Kind, Sterben, S. 790.

236 Nicht dazu zählen die Empfehlungen zur Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen sowie die Empfehlungen zur ethischen Unterstützung in der Medizin, auch wenn diese auf der [SAMW-Webseite mit den Richtlinien](#) aufgeführt werden.

237 Die Ärztekammer der FMH hat sich gegen die Aufnahme der SAMW-RL Sterben und Tod in die Standesordnung entschieden (Henzen, [Beschlussprotokoll](#), S. 1819). Im Anhang 1 zur Standesordnung verweist die FMH dementsprechend auf die SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende aus dem Jahr 2004 (FMH, [Anhang 1 zur Standesordnung](#), S. 2).

Lebenspende von soliden Organen sind im vorliegenden Kontext irrelevant. Die folgenden 11 aktuell gültigen Richtlinien haben demgegenüber einen Bezug zum Lebensende:

1. Richtlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis (2019)
2. Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod (2018)
3. Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (2017)
4. Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme (2017)
5. Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin (2015)
6. Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen (2002/2015/2018²³⁸)
7. Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen (2013)
8. Richtlinien zu Patientenverfügungen (2009)
9. Richtlinien zu Reanimationsentscheidungen (2008; in Überarbeitung²³⁹)
10. Richtlinien zur medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung (2008)
11. Richtlinien zu Palliative Care (2006)

Die vor 2013 erarbeiteten Richtlinien wurden aufgrund des am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Erwachsenenschutzrechts (Art. 360 ff. ZGB) aktualisiert.

Die zentralen Richtlinien für Entscheidungen am Lebensende sind die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Die aus rechtlicher Sicht wichtigsten Punkte dieser Richtlinien werden nachfolgend zusammengefasst. Auf die übrigen Richtlinien wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

3. SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod

Die SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod wenden sich an ÄrztInnen, Pflegende und weitere Fachpersonen, die PatientInnen behandeln, betreuen und begleiten, die mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Dazu gehören nicht nur Menschen, deren Tod innert Tagen oder Wochen zu erwarten ist, sondern auch Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden sowie Menschen, die den Wunsch nach medizinischer Hilfe zur Beendigung ihres Lebens äussern²⁴⁰. Der Geltungsbereich ist damit gegenüber den früher (und für FMH-Mitglieder

238 Anhang Lit. G (Pflichten bei der Ausschaffung) ergänzt 2015, Anhang Lit. H (Medizinische Betreuung von Personen mit mutmasslichem Bodypacking) ergänzt 2018.

239 www.samw.ch → Ethik → Autonomie → **Reanimationsentscheidungen**: Die zentrale Ethikkommission der SAMW hat eine Subkommission eingesetzt, die seit Dezember 2018 an der Revision der Richtlinien arbeitet.

240 **SAMW-RL Sterben und Tod**, Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

noch immer²⁴¹) geltenden Richtlinien deutlich erweitert worden. Die Lebensende-Richtlinien haben nur Geltung für die Betreuung von PatientInnen am Lebensende beansprucht und diese wie folgt definiert: «Damit sind Kranke gemeint, 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»²⁴².

Die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod enthalten unter dem Titel «Grundsätze» zunächst Ausführungen zum Recht auf Selbstbestimmung, zur Selbstbestimmung im sozialen Kontext, zur Lebensqualität, zu Leiden und Leidenslinderung, zur Klärung des Behandlungsziels sowie zur Betreuung und Unterstützung der Angehörigen²⁴³. Es folgt je ein Kapitel zu «Sprechen über Sterben und Tod» und zum «Umgang mit Sterbewünschen»²⁴⁴. Letzteres hält fest, dass es Situationen gibt, in denen PatientInnen auch nach erfolgter Aufklärung über Alternativen ausdrücklich nach Suizidhilfe verlangen. «Der angesprochene Arzt muss dann für sich entscheiden, ob er auf diesen Wunsch eingeht oder nicht; er hat den Patienten über seinen Entscheid und mögliche Alternativen zu informieren»²⁴⁵. Weiter beinhalten die Richtlinien das Kapitel «Entscheidungsprozesse» mit Ausführungen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), zur Vorausplanung von Behandlung und Betreuung (Advance Care Planning), zum Einbezug der Angehörigen und zu Konfliktsituationen²⁴⁶. Schliesslich folgt das umfassendste und für die vorliegende Arbeit zentrale Kapitel mit dem Titel «Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen»²⁴⁷. Dieses ist aufgeteilt in allgemein akzeptierte Handlungen²⁴⁸, kontrovers diskutierte Handlungen²⁴⁹ und nicht zulässige Handlungen²⁵⁰.

Zu den allgemein akzeptierten Handlungen gehören die Unterlassung und der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen²⁵¹, die Linderung von Schmerzen und

241 FMH, Anhang 1 zur Standesordnung, S. 2.

242 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

243 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.2. (Grundsätze).

244 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.3. (Sprechen über Sterben und Tod) und Ziff. II.4. (Umgang mit Sterbewünschen).

245 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.4. (Umgang mit Sterbewünschen).

246 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.5. (Entscheidungsprozesse).

247 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6. (Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen).

248 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.1. (Allgemein akzeptierte Handlungen).

249 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2. (Kontrovers diskutierte Handlungen).

250 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen).

251 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.1.1. (Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen); siehe § 2, III, 4 (Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht).

anderen Symptomen²⁵² sowie die Sedierung²⁵³. Zu den kontrovers diskutierten Handlungen gehören die Suizidhilfe²⁵⁴ sowie die Begleitung und das Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)²⁵⁵. Zu den nicht zulässigen Handlungen zählen die Tötung auf Verlangen²⁵⁶ und die Tötung ohne entsprechendes Verlangen²⁵⁷. Im Folgenden wird die Rechtslage bezüglich all dieser Themen dargestellt, wobei die Inhalte der Richtlinien nur dann berücksichtigt werden, wenn sie über die staatliche Regulierung hinausgehen.

II. Tötung ohne Verlangen

Die Tötung eines Menschen ist mit (dazu sogleich) und umso mehr auch ohne dessen Verlangen strafbar. In der Regel dürfte es sich bei einer Tötung ohne Verlangen um eine vorsätzliche oder fahrlässige Tötung (Art. 111 bzw. Art. 117 StGB) handeln. Wenn die TäterIn besonders skrupellos handelt, ist der Mordtatbestand (Art. 112 StGB) erfüllt; demgegenüber handelt es sich um Totschlag, wenn die TäterIn «in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung» handelt (Art. 113 StGB).

Die Unterstützung der Selbsttötung eines diesbezüglich urteilsunfähigen Menschen ist, abhängig vom Wissen um die Urteilsunfähigkeit, eine vorsätzliche oder fahrlässige Tötung in mittelbarer Täterschaft²⁵⁸.

Zwischen 1995 und 2001 führte ein Pfleger in verschiedenen Heimen im Raum Luzern den Tod von 22 überwiegend hochbetagten BewohnerInnen herbei. Er drückte seinen Opfern jeweils einen Plastiksack und/oder ein Frotteetuch auf das Gesicht oder verabreichte ihnen ein Sedierungsmittel, manchmal kombinierte er die beiden Methoden. Mit Urteil des Obergerichts des Kantons Luzern vom 3. Februar 2006 (unpubliziert) wurde der Pfleger u.a. wegen mehrfachen Mordes und mehrfacher vorsätzlicher Tötung schuldig gesprochen und mit lebenslanglichem Zuchthaus bestraft²⁵⁹.

252 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.2. (Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen); siehe § 2, III, 5 (Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung).

253 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.1.3. (Sedierung); die Sedierung bildet nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit, da es sich nicht um eine Entscheidung am Lebensende handelt (Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 897).

254 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe); siehe § 2, III, 6 (Suizidhilfe).

255 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.2.2. (Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [FVNF]); siehe § 2, III, 9 (Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [FVNF]).

256 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.3.1. (Tötung auf Verlangen).

257 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.3.2. (Tötung ohne entsprechendes Verlangen).

258 Urteil des Bundesgerichts 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009 E. 1.2.

259 Das Urteil ist nicht publiziert, die Information lässt sich aber dem Sachverhalt des publizierten Urteils des Obergerichts des Kantons Luzern 21 07 156.2 vom 18. März 2008 entnehmen.

III. Tötung auf Verlangen

Die Tötung auf Verlangen ist in der Schweiz strafbar. Art. 114 StGB lautet: «Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.»

Nachfolgend wird zunächst ein Urteil aus dem Kanton Neuenburg zusammengefasst, in dem die ehemalige Kantonsärztin trotz erfülltem Tatbestand freigesprochen wurde. Anschliessend wird auf zwei Urteile aus dem Kanton Zürich eingegangen, in denen die Beschuldigten wegen einer Tötung auf Verlangen verurteilt worden sind.

1. Urteil des Tribunal de police du district de Boudry

Das Tribunal de police du district de Boudry hat im Jahr 2010 die ehemalige Neuenburger Kantonsärztin, die den Tatbestand von Art. 114 StGB erfüllt hatte, freigesprochen²⁶⁰. Dem Urteil lag der folgende Sachverhalt zugrunde:

Im Jahr 2008 wurde bei einer 41-jährigen Frau die Krankheit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert. Gemäss Urteilstext²⁶¹ handelt es sich um eine seltene Krankheit, die immer zum Tod führt, wobei die Betroffenen ab dem Zeitpunkt der Diagnose im Durchschnitt noch zwei bis vier Jahre zu leben hätten. Die zunehmende Lähmung der PatientInnen führe zu schmerzhaften Krämpfen und zum Verlust der Schluck- und Redefähigkeit. Die PatientIn fühle sich zunehmend im eigenen Körper eingesperrt und der Tod trete letztlich als Folge von Atembeschwerden ein. Die Möglichkeiten zur palliativen Behandlung seien sehr limitiert²⁶².

Nach einem Besuch der Suizidhelferin im Juli 2009 wurde im August vereinbart, dass der assistierte Suizid im September durchgeführt werden sollte. Der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechterte sich während dieser Zeit kontinuierlich. Weil sie am Tag des geplanten Suizids nicht mehr selbständig trinken konnte, wurde eine Infusion gelegt, über die das todbringende Mittel nach einer Auslösebewegung mit dem Fuss hätte fließen sollen. Es stellte sich jedoch heraus, dass der Betroffenen die Kraft zur selbständigen Auslösung der Infusion fehlte und dass die Installation hätte umgebaut werden müssen, wobei

260 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010.

261 Vgl. die stark abweichende medizinische Einschätzung der Behandelbarkeit von ALS-Symptomen bei Borasio, *Sterben*, S. 153 (mit Verweisen auf Neudert et al., Terminal phase, und O'Brien et al., Hospice perspective): «Über 90 Prozent der ALS-Patienten sterben friedlich, [...]. Die Wahrscheinlichkeit eines ALS-Patienten, friedlich zu sterben, ist sogar grösser als die der Allgemeinbevölkerung, und Erstickten kommt so gut wie nie vor.»

262 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 1 a) und 1 b).

das dazu erforderliche Gebastel («bricolage») in diesem Zeitpunkt nach Ansicht mehrerer Anwesender unpassend und menschenunwürdig gewesen wäre²⁶³.

Die Sterbehelferin fragte in dieser Situation die Betroffene nochmals, ob sie ihr Leben wirklich beenden wolle, was diese bestätigte. Daraufhin wurde vereinbart, dass die Sterbehelferin selber die Infusion auslöste, wenn die Betroffene mit ihrem Fuss ein entsprechendes Signal gebe. Dieses Zeichen wurde damit zum symbolischen Ersatz für die Bewegung, welche zur selbständigen Auslösung der Infusion nötig gewesen wäre. Die Betroffene gab das vereinbarte Signal, worauf die Sterbehelferin die Infusion auslöste und damit den Tod herbeiführte. Alle sechs anwesenden Personen bestätigten, die vereinbarte Signalebewegung selber gesehen zu haben²⁶⁴.

Das Gericht erachtete den Tatbestand von Art. 114 StGB (Tötung auf Verlangen) als erfüllt und hielt fest, dass dies nicht zwangsläufig bedeute, dass die von der Sterbehelferin begangene Tat unzulässig sei²⁶⁵. Es verwies auf verschiedene Lehrmeinungen²⁶⁶, nach denen es in sehr spezifischen Situationen gerechtfertigt sei, dass eine Tötung auf Verlangen keine strafrechtlichen Konsequenzen nach sich ziehe. Zwar schliesse Art. 114 StGB eine Rechtfertigung der Tötung auf Verlangen durch Einwilligung, nicht aber durch andere Rechtfertigungsgründe aus. Der häufig als absolut bezeichnete Schutz des Lebens erfahre in speziellen Situationen gewisse Ausnahmen, insbesondere wenn mehrere gegenläufige Grundrechte zu schützen seien²⁶⁷. Die Mehrheit der Lehre anerkenne Fallkonstellationen, in denen die Verursachung des Todes durch das Verhalten eines Dritten gerechtfertigt sei, wenn damit die Linderung von Leiden, die Erhaltung der Würde oder die Respektierung des autonomen Willens bezweckt werde²⁶⁸.

Das Gericht gab sich überzeugt davon, dass die Betroffene an einer unheilbaren Krankheit gelitten habe, die grösstes Leiden und den Verlust der Würde mit sich brachte²⁶⁹. Auch die Betroffene habe dies so eingeschätzt und das physische

263 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 1 d)-h).

264 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 1 h)-i).

265 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 3 a).

266 Geth, Sterbehilfe, S. 6 f.; Hurtado Pozo, Droit pénal, S. 20; Schubarth, Tötung, S. 14 ff.; BSK StGB-Schwarzenegger, Vor Art. 111, N 26, Art. 114 N 11. Nachweise für die Gegenmeinung sollen gemäss Urteil bei Geth, Sterbehilfe, Fn. 15, zu finden sein; der dort zitierten Literatur (Baumgarten, Right to Die, S. 171; Donatsch, Ernähren, S. 1048; Donatsch, Sterbehilfe; Stratenwerth, Strafrecht AT 2005; Trechsel/Noll, Strafrecht 1998, S. 139; Weissenberger, Einwilligung, S. 121 f.) kann jedoch nicht entnommen werden, dass eine Tötung auf Verlangen unter keinen Umständen rechtmässig sein kann – im Gegenteil: gemäss Donatsch lässt sich aus dem Recht auf Leben *kein* Verbot von Eingriffen im Einverständnis mit dem Betroffenen ableiten (Donatsch, Sterbehilfe, S. 141).

267 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 3 b).

268 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 3 b): «[...] la doctrine majoritaire admet qu'il existe des situations où il se justifie qu'un tiers adopte un comportement qui cause la mort d'un être humain dans le but de sauvegarder les intérêts de celui-ci, tels que soulager ses souffrances, préserver sa dignité ou respecter l'autonomie de sa volonté (Cassani, op. cit., p. 400 s.)».

269 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 3 d).

und psychische Leiden hätte mit einer palliativen Behandlung nicht gelindert werden können. Die Betroffene habe im vollen Besitz ihrer geistigen Kräfte unmissverständlich ihren Sterbewunsch ausgedrückt und es sei für sie unmöglich gewesen, diesen Willen selber umzusetzen. Damit seien die in der Lehre geforderten Bedingungen für eine Rechtfertigung der Handlung der Beschuldigten erfüllt. Diese sei bis zum vereinbarten Zeitpunkt davon ausgegangen, dass die Betroffene den letzten Schritt selber machen könne und habe erst im letzten Moment realisiert, dass dies nicht mehr möglich war. Unabhängig davon, ob die Beschuldigte für diese Situation verantwortlich gewesen sei, wäre es zu diesem Zeitpunkt grausam gewesen, der Betroffenen den letzten Schritt zu verweigern. Man könne der Beschuldigten einzig vorwerfen, die Möglichkeiten der installierten Vorrichtung oder die verbleibenden Kräfte der Betroffenen falsch eingeschätzt zu haben.

Unter diesen ganz speziellen Umständen erachtete es das Gericht als legitim, das Interesse der Betroffenen am Schutz ihres autonomen Willens und der Bewahrung ihrer Würde höher zu gewichten als das öffentliche Interesse am Lebensschutz und ihrem Leiden ein Ende zu setzen. Die Handlung der Angeklagten sei daher gerechtfertigt im Sinne von Art. 14 ff. StGB, wobei sich das Gericht sowohl hinsichtlich des konkreten Rechtfertigungsgrundes (Notstand, Wahrnehmung berechtigter Interessen oder Pflichtenkollision) als auch zur Frage, ob das geschützte Gut wertvoller sei als das verletzte, nicht festlegen wollte:

«Il apparaît en effet que X. peut avoir agi pour préserver les droit fondamentaux de Y. d'un danger imminent et impossible à détourner autrement (état de nécessité) ou, subsidiairement, pour sauvegarder ces mêmes droits fondamentaux (sauvegarde d'intérêts légitimes) ou encore pour accomplir son devoir de médecin de préserver la dignité et l'autodétermination de sa patiente et de lui éviter de souffrir (conflit de devoirs). L'application de l'état de nécessité ou des circonstances qui y sont assimilées conduit à considérer l'acte comme licite si le bien protégé est plus précieux que le bien lésé et à le considérer comme excusable si ces deux biens sont de valeur équivalente (CR CP I-Monnier, art. 14 N 63, art. 17 N 14). Dans la mesure où, dans les deux cas, cela conduit à libérer X. des fins de la poursuite pénale et que la résolution de cette question n'a en l'espèce pas d'autre incidence, elle sera laissée ouverte (cf. art. 17 et 18 al. 2 CP ; CR CP I-Monnier, intro. aux art. 14 à 18, N 6). X. sera dès lors acquittée.»²⁷⁰

2. *Stellungnahme der Generalstaatsanwaltschaft des Kantons Neuenburg*

Die Generalstaatsanwaltschaft (Ministère public, parquet général) des Kantons Neuenburg hat in einem Communiqué vom 4. Januar 2011 begründet, weshalb sie von einem Weiterzug abgesehen habe: Aus dem Urteil vom 6. Dezember 2010 gehe hervor,

270 Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010, E. 3 d).

- dass gemäss internen Richtlinien der betroffenen Suizidhilfeorganisation die MitarbeiterInnen nicht den letzten Schritt machen dürften,
- dass der Tatbestand von Art. 114 StGB in diesem Fall erfüllt gewesen sei,
- dass der Freispruch aufgrund ganz spezifischer Umstände gefällt worden sei,
- dass sich diese Umstände wegen entsprechender Vorkehrungen der Suizidhilfeorganisation kaum wiederholen dürften und
- dass andere Gerichte auch bei vergleichbaren Konstellationen anders entscheiden könnten²⁷¹.

Aus diesen Gründen hat der Generalstaatsanwalt auf einen Weiterzug des Urteils verzichtet.

3. Urteile aus dem Kanton Zürich

Das Bezirksgericht Dielsdorf hat im Jahr 2003 einen Mitarbeiter einer Suizidhilfeorganisation der Tötung auf Verlangen schuldig gesprochen²⁷². Dieser hatte eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital in eine Infusion eingebracht, welche ohne weiteres Zutun des kurz darauf Verstorbenen in dessen Blutkreislauf gelangte²⁷³. Im Verfahren vor dem Bezirksgericht war nur strittig, ob sich der Angeklagte auf einen Sachverhaltsirrtum berufen konnte, das Gericht verneinte dies²⁷⁴.

Das Bezirksgericht Zürich hat im Jahr 2005 einen Mitarbeiter einer Suizidhilfeorganisation als Mittäter einer Tötung auf Verlangen verurteilt²⁷⁵. Dieser hatte die Ehefrau eines an Speiseröhrenkrebs erkrankten und an Erstickenanfällen leidenden Mannes bei der Vorbereitung der Tötung unterstützt. Der zentrale Unterschied zum Urteil des Tribunal de police du district de Boudry dürfte darin liegen, dass nicht erst im letzten Moment klar wurde, dass die Durchführung des letzten Schrittes durch die sterbwillige Person selbst nicht mehr möglich war²⁷⁶.

IV. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung sind medizinische Eingriffe Integritäts-²⁷⁷, Persönlichkeits-²⁷⁸ und Körperverletzungen²⁷⁹, die bei Vorliegen einer aufgeklärten Einwilligung gerechtfertigt sind. Dazu gehört auch die künstliche

271 [Communiqué der Generalstaatsanwaltschaft des Kantons Neuenburg vom 4. Januar 2011.](#)

272 Urteil des Bezirksgerichts Dielsdorf [GG030076](#) vom 15. Dezember 2003.

273 Urteil des Bezirksgerichts Dielsdorf [GG030076](#) vom 15. Dezember 2003, E. II. 1.1. (S. 4).

274 Urteil des Bezirksgerichts Dielsdorf [GG030076](#) vom 15. Dezember 2003, E. IV. 2.2.2. (S. 26).

275 Urteil des Bezirksgerichts Zürich [GG040638](#) vom 19. Januar 2005.

276 Urteil des Bezirksgerichts Zürich [GG040638](#) vom 19. Januar 2005, I. C. 3 (S. 16).

277 Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 26.

278 Aebi-Müller, *Selbstbestimmung*, S. 151.

279 [BGE 124 IV 258](#) E. 2; Gächter/Rütsche, *Gesundheitsrecht*, S. 89.

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr²⁸⁰. Wenn eine hinreichend aufgeklärte PatientIn eine vorgeschlagene Behandlung ablehnt oder die Einwilligung zu einer bereits laufenden Behandlung widerruft, ist diesem Entscheid somit Folge zu leisten. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht sind dementsprechend nicht nur zulässig, sondern bei entsprechender Willensäußerung der betroffenen Person zwingend zu beachten²⁸¹.

1. Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen

Die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs oder -verzichts bei diesbezüglich Urteilsunfähigen ist im Erwachsenenschutzrecht geregelt. Nach Art. 370 Abs. 1 ZGB kann eine urteilsfähige Person in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Der in der Patientenverfügung festgehaltenen Zustimmung oder Nichtzustimmung muss entsprochen werden, sofern keine begründeten Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der PatientIn entspricht (Art. 372 Abs. 2 ZGB).

Liegt keine Patientenverfügung vor oder sind einer vorhandenen Patientenverfügung keine Anweisungen für eine bestimmte medizinische Massnahme zu entnehmen, entscheidet die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person über die Aufnahme oder Weiterführung (Art. 378 Abs. 3 ZGB). In Art. 378 Abs. 1 ZGB ist die Reihenfolge der vertretungsberechtigten Personen festgehalten.

1.1. Voraussetzungen für die Ablehnung

Die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen setzt voraus, dass die betroffene Person im Zeitpunkt der Ablehnung erstens urteilsfähig ist und zweitens weiss, welche Konsequenzen die Ablehnung mit sich bringt²⁸². Die staatliche Schutzpflicht zugunsten des Lebens wandelt sich beim Verzicht auf das Leben zu einer Gewährleistung der Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Einwilligung²⁸³. Ist die betroffene Person im Zeitpunkt, in dem der Entscheid über die Einleitung oder Weiterführung lebenserhaltender Massnahmen zu fällen ist, urteilsfähig, kann sie nach entsprechender Aufklärung entscheiden und diesen Entscheid kommunizieren. Ist die Person im fraglichen Zeitpunkt jedoch nicht (mehr) urteilsfähig, kann sie sich nicht rechtsverbindlich äussern. Eine Ablehnung lebens-

280 Aebi-Müller, FVNE, S. 44.

281 Arzt, Tod, S. 310; Lüthi, Lebensverkürzung, S. 156.

282 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 52; Geiser, Selbstbestimmungsrecht, S. 7; Cherubini, EMS, S. 224.

283 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 23.

erhaltender Massnahmen ist aber auch in solchen Fällen möglich: Ein entsprechender Wille kann vorgängig in einer Patientenverfügung festgehalten oder im Gespräch mit Angehörigen und/oder mit dem medizinischen Personal kundgegeben worden sein. Diese beiden Möglichkeiten sind seit dem Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts gesetzlich geregelt: Die Patientenverfügung ist Gegenstand der Art. 370 ff. ZGB, die Berücksichtigung des mutmasslichen Willens ist u.a. in Art. 378 Abs. 3 ZGB (Entscheid der vertretungsberechtigten Person) und in Art. 379 ZGB (Entscheid der ÄrztIn in dringlichen Fällen) vorgesehen.

Umstritten ist, ob an die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf die Ablehnung einer medizinischen Massnahme tiefere Anforderungen zu stellen sind, als wenn es um die Zustimmung geht²⁸⁴.

Gemäss Art. 372 Abs. 2 ZGB müssen ÄrztInnen den in einer Patientenverfügung gemachten Vorgaben grundsätzlich entsprechen. Eine Abweichung ist nach dieser Bestimmung nur dann möglich, «wenn begründete Zweifel bestehen, dass [die Patientenverfügung] auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.» Ist die betroffene Person im entscheidenden Zeitpunkt urteilsunfähig und hat im Vorfeld keine Patientenverfügung verfasst, so hat eine vertretungsberechtigte Person «nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person» zu entscheiden (Art. 378 Abs. 3 ZGB). Die Reihenfolge der vertretungsberechtigten Personen ist in Art. 378 Abs. 1 ZGB festgehalten.

Mit der Regelung von Patientenverfügung und Vertreterentscheidung im Erwachsenenschutzrecht entspricht die Schweiz den Vorgaben der Biomedizinkonvention des Europarats²⁸⁵. Art. 6 Abs. 3 der Biomedizinkonvention gibt vor, dass eine medizinische Intervention bei einer einwilligungsunfähigen Person nur mit Einwilligung einer vertretungsberechtigten Person erfolgen darf²⁸⁶. Art. 9 der Biomedizinkonvention hält fest, dass bei äusserungsunfähigen PatientInnen die Wünsche zu berücksichtigen sind, die sie früher im Hinblick auf eine solche Intervention geäussert haben.

Sowohl die Patientenverfügung als auch der Entscheid der vertretungsberechtigten Person bergen im Zusammenhang mit der Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen besondere Probleme. Bei der Patientenverfügung ist häufig nicht klar, wie konkret sich die betroffene Person mit möglichen Situationen und

284 So Geiser, Selbstbestimmungsrecht, S. 11.

285 Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin), abgeschlossen in Oviedo am 4. April 1997, in Kraft getreten für die Schweiz am 1. November 2008.

286 Art. 6 Abs. 3 Biomedizinkonvention: «Ist eine volljährige Person auf Grund einer geistigen Behinderung, einer Krankheit oder aus ähnlichen Gründen von Rechts wegen nicht fähig, in eine Intervention einzuwilligen, so darf diese nur mit Einwilligung ihres gesetzlichen Vertreters oder einer von der Rechtsordnung dafür vorgesehenen Behörde, Person oder Stelle erfolgen. Die betroffene Person ist so weit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einzubeziehen.»

den entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten auseinandergesetzt hat. Beim Entscheid der vertretungsberechtigten Person besteht demgegenüber immer die Gefahr, dass diese Person nicht einzig aufgrund des mutmasslichen Willens der urteilsunfähigen Person, sondern aufgrund ihrer eigenen Interessen und Gefühle entscheidet.

1.2. Ablehnung mittels Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung kann auf der einen Seite das Ergebnis einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Lebensende sein und wird im Idealfall nach entsprechenden Gesprächen mit einer Medizinalperson verfasst²⁸⁷. Auf der anderen Seite kann auch ein Standardformular aus dem Internet ausgedruckt und mehr oder weniger ungelesen unterschrieben werden²⁸⁸. Es versteht sich von selbst, dass eine so zustandegekommene Patientenverfügung einen anderen Stellenwert haben muss als eine, die nach einer intensiven Auseinandersetzung und/oder entsprechenden Gesprächen verfasst worden ist²⁸⁹.

1.2.1. Patientenverfügung und Aufklärung

Das Recht auf Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen setzt voraus, dass die betroffene Person urteilsfähig und über die Konsequenzen der Ablehnung informiert ist²⁹⁰. Aus grundrechtlicher Sicht muss dies auch für die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen via Patientenverfügung gelten, da aus dem Recht auf Leben eine Verpflichtung des Staates zum Schutz des Lebens mit allen zumutbaren Mitteln folgt²⁹¹. Der Gesetzgeber hat den grundrechtlichen Anforderungen an die Patientenverfügung Rechnung getragen, indem er sich für eine differenzierte Verbindlichkeit der Patientenverfügung entschieden hat: Der Patientenverfügung ist gemäss Art. 372 Abs. 2 ZGB nicht zu entsprechen, «wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.» Neben der Selbstverständlichkeit, dass eine gesetzeswidrige Patientenverfügung nicht zu befolgen ist, wird zwischen den beiden Konstellationen des nichtfreien Willens und des nach dem Verfassen geänderten Willens unterschieden.

287 SAMW-RL Patientenverfügung, Ziff. II.5. (Information und Beratung beim Erstellen einer Patientenverfügung); Otte et al., *Utility*, S. 203.

288 Z.B. Patientenverfügung der FMH (Kurzversion), Patientenverfügung des Schweizerischen Roten Kreuzes, Basler Patientenverfügung.

289 Breitschmid, Patient, S. 21; Hausheer/Geiser/Aebi-Müller, Familienrecht, Rz. 20.49.

290 Riklin, Regelung, S. 332.

291 Kiener/Kälin/Wytenbach, Grundrechte, S. 138.

Aus dem Wortlaut von Art. 372 Abs. 2 ZGB geht nicht eindeutig hervor, ob eine auf ungenügender oder ganz fehlender Aufklärung basierende Patientenverfügung massgeblich sein soll oder nicht. Ein Blick in die Botschaft zu Art. 372 ZGB²⁹² zeigt jedoch, dass allein aufgrund der Existenz einer Patientenverfügung davon ausgegangen werden soll, dass die Person «über die für die Willensbildung erheblichen Informationen verfügt und auf zusätzliche Aufklärung verzichtet»²⁹³. Gestützt darauf wird sogar vertreten, dass bei der Zustimmung mittels Patientenverfügung keine Aufklärungspflicht besteht²⁹⁴. Diese Auffassung wird in der Lehre jedoch mit guten Gründen kritisiert²⁹⁵. Im Kern geht es um die Frage, ob auf Aufklärung vollständig verzichtet werden kann oder nicht. Die herrschende Lehre vertritt die Auffassung, dass für die Einwilligung in eine medizinische Massnahme auf ein Minimum an Aufklärung nicht verzichtet werden kann²⁹⁶.

Das in der Botschaft vorgebrachte Argument, wonach auch die urteilsfähige PatientIn auf Aufklärung verzichten und den Entscheid an die behandelnden Medizinalpersonen delegieren könne²⁹⁷, vermag somit für die Frage der Aufklärung im Hinblick auf eine Patientenverfügung nicht zu überzeugen. Es trifft zwar zu, dass die urteilsfähige PatientIn auf Aufklärung verzichten und den Entscheid delegieren kann. In diesem Fall muss aber die Person, die den Entscheid anstelle der PatientIn fällt, entsprechend aufgeklärt sein. Willigt sie ohne ausreichende Information in eine medizinische Massnahme ein, handelt es sich um eine ungerechtfertigte Körperverletzung. Lehnt sie ohne ausreichende Information eine medizinische Massnahme ab, kann dies schlimmstenfalls eine fahrlässige Tötung darstellen. Im von der Botschaft erwähnten Fall der Delegation an die behandelnden Medizinalpersonen ist die für den Entscheid notwendige Information in aller Regel schon vorhanden, weil es gerade die behandelnden Medizinalpersonen sind, die das grösste Wissen über den Gesundheitszustand einer PatientIn und die sich daraus ergebenden Behandlungsoptionen sowie deren Erfolgsaussichten haben.

WIDMER BLUM nennt vier Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Patientenverfügung auf freiem Willen beruht: Urteilsfähigkeit, Aufgeklärtheit, Freiwilligkeit und das Fehlen von Irrtümern²⁹⁸. Dass die verfügende Person

292 Art. 372 Abs. 2 ZGB hat in der parlamentarischen Beratung gegenüber dem Entwurf keine Veränderung erfahren, vgl. Entwurf ZGB (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006 (BBl 2006 7139), S. 7142 f.

293 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

294 Haefeli, Erwachsenenschutzrecht, Rz. 09.26; BSK ZGB I-Wyss, Art. 372 N 21.

295 Fellmann, Rechtsverhältnis, S. 211; Schmid, Erwachsenenschutz, Art. 372 N 13; offen gelassen in Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 5 Rz. 133.

296 Büchler/Michel, *Medizinrecht*, S. 67; FamKomm Erwachsenenschutz-Büchler/Michel, Art. 370 N 32; Tag, *Strafrecht im Arztalltag*, S. 713; Haussener, *Lebensende*, S. 73; Widmer Blum, *Urteilsunfähigkeit*, S. 178.

297 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

298 Widmer Blum, *Urteilsunfähigkeit*, S. 176.

im Zeitpunkt des Verfassens einer Patientenverfügung urteilsfähig sein muss, ergibt sich aus dem Handlungsfähigkeitsrecht und ist auch in Art. 370 Abs. 1 ZGB festgehalten. Das Kriterium der Freiwilligkeit ist dann erfüllt, wenn sich die verfügende Person ohne Druck von aussen zum Verfassen einer Patientenverfügung entschliesst²⁹⁹. Es versteht sich von selbst, dass nicht jede Willensbeeinflussung zu einem nicht freien Willen führt. Vielmehr kann zum Beispiel die Information über die konkreten Erfolgsaussichten einer bestimmten medizinischen Massnahme den freien Willen zur Ablehnung derselben hervorrufen.

Im vorliegenden Zusammenhang ist das Kriterium der Aufgeklärtheit zentral. Während die Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht aus der Existenz einer Patientenverfügung ableitet, dass die verfügende Person im Zeitpunkt des Verfassens über die erheblichen Informationen verfügt hat und auf zusätzliche Aufklärung verzichtet³⁰⁰, verlangt ein Teil der Lehre für die Gültigkeit einer Patientenverfügung ein Mindestmass an unverzichtbarer Aufklärung³⁰¹. Dieser Auffassung ist zumindest für jene Fälle zuzustimmen, in denen es um die Einwilligung in eine medizinische Massnahme geht. Die mittels Patientenverfügung gegebene Einwilligung entspricht von ihren Rechtswirkungen her der Einwilligung durch die urteilsfähige Person. Weil die Einwilligung durch die urteilsfähige Person nur dann gültig ist, wenn sie auf genügender Aufklärung basiert, muss dies auch für die via Patientenverfügung erteilte Einwilligung gelten.

Diese Argumentation lässt sich jedoch nicht eins zu eins auf den Fall der Ablehnung einer medizinischen Massnahme übertragen. In der Lehre wird teilweise die Auffassung vertreten, dass die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme nur nach entsprechender Aufklärung gültig sei, während die Ablehnung auch ohne Aufklärung möglich sein soll³⁰². Ein anderer Teil der Lehre lehnt diese Unterscheidung ab und verlangt sowohl für die Zustimmung als auch für die Ablehnung eine vorangegangene Aufklärung³⁰³.

Aus verfassungsrechtlicher Perspektive ist für die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme schon deshalb eine Aufklärung unabdingbar, weil es sich um einen Eingriff in die körperliche Integrität handelt³⁰⁴. Demgegenüber stellt sich die Frage, ob für die Ablehnung tiefere Anforderungen an die Aufklärung zu stellen sind, weil infolge der Ablehnung kein Eingriff in die körperliche Integrität erfolgt bzw. ein solcher abgebrochen wird. Für gewisse medizinische Massnahmen könnte diese Lösung durchaus sinnvoll sein, insbesondere dann, wenn es um nicht dringliche Eingriffe geht. Solange die Aufklärung nicht erfolgt ist, kann

299 Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 180.

300 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

301 FamKomm Erwachsenenschutz-Büchler/Michel, Art. 370 ZGB N 32; Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 177.

302 Geth/Mona, Widersprüche, S. 161.

303 Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 177 f.

304 Urteil des EGMR 302/02 vom 10. Juni 2010 (Zeugen Jehovas Moskau gegen Russland), Ziff. 135.

auch unaufgeklärt abgelehnt werden, weil es immer noch die Möglichkeit gibt, nach erfolgter Aufklärung doch noch einzuwilligen.

Anders ist es jedoch bei dringlichen medizinischen Massnahmen: Hier besteht die Gefahr einer Gesundheitsschädigung bei Unterlassung der Massnahme. Deshalb muss die betroffene urteilsfähige Person dahingehend informiert werden, dass im Falle der Ablehnung einer vorgeschlagenen medizinischen Massnahme eine Gesundheitsschädigung droht. Bei urteilsunfähigen PatientInnen ist diese Aufklärung jedoch nicht möglich. Wenn sie in einer Patientenverfügung die fragliche medizinische Massnahme ablehnen, muss davon ausgegangen werden, dass sie eine Gesundheitsschädigung in Kauf nehmen. Denn eine medizinische Massnahme wird in aller Regel genau deshalb vorgeschlagen, weil ohne diese Massnahme eine Gesundheitsschädigung droht. Nur wenn konkrete Anhaltspunkte darauf hinweisen, dass die Ablehnung auf einem Irrtum über die Konsequenzen der Ablehnung beruht, ist die Ablehnung wegen fehlendem freiem Willen ungültig und deshalb der Patientenverfügung in Übereinstimmung mit Art. 372 Abs. 2 ZGB nicht zu entsprechen. In diesem Fall hat die ÄrztIn gemäss Art. 379 ZGB die medizinischen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person zu ergreifen.

Das bisher Gesagte lässt sich nicht analog auf die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen übertragen. Denn die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen hat nicht ein Weiterleben mit Gesundheitsschädigung zur Folge, sondern den Tod. Wenn aus einer Patientenverfügung hervorgeht, dass die verfügende Person weiss, dass die Ablehnung einer bestimmten Massnahme zum Tod führt, ist sie hinreichend aufgeklärt. Bei der Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen ergibt sich bereits aus der Verwendung dieses Begriffs, dass der Tod in Kauf genommen wird. In der Lehre wird – wenn überhaupt – ein Minimum an Aufklärung gefordert³⁰⁵, und dieses Minimum an Aufgeklärtheit besteht bei der Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen im Wissen um die Todesfolge. Eine Abweichung von der Patientenverfügung wegen ungenügender Aufgeklärtheit ist allenfalls bei den Modalitäten der Ablehnung denkbar. Wenn z.B. in einer Patientenverfügung sämtliche medizinischen Massnahmen abgelehnt werden, kann davon ausgegangen werden, dass sich die verfügende Person einen möglichst ungestörten Sterbeprozess wünscht. Dies schliesst nicht-lebenserhaltende Massnahmen zur Reduktion von allfälligen Schmerzen und Atemnot jedoch nicht aus.

305 Bächler/Michel, Medizinrecht, S. 67; FamKomm Erwachsenenschutz-Bächler/Michel, Art. 370 N 32; Tag, Strafrecht im Arztalltag, S. 713; Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 178.

1.2.2. Durchführung lebenserhaltender Massnahmen entgegen Patientenverfügung

Auch wenn die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen via Patientenverfügung in der Regel zu beachten ist, gibt es Fälle, in denen solche Massnahmen vorgenommen werden müssen. Dies ist selbstverständlich immer dann der Fall, wenn die betroffene Person sich nach dem Verfassen der Patientenverfügung anderweitig geäussert hat³⁰⁶ und die behandelnde ÄrztIn davon weiss. Dies ist ein Anwendungsfall der in Art. 372 Abs. 2 ZGB genannten Unbeachtlichkeit infolge begründeter Zweifel, dass die Patientenverfügung noch dem mutmasslichen Willen der PatientIn entspricht. In einem solchen Fall darf die ÄrztIn die Ablehnung gemäss Patientenverfügung nicht beachten und muss stattdessen den Entscheid der Vertretungsperson einholen. Faktisch wird es wohl meistens so sein, dass die Vertretungsperson von der gegenüber der Patientenverfügung abweichenden Äusserung weiss und zeitgleich mit der Mitteilung an die ÄrztIn auch die Einwilligung in die medizinische Massnahme erteilt.

Es stellt sich die Folgefrage, ob an den Nachweis einer solchen gegenteiligen Äusserung beweisrechtliche Mindestanforderungen zu stellen sind. Theoretisch ist denkbar, dass die Vertretungsperson absichtlich falsch behauptet, die vertretene Person habe sich nach Verfassen der Patientenverfügung gegenteilig geäussert und ihr mutmasslicher Wille entspreche somit nicht dem in der Patientenverfügung Festgehaltenen. Weil solche Fälle eher theoretischer Natur zu sein scheinen³⁰⁷, und aus Gründen der Praktikabilität, sollte hier keine zusätzliche Prüfung der Plausibilität von Aussagen der vertretungsberechtigten Person vorgenommen werden. Das theoretische Problem ist mit Blick auf die Möglichkeit einer nachträglichen Ahndung in Kauf zu nehmen. Denn wenn die Vertretungsperson wider besseren Wissens die Durchführung einer lebenserhaltenden Massnahme erwirkt und diese Massnahme erfolgreich ist, wird die vertretene Person diese Verletzung ihres Willens nachträglich feststellen und darauf reagieren können. Nur schon das Wissen um diesen möglichen Fortgang sollte Vertretungspersonen davon abhalten, unerwünschte Lebensverlängerungen durchzusetzen. Hinzu kommt die Möglichkeit für die betroffene Person, in Abweichung von der gesetzlichen Reihenfolge eine bestimmte vertretungsberechtigte Person festzulegen (Art. 378 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB).

Als weiteres Beispiel für die Unbeachtlichkeit der Patientenverfügung wegen geändertem mutmasslichem Willen nennt die Botschaft den Fall, dass die Pati-

306 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

307 Zwar kommt es gemäss Graf/Stettler/Künzi, *Entscheidungen*, S. 15, vor, dass Angehörige vom medizinischen Personal mehr fordern als es die PatientInnen wünschen. Dies geschieht jedoch unabhängig vom Vorhandensein einer Patientenverfügung und allfälligen Behauptungen zu nachträglichen gegenteiligen Äusserungen.

entenverfügung vor längerer Zeit errichtet worden ist³⁰⁸. An dieser Stelle soll nicht auf die Frage eingegangen werden, ob allein das Alter einer Patientenverfügung genügen soll, um ihr die Beachtlichkeit abzusprechen, und bei welcher Anzahl Jahre ggf. die Grenze zu ziehen wäre. Vielmehr liegt der Fokus auf der Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen und der Frage, ob auch für diesen Fall das Alter der Patientenverfügung als konkreter Anhaltspunkt für einen geänderten mutmasslichen Willen gelten soll. Es sind verschiedene Gründe für die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen mittels Patientenverfügung denkbar. Die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen kann zunächst auf einer generellen Skepsis gegenüber interventionistischer Medizin oder auf dem Wunsch nach einem natürlichen Tod basieren. Darüber hinaus kann die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen auch Folge einer bestehenden Krankheitssituation sein, die in der verfügenden Person den Wunsch auslöst, im Falle einer weiteren gesundheitlichen Verschlechterung und einer daraus folgenden lebensbedrohlichen Situation zu sterben.

Die reduzierte Beachtlichkeit einer älteren Patientenverfügung wird damit begründet, dass diese in einer Gesundheitssituation verfasst worden ist, die sich stark von der aktuellen unterscheiden kann³⁰⁹. Auch wenn im Laufe von längeren Zeitspannen eine Gesundheitsverbesserung eintreten kann, ist dies die Ausnahme und eine Gesundheitsverschlechterung die Regel. Aus diesem Grund ist die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen grundsätzlich auch dann zu beachten, wenn die Patientenverfügung schon vor längerer Zeit verfasst worden ist. Die Vornahme lebenserhaltender Massnahmen trotz Ablehnung in einer Patientenverfügung ist somit nur dann zulässig, wenn sich die verfügende Person im Zeitpunkt des Verfassens in einem schlechteren Gesundheitszustand befunden hat und nachweislich davon ausgegangen ist, dass sich dieser Zustand nicht mehr verbessert. Dies entspricht auch dem Grundsatz, dass sachliche und nicht zeitliche Kriterien entscheidend dafür sind, ob die niedergeschriebenen Anordnungen noch aktuell sind³¹⁰.

Als dritte Möglichkeit für begründete Zweifel daran, dass eine Patientenverfügung noch dem mutmasslichen Willen entspricht, nennt die Botschaft die medizinische Entwicklung von Massnahmen, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden. Als Beispiel wird auf den Einsatz neuer Medikamente mit geringeren unerwünschten Nebenwirkungen verwiesen³¹¹. Bei der Ablehnung von lebenserhaltenden Massnahmen via Patientenverfügung ist darauf abzustellen, ob sich die Ablehnung auf bestimmte medizinische Massnahmen bezieht oder nicht. Wenn sich die Ablehnung auf bestimmte medizinische Massnahmen bezieht, kann es

308 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

309 SAMW-RL Patientenverfügung, Ziff. II.9. (Willensänderung).

310 Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 188 f.

311 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7033.

gut sein, dass die verfügende Person diese konkreten Massnahmen aufgrund persönlicher Erfahrungen oder dem Wissen um schlechte Erfolgsaussichten ablehnt. Eine solche Ablehnung dürfte neu entwickelte medizinische Massnahmen regelmässig nicht mitumfassen. In diesen Fällen ist die Patientenverfügung jedoch schon nach ihrem Wortlaut nicht anwendbar. Wenn sich die Ablehnung dagegen allgemein auf lebenserhaltende Massnahmen bezieht, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die verfügende Person damit nur solche Massnahmen meint, die im Zeitpunkt der Verfügung existiert haben. Vielmehr ist bei einer generellen Ablehnung von lebenserhaltenden Massnahmen davon auszugehen, dass die verfügende Person unabhängig von der konkreten Massnahme keine Lebenserhaltung wünscht. Eine solche Formulierung umfasst dementsprechend auch die Ablehnung neu entwickelter medizinische Massnahmen zur Lebenserhaltung.

1.2.3. Auslegung von laienhaft formulierten Patientenverfügungen

Ein Grund für die verbreitete Verwendung von standardisierten Patientenverfügungen dürfte in der Unsicherheit mit Bezug auf die korrekte medizinische Terminologie zu finden sein. Indem man eine standardisiertes, allenfalls sogar von einer medizinischen Fachgesellschaft vorgegebenes Formular verwendet, hofft man, Problemen bei der Interpretation von Patientenverfügungen vorzubeugen. Nichtsdestotrotz sind auch laienhaft formulierte Patientenverfügungen grundsätzlich wirksam. Die Auslegung einer Patientenverfügung, die konkrete Anordnungen mit Blick auf bestimmte medizinische Massnahmen enthält, hat nach dem Willensprinzip zu erfolgen³¹². Im Unterschied zum Vertrauensprinzip, bei dem Willenserklärungen so zu deuten sind, wie sie vom Empfänger in guten Treuen verstanden werden dürfen und müssen³¹³, ist bei einer Auslegung nach dem Willensprinzip der wirkliche Wille der erklärenden Person zu ermitteln³¹⁴.

Somit muss auch bei der Verwendung von nicht-medizinischen und auf den ersten Blick unverständlichen Formulierungen darauf abgestellt werden, was die verfügende Person tatsächlich gewollt hat. Das bedeutet, dass Formulierungen wie zum Beispiel «keine Schläuche» je nach verfügender Person eine andere Bedeutung haben können. Diese Formulierung dürfte objektiv betrachtet am ehesten als Wunsch nach generellem Verzicht auf invasive Massnahmen verstanden werden. Ist demgegenüber bekannt, dass die verfügende Person mit dieser Anordnung nur maximalinvasive Massnahmen auf einer Intensivpflegestation

312 Hrubesch-Millauer/Jakob, *Erwachsenenschutzrecht*, S. 103; Widmer Blum, *Urteilsunfähigkeit*, S. 166 ff.

313 BGE 142 V 129 E. 5.2.2.

314 Haas, *Einwilligung*, S. 167.

gemeint hat³¹⁵, muss die nach dem Willensprinzip ausgelegte Patientenverfügung auch so umgesetzt werden.

1.3. Ablehnung durch vertretungsberechtigte Person

Um herauszufinden, welche medizinischen Massnahmen urteilsunfähige Menschen ohne Patientenverfügung wünschen, ist es naheliegend, Informationen darüber bei ihnen nahestehenden Personen einzuholen. Die Biomedizinkonvention verlangt denn auch, dass Interventionen bei einwilligungsunfähigen PatientInnen nur mit Einwilligung ihrer gesetzlichen VertreterInnen (oder einer von der Rechtsordnung dafür vorgesehenen Behörde, Person oder Stelle) erfolgen dürfen (Art. 6 Abs. 3 Biomedizinkonvention). Diese Vorgabe wurde mit dem Erlass des Erwachsenenschutzrechts umgesetzt³¹⁶. Die vor Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts in gewissen Kantonen bestehende Entscheidkompetenz bei ÄrztInnen war von der Biomedizinkonvention nicht gedeckt³¹⁷.

1.3.1. Mutmasslicher Wille und objektive Interessen

Muss bei urteilsunfähigen PatientInnen über eine lebenserhaltende Massnahme entschieden werden und besteht keine Patientenverfügung, hat eine vertretungsberechtigte Person gemäss Art. 378 Abs. 1 ZGB den vorgesehenen Massnahmen «die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern». Dies gilt auch dann, wenn zwar eine Patientenverfügung vorliegt, diese aber keine Handlungsanweisungen für den eingetretenen Fall enthält (Art. 378 Abs. 3 ZGB). Bei ihrem Entscheid über Zustimmung oder Verweigerung einer lebenserhaltenden Massnahme hat die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den objektiven³¹⁸ Interessen der urteilsunfähigen Person zu entscheiden³¹⁹. Nach denselben Kriterien hat die ÄrztIn zu entscheiden, wenn es sich um einen dringlichen Fall handelt (Art. 379 ZGB). Liegt eine Patientenverfügung vor, der Vorgaben zur in Frage stehenden lebenserhaltenden Massnahme entnommen werden können,

315 Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 5 Rz. 141.

316 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7122.

317 Botschaft vom 12. September 2001 betreffend das Europäische Übereinkommen vom 4. April 1997 zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) und das Zusatzprotokoll vom 12. Januar 1998 über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen (BBl 2002 271), S. 297.

318 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7037. Der Begriff «objektiv» war ursprünglich auch im Gesetzestext vorgesehen (Art. 435 Abs. 2 des *Vorentwurfs vom Juni 2003*) und wurde nach der Vernehmlassung herausgestrichen, ohne dass damit eine Änderung beabsichtigt war; vgl. Boente, *Erwachsenenschutz*, Art. 378 N 65.

319 Art. 378 Abs. 3 ZGB e contrario.

sind diese umzusetzen, ohne dass eine vertretungsberechtigte Person miteinbezogen werden muss³²⁰.

Dem Gesetz lässt sich keine Gewichtung der beiden Kriterien – mutmasslicher Wille auf der einen Seite und objektive Interessen auf der anderen Seite – entnehmen. Eine Gewichtung ist auch nur in jenen Fällen vorzunehmen, in denen die beiden Kriterien nicht zum gleichen Entscheid führen. Dies ist typischerweise dann der Fall, wenn die medizinische Indikation und damit die objektiven Interessen für die Aufnahme oder Weiterführung einer lebenserhaltenden Massnahme sprechen und der mutmassliche Wille dagegen. Denn Massnahmen, die medizinisch nicht indiziert sind, dürfen auch dann nicht vorgenommen werden, wenn diese dem mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person entsprechen sollten³²¹.

Die Unklarheit im Gesetzeswortlaut von Art. 378 Abs. 3 ZGB hat zu einer Vielfalt von Meinungen über das Verhältnis von mutmasslichem Willen und objektivem Interesse geführt. So wird etwa vertreten, dass die objektiven Interessen höher zu gewichten seien, wenn es um die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme gehe und der mutmassliche Wille dann massgebend sein soll, wenn es um ihre Ablehnung gehe³²². Dem wird entgegengehalten, dass ein mit hinreichender Sicherheit zu vermutender Wille der urteilsunfähigen PatientIn sowohl für das Akzeptieren als auch die Verweigerung einer Behandlung massgebend sein müsse, weil bei diesen Entscheidungen höchstpersönliche Rechte ausgeübt werden³²³. Ebenfalls vertreten wird die Auffassung, dass der mutmassliche Wille, falls vorhanden, immer vorgehe und die objektiven Interessen nur dann ausschlaggebend seien, wenn die vertretene Person dauernd urteilsunfähig ist und gar nie einen rechtlich relevanten Willen äussern konnte³²⁴. Dabei geht vergessen, dass Informationen über den mutmasslichen Willen auch dann fehlen können, wenn die betreffende Person zu einem früheren Zeitpunkt urteilsfähig war. Andere AutorInnen diskutieren das Problem, ohne sich festzulegen³²⁵.

Auch wenn weder dem Gesetz noch der Botschaft etwas zum Verhältnis von mutmasslichem Willen und objektivem Interesse entnommen werden kann, muss der mutmassliche Wille, sofern bekannt, mit Blick auf das verfassungsmässig ga-

320 Art. 372 Abs. 2 ZGB. Dies ergibt sich auch aus der Formulierung von Art. 378 Abs. 3 ZGB: «Fehlen in einer Patientenverfügung Weisungen, so entscheidet die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.»

321 Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 5 Rz. 109; Bächler/Michel, *Medizinrecht*, S. 117 f.

322 Meier/Lukic, *Introduction*, Rz. 331, Fn. 377; Geth/Mona, *Widersprüche*, S. 173 f.

323 FamKomm *Erwachsenenschutz-Guillod/Hertig Pea*, Art. 378 N 27; Fountoulakis/Köbrich, *Vertretungsbefugnis*, S. 78; im Ergebnis ähnlich Bächler/Michel, *Medizinrecht*, S. 118, wonach eine von den Interessen des Patienten abweichende Entscheidung nur zulässig ist, wenn sich diese auf konkrete Anhaltspunkte stützen lässt.

324 Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 5 Rz. 105 f.

325 BSK ZGB I-Eichenberger/Kohler, Art. 378 N 13; CHK-Fankhauser, Art. 378 N 5.

rantierte Recht auf persönliche Freiheit immer vorgehen³²⁶. Ist also von einer urteilsunfähigen Person ohne Patientenverfügung bekannt, dass sie lebenserhaltende Massnahmen ablehnt, müssen die vertretungsberechtigten Personen entsprechend diesem Willen entscheiden. In den Worten von Art. 378 Abs. 1 ZGB müssen sie die Zustimmung zu lebenserhaltenden ambulanten oder stationären Massnahmen verweigern.

1.3.2. Interessenkonflikte beim Einbezug von Angehörigen

Der Einbezug von Nahestehenden in Entscheidungen über die Durchführung lebenserhaltender Massnahmen birgt die Gefahr, dass die nahestehenden Personen bewusst oder unbewusst ihre eigenen Interessen in den Entscheid einfließen lassen. So kommt es häufig vor, dass LebenspartnerInnen oder Kinder von PatientInnen die Aufnahme oder Weiterführung lebenserhaltender Massnahmen wünschen, obwohl die betroffene (urteilsunfähige) Person dies nicht gewollt hätte³²⁷. Aus Sicht des Selbstbestimmungsrechts muss auch in diesen Fällen dem mutmasslichen Willen entsprochen werden.

Nach der gesetzlichen Konzeption kann der Entscheid der vertretungsberechtigten Person allerdings nur über die Anrufung der Erwachsenenschutzbehörde umgestossen werden. Nach Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB schreitet die Erwachsenenschutzbehörde ein, «wenn die Interessen der urteilsunfähigen Person gefährdet oder nicht mehr gewahrt sind.» Sie handelt dabei gemäss Art. 381 Abs. 3 ZGB auf Antrag der ÄrztIn oder einer anderen nahestehenden Person oder von Amtes wegen. Im Unterschied zur Formulierung in Art. 378 Abs. 3 ZGB, wo mit dem Begriff «Interessen» die objektiven Interessen gemeint sind, ist in Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB auch der mutmassliche Wille der betroffenen Person enthalten³²⁸.

In der Literatur zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen wird ausschliesslich das Beispiel der ungerechtfertigten Ablehnung einer medizinischen Massnahme durch eine vertretungsberechtigte Person behandelt³²⁹. In der Realität kommt demgegenüber auch die unberechtigte Zustimmung vor, d.h. die Zustimmung der vertretungsberechtigten Person zu einer lebenserhaltenden Massnahme, obwohl dies nicht dem mutmasslichen Willen der vertretenen Person entspricht. Es stellt sich die Frage, wie sich eine ÄrztIn verhalten muss, die den

326 Boente, Erwachsenenschutz, Art. 378 N 69 f.; CHK-Breitschmid/Kamp, Art. 372 ZGB N 15; FamKomm Erwachsenenschutz-Büchler/Michel, Art. 370 N 23; BSK ZGB I-Eichenberger/Kohler, Art. 378 N 13; OFK ZGB-Fassbind, Art. 370 N 2; ESR-Gassmann, Art. 377/378 N 12; FamKomm Erwachsenenschutz-Guillod/Hertig Pea, Art. 378 N 27; Haefeli, Erwachsenenschutzrecht, Rz. 09.32; Hausener, Lebensende, S. 133.

327 Graf/Stettler/Künzi, [Entscheidungen](#), S. 15.

328 Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 113.

329 Boente, Erwachsenenschutz, Art. 368 N 27; Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, S. 113.

mutmasslichen Willen einer PatientIn betreffend Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen kennt und mit dem gegenteiligen Entscheid der vertretungsberechtigten Person konfrontiert wird. Weil lebenserhaltende Massnahmen in der Regel zeitlich dringend sind, ist die Anrufung der Erwachsenenschutzbehörde in diesen Fällen regelmässig keine Option.

Die Regelung für dringliche Fälle erlaubt nach dem Wortlaut von Art. 379 ZGB nur das Ergreifen von medizinischen Massnahmen und es stellt sich die Frage, ob dies auch für das Unterlassen trotz anderslautendem Entscheid der vertretungsberechtigten Person gilt³³⁰. Die Regelung von Art. 379 ZGB entspricht gemäss Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht der Regelung in Art. 8 Biomedizin-konvention³³¹. Die Botschaft zu Art. 8 der Biomedizin-konvention hält ihrerseits fest, dass auch in Notfällen die Wünsche zu berücksichtigen sind, welche die PatientIn früher geäussert hat³³². Somit muss dies auch im Rahmen von Art. 379 ZGB gelten, d.h. in dringlichen Fällen ist nicht nur die Vornahme, sondern auch die Nichtvornahme einer medizinischen Massnahme entgegen dem Entscheid der vertretungsberechtigten Person zulässig, wenn die ÄrztIn den dahingehenden mutmasslichen Willen der betroffenen Person kennt³³³. Demgegenüber wird in der Literatur vereinzelt vertreten, die ÄrztIn sei auch dann an die Entscheidung der vertretungsberechtigten Person gebunden, wenn begründete Zweifel bestehen, dass diese nicht dem mutmasslichen Willen der PatientIn entspricht³³⁴. Dieser nicht näher begründeten Auffassung ist mit Blick auf Art. 8 der Biomedizin-konvention nicht zuzustimmen.

1.3.3. Vorrang des mutmasslichen Willens gegenüber ärztlicher Anweisung

Umgekehrt muss der mutmassliche Wille der urteilsunfähigen Person auch dann vorgehen, wenn eine ÄrztIn etwas Entgegenstehendes anordnet. Obwohl dies selbstverständlich erscheint, hat die Staatsanwaltschaft Innerschwyz im April 2013 einen Rettungsdienstleiter wegen Nichtbefolgen einer ärztlich angeordneten und dem Patientenwillen widersprechenden Spitaleinweisung schuldig gesprochen. Eine Patientin lag im Sterben und die anwesenden Geschwister sowie eine Nachbarin sagten übereinstimmend, dass sie nicht ins Spital eingeliefert werden wolle³³⁵. Der Arzt ordnete trotzdem eine Einweisung an, der Rettungssanitäter

330 Haussener, Lebensende, S 260.

331 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7037.

332 Botschaft zur Biomedizin-konvention (BBl 2002 271), S. 302.

333 Vgl. FamKomm Erwachsenenschutz-Guillod/Hertig Pea, Art. 379 N 8, wonach sich die ÄrztIn haftbar macht, wenn sie den klar erkennbaren mutmasslichen Willen eines Patienten oder einer Patientin nicht beachtet.

334 BSK ZGB I-Eichenberger/Kohler, Art. 378 N 13, mit Verweis auf Schmid, Erwachsenenschutz, Art. 378 N 13, der sogar bei Verstoss gegen gesetzliche Vorschriften eine Bindung an den Entscheid zu bejahen scheint.

335 Neue Luzerner Zeitung vom 15. Mai 2014, S. 25.

entschied sich nach Rücksprache mit dem Rettungsdienstleiter unter Berücksichtigung des Patientenwunsches jedoch gegen die Einweisung, und die Patientin verstarb³³⁶.

Der Schuldspruch durch die Staatsanwaltschaft Innerschwyz wegen Widerhandlung gegen das Gesundheitsgesetz des Kantons Schwyz wurde durch den Einzelrichter am Bezirksgericht Schwyz mit Urteil vom 22. Januar 2014 bestätigt³³⁷. Er sah im Verhalten des Rettungsdienstleiters eine Überschreitung des erlaubten Tätigkeitsgebiets (§ 55 Abs. 1 lit. b des Schwyzer Gesundheitsgesetzes³³⁸) und stützte sich auf eine Verordnungsbestimmung, wonach Rettungssanitäter in medizinischen Belangen der ärztlichen Verantwortung unterstehen (§ 23 Abs. 1 der Schwyzer Gesundheitsverordnung³³⁹). Der Rettungsdienstleiter wurde somit trotz Berücksichtigung des mutmasslichen Willens der urteilsunfähigen Person in Übereinstimmung mit dem Erwachsenenschutzrecht gestützt auf kantonales Recht strafrechtlich verurteilt. Die gegen dieses Urteil gerichtete Berufung wurde durch das Kantonsgericht Schwyz gutgeheissen, und der Beschuldigte wurde freigesprochen. Das Kantonsgericht setzte sich in seinem Urteil jedoch nicht mit der Frage auseinander, ob eine ärztliche Anordnung, die dem Patientenwillen widerspricht, befolgt werden muss. Bei seinem Freispruch argumentierte es stattdessen mit fehlendem Vorsatz: Der Beschuldigte habe mit dem Arzt Rücksprache nehmen wollen, dies dann aber vergessen und deshalb nicht vorsätzlich gehandelt³⁴⁰.

Selbst wenn der Rettungsdienstleiter jedoch vorsätzlich gehandelt haben sollte bzw. auch wenn der Arzt bei einer allfälligen Rücksprache an seiner Anweisung festgehalten hätte, stünde eine Verurteilung in Widerspruch sowohl zum Erwachsenenschutzrecht als auch zur Biomedizinkonvention. Eine Person darf auch dann nicht gegen ihren Willen in ein Spital eingeliefert werden, wenn dies eine ÄrztIn anordnet. Der Rettungsdienstleiter hätte also auch dann freigesprochen werden müssen, wenn er vorsätzlich die ärztliche Weisung nicht befolgt hätte. Strafrechtlich wäre der Freispruch trotz erfülltem Tatbestand mit einer Rechtfertigung gestützt auf Art. 14 StGB (Gesetzlich erlaubte Handlung) zu begründen.

1.4. Ablehnung durch No-CPR-Stempel

Mittels eines sogenannten No-CPR-Stempels soll signalisiert werden, dass eine Person im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands keine kardiopulmonale Reanimation (CPR; cardiopulmonary resuscitation) wünscht³⁴¹. Solche Stempel werden

336 Urteil BEK 2014 22 des Kantonsgerichts Schwyz vom 29. Dezember 2014, E. 1.

337 Urteil BEK 2014 22 des Kantonsgerichts Schwyz vom 29. Dezember 2014, E. 1.

338 Gesundheitsgesetz des Kantons Schwyz vom 16. Oktober 2002.

339 Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz vom 23. Dezember 2003.

340 Urteil BEK 2014 22 des Kantonsgerichts Schwyz vom 29. Dezember 2014, E. 5.

341 Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel, S. 1438.

in der Schweiz von einem eigens darauf spezialisierten Unternehmen hergestellt und vertrieben³⁴². Es handelt sich um die Ablehnung einer lebensverlängernden Massnahme, weil nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand ohne Reanimationsbemühungen in aller Regel der Tod eintritt³⁴³.

Es ist umstritten, welche Rechtswirkungen das Anbringen eines solchen Stempels hat. Auch hier stehen sich aus verfassungsrechtlicher Sicht das Recht auf Leben und das Recht auf persönliche Freiheit gegenüber. Die aus dem Recht auf Leben folgende Schutzpflicht des Staates verlangt, dass nur dann auf eine Reanimation verzichtet wird, wenn dies die betreffende Person wünscht und dieser Wunsch wohlüberlegt ist. Wenn in einer Notfallsituation eine kardiopulmonale Reanimation eingeleitet werden soll und erst in diesem Zeitpunkt ein entsprechender Stempel entdeckt wird, fehlt die Zeit für Abklärungen zum selbstständigen Anbringen des Stempels und der Wohlerwogenheit des damit ausgedrückten Wunsches. Für diese Fälle muss ein Grundsatzentscheid hinsichtlich der Beachtlichkeit des No-CPR-Stempels gefällt werden.

In der Lehre bestehen unterschiedliche Auffassungen zur Beachtlichkeit des No-CPR-Stempels³⁴⁴. Wenn ein No-CPR-Stempel als Patientenverfügung qualifiziert werden kann, ist er grundsätzlich zu beachten, d.h. eine kardiopulmonale Reanimation darf nicht erfolgen und das Sterben muss zugelassen werden. Wenn ein No-CPR-Stempel nicht als Patientenverfügung qualifiziert werden kann, ist eine Berücksichtigung des Aussagegehalts bei der Abklärung des mutmasslichen Willens der betroffenen Person geboten. Die Patientenverfügung ist gemäss Art. 370 Abs. 1 ZGB eine Festlegung der Zustimmung oder Nichtzustimmung zu medizinischen Massnahmen im Falle der Urteilsunfähigkeit. Als Festlegung der Nichtzustimmung zu einer kardiopulmonalen Reanimation ist der No-CPR-Stempel von dieser Definition grundsätzlich erfasst. Bei den Voraussetzungen für die Errichtung hält das Gesetz jedoch fest, dass die Patientenverfügung schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen ist (Art. 371 Abs. 1 ZGB). Während über die Kriterien der Schriftlichkeit und der Datierung diskutiert werden kann³⁴⁵, erfüllt der No-CPR-Stempel zumindest das Kriterium der Unterschrift eindeutig nicht³⁴⁶.

Damit stellt sich die Frage, ob dieser Formmangel schon genügt, um als Grundsatz die Nichtbeachtlichkeit des No-CPR-Wunsches und damit die Zulässigkeit der Einleitung einer kardiopulmonalen Reanimation zu erkennen. Auch in

342 NO CPR GmbH, www.nocpr.ch.

343 Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel, S. 1447.

344 Für die Beachtlichkeit: Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel, S. 1449; gegen die Beachtlichkeit: Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 8 Rz. 260; Gutachten des Institut de droit de la santé der Universität Neuenburg (unpubliziert; zitiert bei Stefan Kühnis, NO CPR? In dubio pro REA, in: *SVBS NEWS* 04/2016, S. 10).

345 Boente, *Erwachsenenschutz*, Art. 371 N 24 und N 30.

346 Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel, S. 1444 f.

dieser Frage ist die Lehre geteilter Auffassung. Denn obwohl es sich beim No-CPR-Stempel um eine formungültige Patientenverfügung handelt, ist dessen Erklärungsgehalt im Rahmen der Berücksichtigung des mutmasslichen Willens zu beachten. In einer Notfallsituation kann weder eine Patientenverfügung noch eine vertretungsberechtigte Person gesucht werden. Stattdessen hat das medizinische Personal – nicht nur ÄrztInnen³⁴⁷ – gemäss Art. 379 ZGB «nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person» zu handeln.

Wie bei Art. 378 Abs. 3 ZGB ist trotz des unklaren Gesetzeswortlauts und der daran anschliessenden Unklarheit in der Lehre³⁴⁸ der mutmassliche Wille, sofern bekannt, ausschlaggebend; die objektiven Interessen kommen erst dann zum Zug, wenn der mutmassliche Wille nicht (hinreichend) bekannt ist³⁴⁹. In vielen Fällen, besonders in dringlichen Situationen, ist der mutmassliche Wille gar nicht bekannt und deshalb kann hier einzig auf die objektiven Interessen abgestellt werden. Umgekehrt muss der mutmassliche Wille – sofern er nicht mit den objektiven Interessen übereinstimmt – immer dann vorgehen, wenn er bekannt ist³⁵⁰. Bei einer PatientIn, die am eigenen Körper einen No-CPR-Stempel angebracht hat, ist das der Fall: Es liegt eine klare Ablehnung der kardiopulmonalen Reanimation vor und diese muss beachtet werden³⁵¹. Wird dennoch eine kardiopulmonale Reanimation eingeleitet, werden damit das Selbstbestimmungsrecht und die körperliche Integrität der betroffenen Person verletzt.

Auch etwaige Bedenken hinsichtlich der Eigenhändigkeit der Stempel-Anbringung vermögen daran nichts zu ändern. Es ist zwar theoretisch möglich, dass ein No-CPR-Stempel nicht durch die Trägerperson selbst angebracht worden ist. Es ist aber genauso denkbar, dass jemand seine Patientenverfügung nicht selber verfasst und/oder unterschrieben hat. Diese Unsicherheiten können nicht zu einer grundlegend anderen Beurteilung der Beachtlichkeit von mutmasslichen Willensäusserungen führen. Der Auffassung des Interverbands Rettungswesen, wonach der Stempel alleine nicht genüge und deshalb auch beim Vorliegen eines Stempels mit der Reanimation begonnen werden müsse³⁵², kann somit nicht gefolgt werden. Die dahingehende Empfehlung könnte lediglich zur Folge haben, dass beim Rettungspersonal infolge Rechtsirrtums das Unrechtsbewusstsein hinsichtlich der Körperverletzung entfällt. Nichtsdestotrotz handelt es sich bei der Reanimation einer Person gegen deren Willen um eine Verletzung der körperlichen Integrität.

347 Fountoulakis/Köbrich, Vertretungsbefugnis, S. 88 f.; Hrubesch-Millauer/Bruggisser, Pflegerische Anordnungen, S. 22.

348 CHK-Fankhauser, Art. 379 N 1; BSK ZGB I-Eichenberger/Kohler, Art. 379 N 4.

349 Boente, Erwachsenenschutz, Art. 379 N 18; FamKomm Erwachsenenschutz-Guillod/Hertig Pea, Art. 379 N 7.

350 Siehe § 4, IV, 1.3.1. (Mutmasslicher Wille und objektive Interessen).

351 BSK ZGB I-Wyss, Art. 372 N 26; Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel, S. 1449; Stellungnahme des Kantonalen Ethik-Forums Kanton St.Gallen zum Stempel NO-CPR vom 15. Februar 2013, S. 3; a.M. Zimmermann et al., *Lebensende*, S. 149 f.

352 Interverband für Rettungswesen, *Empfehlungen*, S. 6.

2. Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen

2.1. Aussichtslose medizinische Massnahmen

In der Literatur wird vereinzelt zwischen Unzumutbarkeit und Aussichtslosigkeit von medizinischen Massnahmen unterschieden³⁵³. Unzumutbarkeit soll dann vorliegen, wenn es für die PatientIn besser ist, wenn sie stirbt³⁵⁴. Demgegenüber ist Aussichtslosigkeit dann gegeben, wenn die betroffene PatientIn nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann³⁵⁵. Was ein angemessenes Lebensumfeld ist, hängt vom Willen und den Präferenzen der PatientIn ab, muss aber mindestens eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung beinhalten³⁵⁶. Sowohl die Aussichtslosigkeit als auch die Unzumutbarkeit enthalten somit einen objektiven Mindeststandard: Wenn eine PatientIn keine Aussicht auf ein Leben ausserhalb der Intensivstation mehr hat, sind die in Frage stehenden medizinischen Massnahmen immer aussichtslos. Dasselbe gilt auch für die Zumutbarkeit: Medizinische Massnahmen, die im besten Falle ein Weiterleben auf der Intensivstation ermöglichen, sind unabhängig vom Willen und den Präferenzen einer PatientIn unzumutbar³⁵⁷. Soweit es um den Abbruch medizinischer Massnahmen ohne entsprechende Äusserung einer PatientIn geht, ist somit kein Unterschied zwischen Aussichtslosigkeit und Unzumutbarkeit auszumachen. Deshalb wird diese Konstellation im Rahmen der vorliegenden Arbeit konsequent als Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen bezeichnet.

Der so definierte Anspruch auf Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen ist abzugrenzen von der Frage, unter welchen Voraussetzungen die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen generell zulässig ist. In der Literatur werden verschiedene Konstellationen diskutiert, in denen medizinische Massnahmen eingestellt werden dürfen, obwohl sie nicht im hier definierten Sinne aussichtslos sind. Dabei geht es insbesondere um zerebral schwerst geschädigte LangzeitpatientInnen wie z.B. Menschen im persistierenden vegetativen Status. Diese erleiden einen totalen Verlust der erkennbaren Wahrnehmungsfähigkeit³⁵⁸. Sie sind auf pflegerische Betreuung, nicht aber auf die Intensivstation angewiesen. Die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen ist bei diesen Menschen auch ohne entsprechende vorgängige Äusserung unter gewissen Voraussetzungen

353 Geth, *Passive Sterbehilfe*, S. 56 ff.; Lüthi, *Lebensverkürzung*, S. 160 ff.

354 Lüthi, *Lebensverkürzung*, S. 160.

355 Lüthi, *Lebensverkürzung*, S. 164.

356 [SAMW-RL Intensivmedizinische Massnahmen](#), Ziff. 5.4.

357 Vgl. dazu Lüthi, *Lebensverkürzung*, S. 161, die bei der Umschreibung der Unzumutbarkeit auch auf die Aussichtslosigkeit zurückgreift.

358 [SAMW-RL Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten](#), Ziff. 1.1.1.

zulässig³⁵⁹. Es besteht aber kein Anspruch auf die Einstellung, weil es sich nicht um aussichtslose medizinische Massnahmen handelt, deren Weiterführung eine Verletzung der körperlichen Integrität darstellt.

2.2. Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen

Medizinische Massnahmen, die aussichtslos sind, dürfen gar nicht erst angeboten werden und können auch nicht eingefordert werden³⁶⁰. In diesen Situationen steht die einführende Aufklärung der PatientIn und/oder der Vertretungspersonen im Vordergrund. Eine Einwilligung in den Abbruch von aussichtslosen medizinischen Massnahmen ist nicht erforderlich, dürfte aber bei entsprechender Aufklärung regelmässig vorliegen. Die Weiterführung einer aussichtslosen medizinischen Massnahme auf Wunsch einer PatientIn, welche über die Aussichtslosigkeit informiert worden ist, ist grundsätzlich unzulässig. Sie kann höchstens für eine begrenzte Dauer gerechtfertigt werden, wenn es z.B. darum geht, Zeit für das Abschiednehmen zu gewinnen³⁶¹. Es besteht eine ärztliche Verantwortung, bei Aussichtslosigkeit das übermässige Leiden zu beenden³⁶².

In der Praxis kommt es häufig vor, dass medizinische Massnahmen trotz ihrer Aussichtslosigkeit eingeleitet oder weitergeführt werden³⁶³. Dies kann daran liegen, dass die PatientIn selbst oder ihre Angehörigen nicht wahrhaben wollen, dass der Sterbeprozess unaufhaltsam ist und deshalb Massnahmen einfordern, die objektiv betrachtet aussichtslos sind und letztlich vorwiegend eine Leidensverlängerung bringen. Auch wenn die Aufnahme oder Weiterführung in solchen Fällen unzulässig ist, wird entsprechende Forderungen vonseiten der PatientInnen oder der Angehörigen aus Angst vor der offenen Kommunikation über Unabwendbarkeit des Todes nicht selten Folge geleistet³⁶⁴. Hier besteht das Problem, dass rechtswidrige Behandlungen aufgenommen oder weitergeführt werden, weil die eine Seite (PatientInnen und/oder Angehörige) die Aussichtslosigkeit nicht akzeptieren will und weil die andere Seite (ÄrztInnen) die Behandlung nicht gegen den Willen der Betroffenen einstellen möchte. In solchen Situationen genügt es nicht, auf die Rechtswidrigkeit der Behandlung zu verweisen, weil keine Rechtsfolgen drohen, solange beide Seiten mit der Weiterführung einverstanden sind. Um dem Anspruch auf Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen

359 Geth, Passive Sterbehilfe, S. 88; Hangartner, Sterbehilfe, S. 84; Lüthi, Lebensverkürzung, S. 166; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 57.

360 Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, Arztrecht, § 5 Rz. 148; Europarat, Leitfadens Lebensende, S. 12.

361 Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 74 f.

362 Schweizer, Sterbehilfe, S. 49.

363 Graf/Stettler/Künzi, [Entscheidungen](#), S. 44.

364 Graf/Stettler/Künzi, [Entscheidungen](#), S. 15.

in solchen Fällen zum Durchbruch zu verhelfen, müsste das Lebensende bereits in der Ausbildung von ÄrztInnen viel stärker thematisiert werden.

3. Strafrecht

Der Wunsch auf Nichtaufnahme oder Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung ist zwingend zu beachten³⁶⁵. Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung gilt dies auch für die Herbeiführung des Todes durch das Ausschalten eines laufenden Geräts³⁶⁶. Während über die Straflosigkeit des «technischen Behandlungsabbruchs» Einigkeit besteht, streitet sich die Strafrechtslehre über die dogmatische Einordnung. Jener Teil der Lehre, der den technischen Behandlungsabbruch als direkte aktive Sterbehilfe qualifiziert, fordert gleichzeitig die Legalisierung derselben³⁶⁷.

4. Kantonale Gesundheitsgesetze

Vereinzelt finden sich auch in kantonalen Gesundheitsgesetzen Regelungen zum Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht. Einige Kantone haben solche Regelungen zeitgleich mit dem Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts auf Bundesebene aufgehoben, so zum Beispiel der Kanton Zürich³⁶⁸.

4.1. Aargau

Die Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten des Kantons Aargau³⁶⁹ enthält einen Paragraphen über urteilsunfähige Patientinnen und Patienten (§ 6) und einen weiteren zur Ablehnung der Behandlung (§ 7).

Gemäss § 6 Abs. 2 der Verordnung ist die Verweigerung der Einwilligung in eine lebensrettende Massnahme durch die vertretungsberechtigte Person immer missbräuchlich. § 7 enthält lediglich Dokumentationspflichten für den Fall der Ablehnung einer Behandlung: «Lehnen die einwilligungsberechtigten Personen oder Behörden die Behandlung nach erfolgter Aufklärung ab, sind die behandelnden Personen berechtigt, eine schriftliche Bestätigung des Entscheids zu ver-

365 Merkel, Patientenautonomie, S. 344 f.; Rehberg, Arzt und Strafrecht, S. 318.

366 Donatsch, in: StGB Kommentar, Art. 111 N 11; Eicker, Krise, S. 88; Geth, Sterbehilfe, S. 31; Hausener, Lebensende, S. 34; Kunz, Sterbehilfe, S. 620; Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 66 f.; Trechsel/Noll/Pieth, Strafrecht, S. 237; Trechsel/Geth, in: Trechsel/Pieth, Praxiskommentar StGB, Vor Art. 111 N 6.

367 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 59 und 61; Lüthi, Lebensverkürzung, S. 176 f. und 271.

368 § 31 (Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen) des Patientinnen- und Patientengesetzes des Kantons Zürich wurde durch das Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht vom 25. Juni 2012 per 1. Januar 2013 aufgehoben (ABI-ZH 2011 2567, S. 2593).

369 Verordnung des Kantons Aargau über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten (Patientenverordnung, PatV).

langen. Die Verweigerung der schriftlichen Bestätigung ist in der Patientendokumentation festzuhalten.»

4.2. *Basel-Stadt*

Das basel-städtische Gesundheitsgesetz regelt die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs und -verzichts nur für Urteilsunfähige. § 18 des Gesundheitsgesetzes³⁷⁰ lautet wie folgt:

Bei Urteilsunfähigkeit ist bei aussichtsloser Prognose der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen oder der Verzicht auf solche zulässig, wenn:

- a) dies vorbehältlich § 17 Abs. 3 dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht; oder
- b) angesichts des Leidens der Patientin oder des Patienten eine weitere Lebenserhaltung nicht zumutbar ist.

§ 17 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes regelt die Patientenverfügung und entspricht Art. 372 Abs. 2 ZGB.

4.3. *Thurgau*

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Thurgau enthält einen Paragraphen zum Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. § 36 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Thurgau lautet wie folgt³⁷¹:

«Bei tödlich erkrankten oder verletzten, urteilsunfähigen Patienten oder Patientinnen ohne Patientenverfügungen kann der Arzt oder die Ärztin die Behandlung einschränken oder einstellen, wenn:

- c) das Grundleiden mit aussichtsloser Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
- d) ein Hinausschieben des Todes für den Patienten oder die Patientin eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und
- e) der Verzicht auf eine Weiterführung der Behandlung dem mutmasslichen Willen des Patienten oder der Patientin entspricht.»

5. *Standesrecht*

5.1. *Standesordnung der FMH*

Die Standesordnung der FMH³⁷² hält in Art. 17 unter dem Titel «Ärztliche Betreuung sterbender und schwerstgeschädigter Patienten oder Patientinnen» fest, dass ÄrztInnen (unter Vorbehalt des Willens von urteilsfähigen PatientInnen) auf

370 Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 21. September 2011.

371 § 36 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Thurgau.

372 FMH, Standesordnung.

lebensverlängernde Massnahmen verzichten dürfen, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Weiter steht in diesem Artikel, dass die passive Sterbehilfe unter diesen Bedingungen erlaubt, die aktive Sterbehilfe mit der ärztlichen Ethik jedoch nicht vereinbar sei. In Art. 18 der Standesordnung sind sodann die von der FMH jeweils mittels Ärztekammer-Beschluss übernommenen Richtlinien der SAMW aufgelistet.

Die FMH hat sämtliche SAMW-Richtlinien mit Ausnahme derjenigen zu Sterben und Tod³⁷³ und derjenigen zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis³⁷⁴ in ihre Standesordnung übernommen. Die 2018 verabschiedeten SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod haben die Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende aus dem Jahr 2004 abgelöst³⁷⁵. Die FMH weist im Anhang 1 zur Standesordnung darauf hin, dass die Lebensende-Richtlinie «bis auf weiteres» Bestandteil der FMH-Standesordnung bleibt, «auch wenn die Richtlinie von der SAMW zurückgezogen wurde»³⁷⁶. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Inhalte beider Richtlinien kurz dargestellt.

Die Übernahme von SAMW-Richtlinien durch die FMH hat lediglich Konsequenzen für die standesrechtliche Verbindlichkeit. Die SAMW-Richtlinien haben unabhängig davon eine rechtliche Wirkung, da sie in gewissen Bereichen den Stand der medizinischen Wissenschaft repräsentieren und dementsprechend bei der Anwendung von Art. 26 Abs. 1 HMG, Art. 11 Abs. 1 BetmG und Art. 40 lit. a MedBG zu beachten sind. Während im Bereich der Suizidhilfe umstritten ist, inwiefern die Richtlinien den Stand der Wissenschaft repräsentieren³⁷⁷, kann dies für den Bereich des Behandlungsabbruchs und des Behandlungsverzichts bejaht werden.

5.2. SAMW-Richtlinien Lebensende

Die SAMW-RL Lebensende haben im Abschnitt «Behandlungsverzicht oder -abbruch» zunächst festgehalten, dass der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch angesichts des Sterbeprozesses gerechtfertigt oder geboten sein kann. Sodann wurden drei Kriterien, die bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielen, aufgezählt: erstens die Prognose, zweitens der voraussichtliche

373 Henzen, *Ärztekammer-Beschlussprotokoll 2018*, S. 1819.

374 Furgler, *Ärztekammer-Beschlussprotokoll 2019*, S. 930.

375 Kind, *Sterben*, S. 790.

376 FMH, *Anhang 1 zur Standesordnung*, S. 2.

377 Gemäss dem Präsidenten der Subkommission, welche die Richtlinien erarbeitet hat, streben diese eine Vermittlung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen an (Kind, *Sterben*, S. 792).

Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität und drittens die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie³⁷⁸.

5.3. SAMW-Richtlinien Sterben und Tod

In den SAMW-RL Sterben und Tod befindet sich der Abschnitt «Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen» im Kapitel «Allgemein akzeptierte Handlungen»³⁷⁹. In diesem Abschnitt wird festgehalten, dass die Ablehnung des Einsatzes oder der Weiterführung von lebenserhaltenden Massnahmen unter Inkaufnahme des Sterbens durch eine urteilsfähige PatientIn respektiert werden müsse. Dies gelte auch dann, wenn das Abschalten oder die Entfernung eines für die Lebenserhaltung unerlässlichen Geräts (z.B. Beatmungsgerät oder Herzschrittmacher) verlangt werde. Von der ÄrztIn werde nicht verlangt, dass sie die Intention der PatientIn zur Herbeiführung des Todes unterstütze, sondern nur, dass sie eine medizinische Massnahme beende, in die die urteilsfähige PatientIn nicht länger einwillinge.

Wenn die PatientIn nicht urteilsfähig sei und keine Patientenverfügung vorliege, entscheide die gesetzliche Vertretungsperson. Der Entscheid stütze sich auf die Prognose, berücksichtige das durch eine allfällige Therapie verursachte Leiden sowie die Werte und Präferenzen der PatientIn, soweit diese bekannt seien. Je unsicherer die Wirkung einer Therapie auf Lebensdauer und Lebensqualität sei, desto schwieriger sei die Ermittlung des objektiven Interesses. Wenn das objektive Interesse nicht eindeutig und der mutmassliche Wille der PatientIn nicht bekannt seien, steige der Einfluss der Meinungen und Werte der Vertretungspersonen. Diese sollen unterstützt werden, auch in solchen Situationen eine Entscheidung zu treffen, die der Persönlichkeit der PatientIn so weit wie möglich Rechnung trage. Intensivmedizinische Massnahmen dürften nur dann begonnen oder fortgesetzt werden, wenn die begründete Aussicht darauf bestehe, dass dadurch ein Weiterleben mit angemessener Lebensqualität ausserhalb des akutmedizinischen Umfelds ermöglicht werde.

Therapien ohne Aussicht auf einen Erfolg könnten weder von der PatientIn noch von den Angehörigen eingefordert werden. Im Glossar werden «Therapien ohne Aussicht auf Erfolg» wie folgt definiert³⁸⁰: «Aussichtslos ist eine Therapie dann, wenn keine begründete Aussicht besteht, dass der Patient in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann.»

Abschliessend halten die Richtlinien fest, dass die beim Abbruch lebenserhaltender Massnahmen auftretenden Symptome angemessen zu behandeln seien.

378 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.3.2. (Behandlungsverzicht oder -abbruch).

379 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.1.1. (Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen).

380 SAMW-RL Sterben und Tod, Glossar.

Insbesondere sei eine vorsorgende medikamentöse Therapie von Symptomen, die nach Behandlungsabbruch zu erwarten sind, sinnvoll. Diese dürfe jedoch nicht in der Absicht einer möglichst raschen Herbeiführung des Todes erfolgen.

5.4. SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen

Auch die SAMW-Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen enthalten einen Abschnitt zu Unterlassung und Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen³⁸¹. Darin ist festgehalten, dass auf den Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen zu verzichten bzw. diese abubrechen seien, wenn nach einer umfassenden Analyse die Aussichtslosigkeit der Intensivtherapie feststehe. Die Entscheidung zum Verzicht oder Abbruch der Massnahme müsse sich auf eine umfassende Analyse der Patientensituation stützen. Der Verzicht oder Abbruch seien bei Vorliegen einer schweren Erkrankung ohne Erholungschancen indiziert, wenn die Situation aussichtslos sei. Die Aussichtslosigkeit wird an anderer Stelle wie folgt definiert³⁸²: «Als aussichtslos wird eine Therapie dann bezeichnet, wenn entweder von vornherein oder aber im Verlauf der Behandlung festgestellt werden muss, dass der Patient nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann. Was ein angemessenes Lebensumfeld bedeutet, hängt vom Willen und den Präferenzen des Patienten ab, muss aber mindestens eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung beinhalten.»

5.5. SAMW-Richtlinien Palliative Care

Die Richtlinien der SAMW zu Palliative Care halten im Kapitel zum Sterben und Tod fest, dass der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch angesichts des Sterbeprozesses gerechtfertigt oder geboten sein könne³⁸³. In den letzten Lebenstagen bestehe auch oft kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit und Nahrung. Der Einsatz einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr erfordere eine sorgfältige Abwägung von erwarteter Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen. Als Kriterien für die Entscheidungsfindung sollten die Prognose, der voraussichtliche Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität und die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie berücksichtigt werden.

381 SAMW-RL Intensivmedizinische Massnahmen, Ziff. II.6.4. (Unterlassung und Abbruch von Massnahmen und der Ausbau von Palliative Care).

382 SAMW-RL Intensivmedizinische Massnahmen, Ziff. II.5.4. (Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit).

383 SAMW-RL Palliative Care, Ziff. II.9.1. (Palliative Care bei Patienten am Lebensende, Abschnitt Behandlungsverzicht oder -abbruch).

5.6. SAMW-Richtlinien Demenz

Die SAMW-Richtlinien zum Thema Demenz halten im Abschnitt zu lebensverlängernden Massnahmen fest, dass sich der Entscheid, ob im Verlaufe des Fortschreitens einer Demenzerkrankung auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet werden soll, nach dem Patientenwillen bzw. dem mutmasslichen Patientenwillen richte³⁸⁴. Ein solcher Verzicht werde nicht selten in einer Patientenverfügung eingefordert. Wenn die Demenz von relevanten somatischen Erkrankungen begleitet sei, so sei das Spektrum der möglichen Therapieverzichtsentscheidungen breit. Beispielsweise könne bei einer gleichzeitig bestehenden Herzkrankheit angesichts der fortschreitenden Demenz der Entscheid zum Verzicht auf eine Herzoperation getroffen werden. Bei einer Demenzerkrankung ohne relevante Komorbiditäten (was insbesondere bei jüngeren Betroffenen häufig der Fall sei) seien dagegen die Möglichkeiten des Verzichts auf lebensverlängernde Massnahmen meist auf die Komplikationen der fortgeschrittenen Demenz beschränkt.

In fortgeschrittenen Demenzstadien komme es häufig zu Lungenentzündungen. Insbesondere wenn es sich um wiederkehrende Komplikationen handle, sollte die Durchführung einer Antibiotikatherapie gemäss Richtlinie nicht die Regel sein. Die Antibiotikagabe verlängere nur bei einer Minderheit dieser PatientInnen das Leben, und es sei offen, ob eine Verbesserung des Wohlbefindens – insbesondere des Atemkomforts – erreicht werden könne. Zurückhaltung sei auch deshalb angezeigt, weil bei diesen PatientInnen aufgrund der teilweise schwierigen Einhaltung der empfohlenen Medikamenteneinnahme das Risiko von Antibiotikaresistenzen bestehe. Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen bedeute keinesfalls eine Reduktion der medizinischen Betreuung, sondern deren Konzentration auf eine gelingende Symptomlinderung am Lebensende.

5.7. SAMW-Richtlinien Patientenverfügung

In den SAMW-Richtlinien betreffend Patientenverfügungen werden der Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht nur am Rande behandelt. Im Abschnitt betreffend Lebensende und Palliative Care (und nur in diesem) halten die Richtlinien fest, dass in der Patientenverfügung festgehalten werden kann, «ob bei einer zum Tode führenden Krankheit auf medizinische Massnahmen (z.B. Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen) verzichtet wird bzw. diese abgebrochen werden sollen»³⁸⁵.

384 SAMW-RL Demenz, Ziff. II.5.4.1. (Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen).

385 SAMW-RL Patientenverfügungen, Ziff. 4.4. (Aussagen zu spezifischen Situationen).

5.8. SAMW-Richtlinien Reanimationsentscheidungen

Die derzeit noch geltenden³⁸⁶ SAMW-Richtlinien zu Reanimationsentscheidungen halten im Abschnitt «Entscheidfindung» fest, dass der Reanimationsentscheid grundsätzlich im Betreuungsteam diskutiert werden müsse. Lehne die urteilsfähige PatientIn Reanimationsmassnahmen ausdrücklich ab, müsse dies von allen respektiert werden³⁸⁷.

Dem Abschnitt «Abbruch der Reanimationsmassnahmen» ist zu entnehmen, dass neben dem Patientenwillen und ungünstigen prognostischen Faktoren auch der fehlende Erfolg der Reanimation ein Grund für einen Abbruch der Reanimationsbemühungen darstelle. Eine Reanimation gilt als erfolglos, wenn während 20 Minuten trotz ununterbrochenen, lege artis durchgeführten Reanimationsmassnahmen nie eine Rückkehr der Herzaktion mit spontanem Kreislauf erreicht werde und die PatientIn klinische Zeichen des Todes (Pulslosigkeit, Koma usw.) aufweise. Tritt unter der Reanimation vorübergehend wieder eine spontane, kreislaufwirksame Herzaktion auf, beginnt die zwanzigminütige Reanimationsfrist neu. Bei Vorliegen besonderer medizinischer Umstände sei es sinnvoll, den Reanimationsversuch über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen³⁸⁸.

5.9. SAMW-Richtlinien Urteilsfähigkeit

Auch die Richtlinien zur Urteilsfähigkeit äussern sich zum Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht. Sie halten im Abschnitt «Notfall- und intensivmedizinische Patientinnen» fest, dass bei der Ablehnung einer vorgeschlagenen Behandlung durch die PatientIn in Betracht gezogen werden muss, dass die Ablehnung Symptom der Grunderkrankung, Folge eines Delirs oder Ausdruck von Ängsten oder Überforderung sein kann³⁸⁹. Dem Abschnitt zu Patienten mit Palliative Care ist zu entnehmen, dass die vorgeschlagene medizinische Betreuung die Möglichkeit des Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen als Alternative mit einschliessen soll, «wenn es sinnvoll ist»³⁹⁰.

5.10. SAMW-Richtlinien Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten

Die SAMW-Richtlinien betreffend die Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten beschreiben zunächst drei PatientInnen-

386 Die Zentrale Ethikkommission der SAMW hat eine Subkommission eingesetzt, die seit Dezember 2018 an der Revision der SAMW-RL Reanimationsentscheidungen arbeitet.

387 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, Ziff. II.2.5. (Entscheidfindung).

388 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, Ziff. II.3.3. (Abbruch der Reanimationsmassnahmen).

389 SAMW-RL Urteilsfähigkeit, Ziff. II.3.5. (Notfall- und intensivmedizinische Patientinnen).

390 SAMW-RL Urteilsfähigkeit, Ziff. II.3.8. (Patienten in Palliative Care).

gruppen (WachkomapatientInnen, PatientInnen mit schwersten degenerativen Hirnerkrankungen im Spätstadium sowie PatientInnen mit schwersten bei Geburt vorliegenden oder in der frühen Kindheit erworbenen Hirnschädigungen³⁹¹) und halten anschliessend fest, dass zerebral schwerst geschädigte LangzeitpatientInnen nicht mit Sterbenden gleichzusetzen seien. Im Unterschied zu Sterbenden befänden sie sich noch in einem stabilisierten, aber mutmasslich irreversiblen Zustand³⁹².

Auch wenn man die Information nicht unter dieser Überschrift erwarten würde, steht im Abschnitt «Therapeutische Massnahmen», dass es Situationen gebe, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr indiziert, sondern Begrenzung geboten sei. Eine Änderung des Behandlungsziels komme insbesondere dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten sei, so dass eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängere. Auf invasive und aufwändige Therapiemassnahmen könne eher verzichtet werden als auf schonende und einfache³⁹³.

5.11. Fazit

Allen SAMW-Richtlinien, die sich zum Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht äussern, halten fest, dass der Abbruch einer bereits begonnenen oder der Verzicht auf eine noch nicht begonnene Behandlung zwingend ist, wenn die urteilsfähige PatientIn dies wünscht oder wenn dies dem mutmasslichen Willen einer nicht mehr urteilsfähigen PatientIn entspricht. Dies entspricht der gesetzlichen Regelung im Erwachsenenschutzrecht (Art. 378 Abs. 3 ZGB).

Darüber hinaus äussern sich die Richtlinien auch zum Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in Fällen, in denen eine Behandlung unabhängig vom (mutmasslichen) Willen der PatientIn nicht mehr aufgenommen bzw. weitergeführt werden soll. Dies betrifft einerseits Situationen, in denen intensivmedizinische Massnahmen zur Diskussion stehen und andererseits PatientInnen mit schwersten zerebralen Schädigungen.

Das staatliche Recht äussert sich im Unterschied zu den SAMW-Richtlinien nicht explizit zur Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs und Behandlungsverzichts wegen Aussichtslosigkeit einer (Weiter-)Behandlung. In der juristischen Literatur wird jedoch regelmässig auf die Regelung gemäss den Richtlinien der

391 SAMW-RL Zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Ziff. II.1.1. (Beschreibung der Patientengruppen).

392 SAMW-RL Zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Ziff. II.1.2. (Abgrenzung zu den Sterbenden).

393 SAMW-RL Zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Ziff. II.4.2. (Therapeutische Massnahmen).

SAMW Bezug genommen. Dies gilt für sowohl für die straf-³⁹⁴ als auch für die verfassungsrechtliche³⁹⁵ Literatur.

V. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung

Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung ist zulässig, soweit die symptomlindernde Substanz nicht in einem Mass verabreicht wird, das über das Notwendige hinausgeht. Die ungenügende oder gänzlich ausbleibende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen ist ebenfalls unzulässig und kann im Extremfall als unmenschliche Behandlung gegen das Folterverbot verstossen³⁹⁶.

1. *Erwachsenenschutzrecht*

Aufgrund der Tatsache, dass die Symptomlinderung in aller Regel keinen lebensverkürzenden Effekt hat, dürften urteilsfähige Menschen oder die Vertretungspersonen von Urteilsunfähigen diesen Massnahmen meistens zustimmen. Konfliktfälle können dann auftreten, wenn Vertretungsberechtigte davon ausgehen, dass Substanzen eher zur Ruhigstellung von aufwändigen PatientInnen als zur Symptombekämpfung eingesetzt werden³⁹⁷. Wenn Vertretungspersonen die Gabe von symptomlindernden Substanzen gestützt auf den mutmasslichen Willen der betroffenen Person ablehnen, ist diese Ablehnung gemäss Art. 378 Abs. 3 ZGB grundsätzlich zu beachten. Wenn die Gabe zur Leidensminderung notwendig ist, können durch die Ablehnung die Interessen der urteilsunfähigen Person gefährdet sein. In diesen Fällen muss das Behandlungsteam gestützt auf Art. 381 Abs. 3 i.V.m. Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB die Erwachsenenschutzbehörde informieren. Diese bestimmt in Anwendung von Art. 381 Abs. 2 ZGB die vertretungsberechtigte Person oder errichtet eine Vertretungsbeistandschaft.

2. *Strafrecht*

Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung ist nicht strafbar, wenn die Lebensverkürzung als unvermeidbarer Nebeneffekt der Symptombekämpfung auftritt³⁹⁸. In der Schweiz existiert, soweit ersichtlich, keine publizierte Rechtspre-

394 Riklin, Regelung, S. 334 f.; Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 57.

395 Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 116; Hangartner, Sterbehilfe, S. 83 f.

396 Siehe § 10, II (Verbot unmenschlicher Behandlung).

397 Siehe dazu die Fallbeispiele bei Kley/Segessemann, [Langzeiteinrichtungen](#), S. 225.

398 Donatsch, in: StGB Kommentar, Art. 111 N 9; Eicker, Krise, S. 87 f.; Geth, Sterbehilfe, S. 12; Hausener, Lebensende, S. 45; Jenal, Indirekte Sterbehilfe, S. 125; Kunz, Sterbehilfe, S. 618 f.; Merkel, Patientenautonomie, S. 346; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 64; Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 79; Trechsel/Geth, in: Trechsel/Pieth, Praxiskommentar StGB, Vor Art. 111 N 7.

chung zu dieser Frage. In Deutschland hat der Bundesgerichtshof im Jahr 1996 in einem vielbeachteten Urteil festgehalten: «Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation bei einem sterbenden Patienten wird nämlich nicht dadurch unzulässig, daß sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann»³⁹⁹. Die Strafrechtslehre hat unzählige Begründungsansätze für die Straffreiheit hervorgebracht, diese werden bei LÜTHI umfassend erläutert⁴⁰⁰ und letztlich allesamt verworfen⁴⁰¹. Trotz diesem Lehrstreit und unterschiedlichen Auffassungen zur Frage, ob es eine gesetzliche Regelung braucht, besteht Einigkeit hinsichtlich der Straffreiheit *de lege lata*.

Die Gabe von symptomlindernden Substanzen in einem über das Notwendige hinausgehenden Mass ist eine strafbare Tötung, sofern der Tod früher als bei korrekter Dosierung eintritt⁴⁰². Da diese Form der Tötung häufig nicht als solche empfunden und demzufolge auch nicht als aussergewöhnlicher Todesfall gemeldet wird, findet keine Strafverfolgung statt. Stellt man die aus Befragungen hervorgehende Häufigkeit der Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung (30 Prozent aller erwarteten Todesfälle⁴⁰³) den Erkenntnissen der Palliativmedizin (i.d.R. keine Lebensverkürzung⁴⁰⁴) gegenüber, muss man davon ausgehen, dass häufig zu hohe Dosen verabreicht werden. Unklar ist jedoch, ob bewusst überdosiert wird. Gemäss SCHWARZENEGGER/STÖSSEL sind die Zahlen «wohl so zu interpretieren (...), dass bei der Dosierung häufig bewusst über die Grenze des palliativ Notwendigen hinausgegangen wird»⁴⁰⁵.

Eine ungenügende Schmerzbehandlung ist als Körperverletzung durch Unterlassen strafbar⁴⁰⁶.

3. Standesrecht

Die Standesordnung der FMH äussert sich nicht zur Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung. Diese wird jedoch in mehreren SAMW-Richtlinien thematisiert, wobei die meisten dieser Richtlinien in die Standesordnung aufgenommen wurden (Art. 18). Aufgrund der Nichtübernahme der SAMW-RL Sterben und Tod in die Standesordnung der FMH und die Weitergeltung der SAMW-RL Le-

399 Urteil des BGH 3 StR 79/96 vom 15. November 1996, Rn. 25.

400 Lüthi, Lebensverkürzung, S. 132 ff.

401 Lüthi, Lebensverkürzung, S. 146 f.

402 Donatsch, Sterbehilfe, S. 144; Zenz, *Pflicht*, S. 641; SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen).

403 Bosshard/Hurst/Puhan, *Entscheidungen*, S. 896.

404 Siehe § 2, II, 4 (Zahlen und Fakten zur Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung).

405 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 63; vgl. auch Lüthi, Lebensverkürzung, S. 146, wonach andere Faisst et al. vermuten, «dass bei der Dosierung der eingesetzten Schmerzmittel regelmässig das Mass des palliativ Notwendigen überschritten wird». In der zitierten Publikation (Faisst et al., *Lebensende*, S. 1677) findet sich diese Aussage allerdings nicht.

406 Merkel, Patientenautonomie, S. 346; Schelling, *Schmerztherapie*, S. 522 f.; Uhlenbruck, Schmerztherapie, S. 23 f.

bensende für FMH-Mitglieder⁴⁰⁷ wird nachfolgend wiederum die Regelung beider Richtlinien dargestellt.

3.1. SAMW-Richtlinien Lebensende

Die SAMW-RL Lebensende haben im Abschnitt «Palliative Care» festgehalten: «Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung (Verkürzung oder Verlängerung) der Lebensdauer führen sollte»⁴⁰⁸. Der in den gleichen Richtlinien enthaltene Kommentar zu diesem Abschnitt lautet wie folgt⁴⁰⁹: «Der 'lebensverkürzende Effekt' zentral wirkender Substanzen ist lange Zeit überschätzt worden. Im Allgemeinen sind Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschliesslich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert. Schmerzmittel und Sedativa können auch missbräuchlich eingesetzt werden, um den Tod herbeizuführen. Es ist aber in aller Regel bereits an der Dosierung resp. Dosissteigerung der Medikamente ein Unterschied zwischen der Schmerz- und Symptomlinderung in palliativer Absicht und der absichtlichen Lebensbeendigung erkennbar.»

3.2. SAMW-Richtlinien Sterben und Tod

In den SAMW-RL Sterben und Tod befindet sich der Abschnitt «Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen» im Kapitel «Allgemein akzeptierte Handlungen»⁴¹⁰. Zunächst wird festgehalten, dass es sich bei der Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen um eine Kernaufgabe bei der Betreuung Sterbender handelt. «Zu den häufigen Symptomen, die die letzten Tage charakterisieren können, gehören Schmerzen, Atemnot, 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 solcher Medikamente (z.B. Analgetika, Benzodiazepine) das Leben der Patientin zu verkürzen, darf nicht Motiv sein, diese zu niedrig 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.»

407 FMH, [Anhang 1 zur Standesordnung](#), S. 2.

408 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.3.1. (Palliative Care).

409 SAMW-RL Lebensende, Ziff. III. (ad 3.1. Palliative Care).

410 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.1.2. (Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen).

Im Kapitel «Nicht zulässige Handlungen» halten die Richtlinien sodann fest, dass sowohl die Applikation eines Medikaments in tödlicher Dosierung als auch eine plötzliche oder graduelle Steigerung der Medikation zur Symptombekämpfung oder Sedierung in einen tödlichen Dosisbereich, ohne dass dies durch eine dokumentierte oder sicher voraussehbare Symptomatik gerechtfertigt werden kann, als Tötung zu qualifizieren ist⁴¹¹.

Im Anhang zu den Richtlinien findet sich unter dem Titel «Definition ärztlicher Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen» ein Abschnitt zur Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen⁴¹²: In diesem wird festgehalten, dass unabhängig vom Behandlungsziel in Bezug auf die Lebensdauer eine ausreichende Symptomtherapie für die Lebensqualität des Patienten von entscheidender Bedeutung ist. Die atemdepressive Wirkung der dafür verwendeten Medikamente könne grundsätzlich zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen. Die Erfahrung zeige aber, dass dies bei einer gut an die erhobenen Symptome angepassten Dosierung kaum eintrete und eine optimale Schmerztherapie nicht selten auch zu einer gewissen Lebensverlängerung beitrage.

3.3. Weitere SAMW-Richtlinien

Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung wird zudem in drei weiteren Richtlinien kurz erwähnt:

- In den SAMW-RL Intensivmedizinische Massnahmen steht im Abschnitt «Sterbebegleitung in der Intensivstation», dass eine Steigerung der Medikamentendosierung nur erfolgen darf, wenn klinische oder paraklinische Zeichen für Schmerzen, Atemnot oder Unwohlsein vorhanden sind⁴¹³.
- Den SAMW-RL Palliative Care ist im Abschnitt «Palliative Care bei Patienten am Lebensende» zu entnehmen, dass Schmerzen und Leiden gelindert werden sollten, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte⁴¹⁴.
- In den SAMW-RL Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten steht im Abschnitt «Palliation und Pflege», dass Massnahmen mit palliativer Zielsetzung auch dann angewendet werden sollen, wenn dadurch die Lebensdauer verkürzt wird⁴¹⁵.

411 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen).

412 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.2.2.2. (Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen).

413 SAMW-RL Intensivmedizinische Massnahmen, Ziff. II.7.10. (Sterbebegleitung in der Intensivstation).

414 SAMW-RL Palliative Care, Ziff. II.9.1. (Palliative Care bei Patienten am Lebensende).

415 SAMW-RL Zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Ziff. II.4.3. (Palliation und Pflege).

3.4. Fazit

Alle SAMW-Richtlinien, die sich zur Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung äussern, halten fest, dass die Lebensverkürzung als Nebeneffekt der Symptombekämpfung in Kauf zu nehmen ist.

Sowohl in den (zurückgezogenen) SAMW-Richtlinien Lebensende als auch in den Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod wird darauf hingewiesen, dass der lebensverkürzende Effekt «lange Zeit überschätzt worden»⁴¹⁶ ist bzw. dass eine Verkürzung der Lebensdauer «bei einer gut an die erhobenen Symptome angepassten Dosierung kaum eintritt»⁴¹⁷. Um der Gefahr vorzubeugen, dass unter dem Deckmantel der Symptombekämpfung gezielte Lebensverkürzungen stattfinden, halten die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod fest, dass eine Steigerung der Medikation zur Symptombekämpfung in einen tödlichen Dosisbereich als strafbare Tötung zu qualifizieren ist, wenn die Steigerung nicht durch eine dokumentierte oder sicher voraussehbare Symptomatik gerechtfertigt werden kann⁴¹⁸.

VI. Suizidhilfe

Suizidhilfe ist in der Schweiz nur strafbar, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Art. 115 StGB (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord) lautet: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde⁴¹⁹ verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.»

Strafbar macht sich zwar auch, wer einem nachweislich urteilsunfähigen Menschen dabei hilft, sich das Leben zu nehmen. Dabei handelt es sich aber nicht um Suizidhilfe (Art. 115 StGB), sondern um eine Form der Tötung. Je nach den konkreten Umständen macht sich die «helfende» Person strafbar wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Tötung (Art. 111/Art. 117 StGB), Mord (Art. 112 StGB) oder Totschlag (Art. 113 StGB)⁴²⁰.

ÄrztInnen, die das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital verschreiben, müssen die Vorgaben verschiedener gesundheitsrechtlicher Erlasse (Betäubungsmittelgesetz, Heilmittelgesetz, Medizinalberufegesetz) beachten. Diese enthalten auch Strafbestimmungen.

416 SAMW-RL Lebensende, Ziff. III. (ad 3.1. Palliative Care).

417 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.2.2.2. (Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen).

418 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.3. (Nicht zulässige Handlungen).

419 Zum Begriff Selbstmord: § 2, IX, 1.

420 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 123.

1. Urteilsfähigkeit

Die auf den Suizid bezogene Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person ist unbestritten Voraussetzung für die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe⁴²¹. Die Urteilsfähigkeit wird bei Erwachsenen, die nicht an einer geistigen Behinderung oder psychischen Störung leiden, vermutet⁴²². Aber auch das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose begründet nicht zwingend die Vermutung fehlender Urteilsfähigkeit⁴²³. Weder das Strafgesetzbuch noch das Betäubungs-, Heilmittel- oder Medizinalberuferecht verlangen für die Straffreiheit der Suizidhilfe einen Nachweis der Urteilsfähigkeit. Strafbar macht sich nur, wer *nachweislich* einem urteilsunfähigen Menschen dabei geholfen hat, sich das Leben zu nehmen⁴²⁴. Bei einer verstorbenen Person sind die Anforderungen an den nachträglichen Beweis der Urteilsunfähigkeit allerdings herabgesetzt, weil der absolute Beweis nach dem Tod nicht mehr erbracht werden kann⁴²⁵.

Auch wenn Anhaltspunkte bestehen, die Zweifel an der Urteilsfähigkeit einer suizidwilligen Person aufkommen lassen, reicht das Ausbleiben einer genaueren Abklärung nicht für eine strafrechtliche Verfolgung der Suizidhilfe. Wenn es sich um ärztliche Suizidhilfe handelt, sind jedoch berufsrechtliche Konsequenzen wie z.B. ein Verbot der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital oder ein Entzug der Berufsausübungs- oder Praxisbewilligung möglich⁴²⁶. Hierfür muss nachgewiesen werden, dass die ÄrztIn trotz bestehender Anhaltspunkte, die auf eine Urteilsunfähigkeit hingewiesen haben, diese nicht sorgfältig ausgeschlossen hat⁴²⁷. Wenn keine solchen Anhaltspunkte bestehen, kann sich die ÄrztIn *e contrario* auf die Vermutung der Urteilsfähigkeit berufen.

Wenn zwei Gutachten hinsichtlich des Suizidwunsches die Urteilsfähigkeit einer Person bestätigen, ist die Einstellung eines Strafverfahrens gegen die Suizidhelferin auch dann zulässig, wenn der Hausarzt der betroffenen Person die Urteilsfähigkeit verneint. Dies hat das Bundesgericht im Februar 2019 entschieden⁴²⁸. Nach Eingang einer Strafanzeige durch den Ehegatten der Verstorbenen eröffnete die Staatsanwaltschaft zunächst eine Strafuntersuchung gegen die Mitarbeiterin der Suizidhilfeorganisation, stellte diese jedoch nach sechs Monaten wieder ein. Das Obergericht des Kantons Thurgau und das Bundesgericht wiesen die gegen die Einstellung erhobenen Beschwerden des Ehemannes der Verstorbe-

421 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 6.1.

422 BGE 134 II 235 E. 4.3.3; Baumgarten, Right to Die, S. 1.

423 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.3.

424 BSK StGB-Schwarzenegger, Art. 115, N 6; Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 172.

425 Urteil des Bundesgerichts 5A_16/2016 vom 26. Mai 2016, E. 4.1.2.

426 Siehe § 4, VI, 8 (Verbot der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital).

427 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.3.

428 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019.

nen ab⁴²⁹. Das Obergericht hat sich in Bezug auf die Frage, ob die Verstorbene selbstbestimmt und ernsthaft entschieden hatte, ihr Leben beenden zu wollen, auf die Beurteilung zweier Fachärzte abgestützt, die der Verstorbenen zwei bzw. fünf Wochen vor dem Suizid Urteilsfähigkeit attestierten. Das Obergericht berücksichtigte die Aussagen des Hausarztes und des Ehegatten, die beide die Urteilsfähigkeit in Zweifel zogen, sowie die vom Ehegatten behauptete Beeinflussung durch eine möglicherweise am Erbe beteiligte Nichte nicht ausdrücklich. Nach dem Urteil des Bundesgerichts ist dies angesichts der klaren fachärztlichen Schlussfolgerungen nicht zu beanstanden⁴³⁰.

Weil die Urteilsfähigkeit vermutet wird⁴³¹, besteht keine gesetzliche Pflicht zur Abklärung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe. Wird Suizidhilfe geleistet, ohne dass die Urteilsfähigkeit im Vorfeld geprüft wurde, hat dies grundsätzlich keine strafrechtlichen Konsequenzen. Das Bundesgericht hat in einem Urteil aus dem Jahr 2010 behauptet, dass im vier Jahre zuvor ergangenen Leitentscheid festgehalten worden sei, die Abgabe einer Substanz zum Zweck eines Suizids setze «auf jeden Fall eine eingehende, sorgfältige medizinische Untersuchung und Diagnosestellung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten voraus»⁴³². Diese Aussage lässt sich dem im Jahr 2006 ergangenen Leitentscheid allerdings nicht entnehmen⁴³³.

Wenn nachträglich nachgewiesen werden kann, dass eine verstorbene Person mit Blick auf ihren Suizid nicht (mehr) urteilsfähig war, droht den MitarbeiterInnen der Suizidhilfeorganisation wie auch anderen Gehilfinnen eine Verurteilung wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Tötung in mittelbarer Täterschaft⁴³⁴. Entsprechende Verurteilungen sind selten. Dies kann daran liegen, dass die Suizidhilfeorganisationen die Urteilsfähigkeit gründlich abklären und suizidwillige Menschen nur dann unterstützen, wenn diese mit Blick auf den Suizid urteilsfähig sind. Es ist aber auch möglich, dass trotz fehlender Urteilsfähigkeit bzw. in Grenzfällen Suizidhilfe geleistet wird und die (erfolgreiche) Strafverfolgung nur deshalb ausbleibt, weil nachträglich nicht mehr abgeklärt werden kann, ob die Urteilsfähigkeit bezüglich des Suizids vorhanden war oder nicht. Suizidhilfeorganisationen können selber wählen, mit welchen ÄrztInnen sie zusammenarbeiten wollen, und scheinen solche zu bevorzugen, welche die Urteilsfähigkeit rasch

429 Urteil des Bundesgerichts [6B_1024/2018](#) vom 7. Februar 2019, E. 4.

430 Urteil des Bundesgerichts [6B_1024/2018](#) vom 7. Februar 2019, E. 2.3.

431 Baumgarten, *Right to Die*, S. 129.

432 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010, E. 3.2.

433 [BGE 133 I 58](#).

434 Urteil des Bundesgerichts [6B_48/2009](#) vom 11. Juni 2009, E. 2.1 (stark kritisiert bei Arzt, Sterbehilfe, S. 140 f.); Urteil des Bundesgerichts [6B_1024/2018](#) vom 7. Februar 2019, E. 2.2.; Gavela, *Sterbehilfe*, S. 66; Stratenwerth, *Strafrecht AT*, S. 385 f.

und unkompliziert abklären⁴³⁵. Darüber hinaus haben rechtsmedizinische Untersuchungen zur Praxis der Abklärung der Urteilsfähigkeit durch Suizidhilfeorganisationen bisher wenig Klarheit gebracht⁴³⁶. Sie beschränkten sich auf die Schilderung problematischer Beispiele und es bleibt unklar, wie häufig diese sind⁴³⁷.

2. Selbstbestimmtheit, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit

Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid aus dem Jahr 2006 festgehalten, dass der Schutz des Lebens gebietet, dass im Einzelfall geprüft wird, ob der Entscheid, dem Leben ein Ende zu setzen, tatsächlich dem freien und wohlerwogenen Willen des Betroffenen entspricht und dass der Todeswunsch beständig sein muss⁴³⁸. Die Richtlinien der SAMW nennen als Voraussetzung für die ärztliche Suizidhilfe, dass der Wunsch wohlerwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft sein muss. Es stellt sich die Frage, ob es sich dabei um zusätzliche Kriterien handelt, die nebst der Urteilsfähigkeit erfüllt sein müssen.

VENETZ hält fest, dass die Dauerhaftigkeit bzw. Persistenz des Sterbewunsches nicht als zusätzliche Voraussetzung für eine straflose Suizidbeihilfe aufzufassen sei; «sie will sich vielmehr als Indiz verstanden wissen, das im Einzelfall für die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf die Selbsttötung spricht»⁴³⁹.

Die Irrtumsfreiheit dürfte der vom Bundesgericht und von den SAMW-Richtlinien verlangten Wohlerwogenheit entsprechen und ist eine von der Urteilsfähigkeit unabhängige Voraussetzung für die Straflosigkeit der Suizidhilfe⁴⁴⁰. Fälle eines unter Irrtum vorgenommenen Suizids seien jedoch selten und begegneten in ihrer Beurteilung keinen grundsätzlichen rechtlichen Schwierigkeiten⁴⁴¹.

Auch bei der Zwangsfreiheit bzw. Freiverantwortlichkeit, die am ehesten der von Bundesgericht und SAMW geforderten Selbstbestimmtheit entspricht, handelt es sich gemäss VENETZ um eine eigenständige und meist gegebene Voraussetzung⁴⁴². Das Bezirksgericht Uster setzt demgegenüber die Freiverantwortlichkeit

435 Bartsch, Praxis, S. 212: «Das Ausstellen von ärztlichen Zeugnissen geschieht in vielen Fällen durch immer dieselben Ärztinnen und Ärzte, die für die Sterbehilfevereine konsiliarisch tätig sind. Es ist nicht selten, dass diese die Patientinnen und Patienten nicht vorher kennen, vor allem, wenn sie aus dem Ausland angereist sind.»

436 Bartsch/Ajdacic-Gross/Reisch, *Assistierte Suizide*, S. 4: «Auch bleibt durch die erst postmortal stattfindenden Abklärungen der Strafverfolgungsbehörden [sic] offen, wie die Grundvoraussetzung des Vorliegens der Urteilsfähigkeit in Bezug auf den langandauernden und wohlerwogenen Sterbewunsch im Einzelfall geprüft wurde.»

437 Bartsch, Praxis, S. 212: «Besonders problematisch sind Widersprüche oder unvollständige Unterlagen im Zusammenhang mit der Dokumentation zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit. Es gibt immer wieder Fälle, bei denen die Dokumente unvollständig waren und auch jene, bei denen sich gar keine Angaben zur Urteilsfähigkeit fanden.»

438 BGE 133 I 58 E. 6.3.6.

439 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 165.

440 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 151.

441 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 154.

442 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 149 und 154.

mit Urteilsfähigkeit gleich⁴⁴³. Das Bundesgericht hat bei der Aufhebung der Vereinbarung zwischen Exit und der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich festgehalten, dass es fraglich erscheine, «ob die Urteilsfähigkeit bezüglich des Sterben-Wollens das ausschlaggebende Kriterium für die Bejahung eines autonomen Sterbewunsches sein kann» und dass es sich aufdränge, «die Beantwortung derartiger Fragen [...] dem Bundesgesetzgeber vorzubehalten»⁴⁴⁴.

3. *Selbstsüchtige Beweggründe*

Für eine Strafbarkeit nach Art. 115 StGB steht die Frage, was selbstsüchtige Beweggründe sind, im Zentrum. Art. 115 StGB hat seit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1942 keine inhaltlichen Änderungen erfahren⁴⁴⁵.

Der Gesetzgeber kann beim Erlass von Art. 115 StGB im Jahr 1937 nicht an Suizidhilfeorganisationen gedacht haben, weil es diese damals noch nicht gab⁴⁴⁶. In der Botschaft zum Strafgesetzbuch wird als Motivation für die Beihilfe zum Suizid eine Freundestat genannt⁴⁴⁷. Literatur aus der Zeit des Inkrafttretens geht davon aus, dass selbstsüchtige Beweggründe nur dann nicht gegeben sind, wenn jemand aus reiner Gesinnung bzw. aus achtungswerten Beweggründen handelt⁴⁴⁸. Heute besteht demgegenüber Einigkeit dahingehend, dass Art. 115 StGB keine achtenswerte Motivation verlangt. Eine gleichgültige Haltung genügt für das Verneinen von selbstsüchtigen Beweggründen⁴⁴⁹. Diese Auslegung entspricht dem Wortlaut. Nachdem sich der Gesetzgeber in Kenntnis der Tätigkeiten von Suizidhilfeorganisationen in den letzten Jahren wiederholt gegen eine Änderung von

443 Urteil des Bezirksgerichts Uster [GG170037](#) vom 30. Mai 2018, S. 21.

444 [BGE 136 II 415 E. 2.3.4.](#)

445 Beschluss des Parlaments vom 21. Dezember 1937 zum Erlass des schweizerischen Strafgesetzbuchs ([BB1 1937 III 625](#)), S. 660: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.»

446 [BGE 136 II 415 E. 2.3.3.](#)

447 Botschaft des Bundesrates vom 23. Juli 1918 an die Bundesversammlung zu einem Gesetzesentwurf enthaltend das schweizerische Strafgesetzbuch ([BB1 1918 IV 1](#)), S. 32: «Aber auch die Überredung zum Selbstmord und die Beihilfe bei einem solchen kann eine Freundestat sein, weshalb hier nur die eigennützige Verleitung und Beihilfe mit Strafe bedroht wird, so z. B. die Überredung einer Person zum Selbstmord, die der Täter zu unterstützen hat oder die er zu beerben hofft.»

448 Engi, Normentstehungsgeschichte, Rz. 3.

449 BSK StGB-Schwarzenegger, Art. 115, N 14; Schubarth, Aussergewöhnlicher Todesfall, S. 257; Straatenwerth/Jenny/Bommer, Strafrecht BT I, S. 46; Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 263.

Art. 115 StGB ausgesprochen hat⁴⁵⁰, kann heute nicht mehr gesagt werden, dass der Wortlaut nicht dem tatsächlich Gewollten entspricht⁴⁵¹.

In der Lehre bestehen unterschiedliche Auffassungen zur Frage, ob Vorstands- und Geschäftsleitungsmitglieder von Suizidhilfeorganisationen auch dann nicht selbstsüchtig handeln, wenn sie Vollzeit für die Organisation arbeiten und mit dieser Tätigkeit ihren Lebensunterhalt verdienen. Für VENETZ liegt die Verdienstgrenze bei 20'000 Franken pro Jahr⁴⁵², was eine Vollzeit-Tätigkeit ausschliesst. Für BRUNNER soll organisierte Suizidhilfe eine ehrenamtliche Tätigkeit sein, wobei jegliche darüber hinausgehende Form auf selbstsüchtige Beweggründe hinweise – dies gelte auch für Vorstandsmitglieder⁴⁵³. SCHWARZENEGGER hält demgegenüber pauschal fest, eine strafrechtliche Verantwortlichkeit der Vorstandsmitglieder und Angestellten, die nicht direkt mit der Organisation der einzelnen Suizidbeihilfen zu tun haben, sei «wohl generell auszuschliessen»⁴⁵⁴. Das Bezirksgericht Uster hat sich dieser Auffassung angeschlossen und den Jahreslohn eines Vorstandsmitglieds in der Höhe von 130'000 Franken als angemessen betrachtet⁴⁵⁵. Weil die Staatsanwaltschaft die Frist zur Einreichung der Berufungsbegründung verpasst hat, wurde das Urteil des Bezirksgerichts Uster rechtskräftig.

Verschiedene Auffassungen bestehen auch zur Frage, ob für die Personen, welche die Suizidhilfe unmittelbar durchführen, andere Regeln gelten, d.h. ob sie ehrenamtlich tätig sein müssen und nur eine Spesenentschädigung erhalten dürfen⁴⁵⁶. Diejenigen AutorInnen, welche nur eine Spesenentschädigung als zulässig erachten, nennen Beträge zwischen 300 und 550 Franken pro Suizidhilfe⁴⁵⁷. Einzig VENETZ nennt auch den konkreten Zeitaufwand, wobei dieser offenbar stark variiert und bei 5–20 Stunden liegt⁴⁵⁸. Es wird auch vertreten, dass es bei der Beurteilung der Selbstsucht nicht darauf ankommen könne, «wie nah oder fern ein Mitwirkender vom assistierten Suizid entfernt ist, oder ob jemand mehr oder weniger Verantwortung innerhalb der Suizidhilfeorganisation hat»⁴⁵⁹. Die-

450 Am 21. Dezember 2011 hat der Ständerat einer Ständesinitiative des Kantons Aargau zur Änderung von Artikel 115 StGB und einer Ständesinitiative des Kantons Basel-Landschaft zur gesamtschweizerischen Regelung der Suizidbeihilfe keine Folge gegeben (AB 2011 S 1261). Der Nationalrat hat am 26. September 2012 gleich entschieden (AB 2012 N 1674). Am 14. Juni 2018 hat der Ständerat einer Ständesinitiative des Kantons Neuenburg zur Festlegung von Bedingungen für die Suizidhilfe keine Folge gegeben (AB 2018 S 570). Der Nationalrat hat am 19. März 2019 gleich entschieden (AB 2019 N 448).

451 So Engi, Normentstehungsgeschichte, Rz. 20.

452 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 270 (Fn. 970).

453 Brunner, Graubereiche, S. 238.

454 Schwarzenegger, *Beweggründe*, S. 114.

455 Urteil des Bezirksgerichts Uster GG170037 vom 30. Mai 2018, S. 99.

456 Schwarzenegger, *Beweggründe*, S. 118; Gavela, Sterbehilfe, S. 72, bezieht sich auf Brunner, der dies an der zitierten Stelle allerdings lediglich de lege ferenda fordert (Brunner, Skizze, S. 249).

457 Schwarzenegger, *Beweggründe*, S. 116; Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 267 (Fn. 962); offen gelassen bei Schubarth, Aussergewöhnlicher Todesfall, S. 259.

458 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 267 (Fn. 962).

459 Häring, *Suizidhilfeorganisationen*, Rz. 66.

ser Autor erachtet es als nicht massgeblich, «ob rein äusserlich eine Person CHF 50 oder CHF 50'000 für eine Suizidbegleitung erhält», solange sie zu beidem bereit ist⁴⁶⁰. Nach Ansicht des Bezirksgerichts Uster ist die Praxis einer Suizidhilfeorganisation, die Begleitung eines Doppelsuizids doppelt zu entschädigen, «zu billigen und auch bei der vorliegenden Doppelbegleitung pro Suizidbegleiter von einer Entschädigung von je Fr. 1'100.– auszugehen»⁴⁶¹.

Uneinigkeit bestehen schliesslich auch in der Frage, ob beim Vorliegen von selbstsüchtigen nebst anderen Beweggründen der Tatbestand von Art. 115 StGB bereits erfüllt ist oder ob nur überwiegend selbstsüchtige Beweggründe eine Strafbarkeit begründen. Das Bezirksgericht Uster hat dazu festgehalten, dass selbstsüchtige Beweggründe überwiegen müssen⁴⁶². Mit anderen Worten: Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Suizid verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, bleibt straffrei, wenn gleichzeitig andere Beweggründe vorliegen und diese nach Auffassung des beurteilenden Gerichts überwiegen. Weil die Staatsanwaltschaft die Frist zur Einreichung der Berufungsbegründung verpasst hat, konnte diese Interpretation von Art. 115 StGB nicht von einer höheren Instanz überprüft werden.

Die Staatsanwaltschaft des Kantons Basel-Stadt hat im Oktober 2015 entschieden, auf eine Strafanzeige gegen die Stiftung Eternal Spirit mangels selbstsüchtiger Beweggründe der verantwortlichen Personen nicht einzutreten⁴⁶³. In der Einstellungsverfügung ist festgehalten, dass (1.) die pro Suizidhilfe angefallenen Kosten jeweils belegt und lückenlos nachvollzogen werden konnten, dass (2.) umfangreiche Arbeiten geleistet, jedoch nicht verrechnet werden, dass (3.) die verrechneten Arbeiten und sonstigen Aufwendungen zu angemessenen Ansätzen in Rechnung gestellt werden und dass (4.) ein allfälliger Überschuss aus einer Suizidbegleitung nicht einzelnen Mandatsträgern der Stiftung Eternal Spirit oder des Vereins Lifecircle zugutekomme, sondern entweder zur Ermöglichung von Suizidbegleitungen für mittellose Personen oder zur Erreichung des Vereinszwecks, nämlich unter anderem die Förderung der Lebensqualität im physischen, psychischen und im spirituellen Bereich sowie die Suizidprophylaxe, verwendet werde⁴⁶⁴. Aus diesen Gründen «liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die verantwortlichen Personen der Stiftung Eternal Spirit mit selbstsüchtigen Beweggründen gehandelt haben. Der fragliche Tatbestand der Verleitung und Beihilfe zum

460 Häring, [Suizidhilfeorganisationen](#), Rz. 58.

461 Urteil des Bezirksgerichts Uster [GG170037](#) vom 30. Mai 2018, S. 79.

462 Urteil des Bezirksgerichts Uster [GG170037](#) vom 30. Mai 2018, S. 23.

463 [Nichtanhandnahmeverfügung der Staatsanwaltschaft des Kantons Basel-Stadt vom 29. Oktober 2015](#), S. 1.

464 [Nichtanhandnahmeverfügung der Staatsanwaltschaft des Kantons Basel-Stadt vom 29. Oktober 2015](#), S. 8.

Selbstmord ist eindeutig nicht erfüllt, weshalb das Verfahren nicht anhand zu nehmen ist»⁴⁶⁵.

4. Aussergewöhnlicher Todesfall

Ein Suizid gilt unabhängig davon, ob er mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation durchgeführt worden ist, als aussergewöhnlicher Todesfall⁴⁶⁶ und muss als solcher nach Art. 253 Abs. 3 StPO den Strafbehörden gemeldet werden. Die Wohlerwogenheit des Suizidwunsches wird somit nicht oder erst nach dem Todeintritt staatlich überprüft. Es wird den Suizidhilfeorganisationen überlassen, wie die Wohlerwogenheit des Suizidwunsches abgeklärt wird.

5. Verschreibung von Natrium-Pentobarbital

5.1. Natrium-Pentobarbital

Suizidhilfeorganisationen verwenden für die Lebensbeendigung das Barbiturat Natrium-Pentobarbital (NaP)⁴⁶⁷. «Pentobarbital-Natrium» meint dasselbe, diese Schreibweise entspricht aber nicht den Regeln der chemischen Nomenklatur. Pentobarbital ist ein Molekül, Natrium-Pentobarbital ist ein Salz, welches aus den Molekülen Natrium und Pentobarbital zusammengesetzt ist. Die Regulierung betreffend Pentobarbital ist somit auch auf Natrium-Pentobarbital anwendbar. Natrium-Pentobarbital gilt als «das sanfteste, sicherste und schmerzloseste Mittel für diesen Zweck»⁴⁶⁸.

5.2. Betäubungs- und Heilmittelrecht

Pentobarbital ist ein Betäubungsmittel und gehört zu den kontrollierten Substanzen im Sinne von Art. 3 Abs. 2 lit. b Betäubungsmittelkontrollverordnung (kontrollierte Substanzen, die teilweise von den Kontrollmassnahmen ausgenommen sind)⁴⁶⁹. Die Abgabe von Natrium-Pentobarbital bedarf einer ärztlichen Verschreibung⁴⁷⁰. Zu den ärztlichen Verrichtungen im Sinne der Gesundheitsgesetzgebung gehört auch die Verschreibung oder Abgabe von Natrium-Pentobarbital

465 Nichtanhandnahmeverfügung der Staatsanwaltschaft des Kantons Basel-Stadt vom 29. Oktober 2015, S. 9.

466 Bartsch, Praxis, S. 206 f.; Schubarth, Aussergewöhnlicher Todesfall, S. 259; Zollinger/Jackowski/Wyler, Rechtsmedizin, S. 13.

467 Gavela, Sterbehilfe, S. 78; Hotz, Natrium-Pentobarbital, S. 258; Informationsbroschüre von Exit, Zürich 2019, S. 23; «Bei EXIT sind begleitete Freitode ausschliesslich mit dem Sterbemittel Natrium-Pentobarbital möglich.»

468 Petermann, NaP-Rezeptierung, S. 441.

469 Art. 2 Abs. 1 sowie Anhänge 1 und 3 Verzeichnis b Betäubungsmittelverzeichnisverordnung.

470 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 4.2.; Art. 10 Abs. 1 BetmG.

zur Suizidhilfe⁴⁷¹. ÄrztInnen dürfen Arzneimittel mit kontrollierten Substanzen nur für PatientInnen verschreiben, die sie selber untersucht haben (Art. 46 BetmKV).

Für Betäubungsmittel, die als Heilmittel verwendet werden, gilt zusätzlich auch das Heilmittelgesetz (Art. 2 Abs. 1 lit. b HMG). Weil das Heilmittelgesetz für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital eine weniger weit gehende Regelung trifft⁴⁷², sind gemäss Art. 1b BetmG auch die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes anwendbar.

Der Begriff «Heilmittel» wird im Heilmittelgesetz nicht definiert. Aus dem Titel des Gesetzes (Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte [Heilmittelgesetz, HMG]) ergibt sich aber, dass Heilmittel der Oberbegriff für Arzneimittel und Medizinprodukte ist. Arzneimittel werden in Art. 4 Abs. 1 lit. a HMG definiert als «Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; [...]». Aus der insbesondere-Formulierung ergibt sich, dass die nachfolgend aufgeführten Zwecke nicht abschliessend sind. Da Natrium-Pentobarbital zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen Organismus bestimmt ist, handelt es sich um ein Arzneimittel und untersteht somit dem Heilmittelgesetz. In der Lehre und Rechtsprechung besteht denn auch Einigkeit darüber, dass die Vorschriften des Heilmittelgesetzes auch bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zu beachten sind⁴⁷³.

Gemäss Art. 9 Abs. 1 HMG dürfen verwendungsfertige Arzneimittel nur in Verkehr gebracht werden, wenn sie vom Institut (Swissmedic) zugelassen sind. Pentobarbital und Natrium-Pentobarbital sind in der Stoffliste von Swissmedic enthalten und damit zugelassen⁴⁷⁴. Sie sind der Abgabekategorie B zugeteilt⁴⁷⁵, d.h. die Abgabe erfordert nach Art. 24 Arzneimittelverordnung eine ärztliche oder tierärztliche Verschreibung. Gemäss Art. 10 Abs. 1 BetmG sind nur selbstständige ÄrztInnen und TierärztInnen im Sinne des Medizinalberufegesetzes zum Verordnen von Betäubungsmitteln befugt.

Sowohl das Betäubungsmittel- als auch das Heilmittelgesetz verweisen für die Zulässigkeit einer Verschreibung auf die anerkannten Regeln der medizinischen

471 Urteil des Bundesgerichts [2C_191/2008](#) vom 24. Juni 2008, E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts [2P.310/2004](#) vom 18. Mai 2005, E. 4.3.3.

472 Gächter/Truong, Verschreibung, S. 194.

473 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 4.1.; Urteil des Bundesgerichts [2C_839/2008](#) vom 1. April 2009, E. 2; [BGE 133 I 58](#) E. 4.1.2; Urteil des Tribunal cantonal des Kantons Neuenburg [CPEN.2013.75](#) vom 23. April 2014, E. 7.; Petermann, NaP-Rezeptierung, S. 442; Petermann, NaP-Regelung, S. 1415.

474 Swissmedic, [Stoffliste \(Stand vom 31. August 2018\)](#), S. 45.

475 Swissmedic, [Stoffliste \(Stand vom 31. August 2018\)](#), S. 45.

Wissenschaften⁴⁷⁶. Das Heilmittelgesetz nennt zusätzlich auch die pharmazeutischen Wissenschaften. Den Botschaften lässt sich hierzu nicht mehr entnehmen als den Gesetzestexten⁴⁷⁷. In der Kommentierung von Art. 26 HMG wird auf die Sorgfaltspflichtverletzung im Rahmen der ärztlichen Haftung verwiesen, die ihrerseits wieder auf die Regeln der medizinischen Wissenschaft abstützt⁴⁷⁸. Das Bundesgericht hat in seinem Leitscheid aus dem Jahr 2006 festgehalten, dass auch bei psychisch kranken Personen eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zulässig sein kann⁴⁷⁹.

Nach Auskunft von Swissmedic werden die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW nicht als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 Abs. 1 HMG betrachtet, womit die Möglichkeit einer Strafverfolgung nach Art. 86 lit. a HMG wegen Nichtbeachtung dieser Richtlinien (die eine Prüfung der Urteilsfähigkeit verlangen⁴⁸⁰) entfällt. Ebenso hat das Appellationsgericht des Kantons Basel-Stadt mit Verweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts festgehalten, dass es sich bei den SAMW-Richtlinien nicht um anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft i.S.v. Art. 26 Abs. 1 HMG handle⁴⁸¹. Auch in der Literatur wird dafür gehalten, dass die Richtlinien der SAMW nicht anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 Abs. 1 HMG sind⁴⁸². Das Bundesgericht hat die Richtlinien der SAMW zwar als anerkannte medizinische Berufsregeln, nicht aber als Regeln der medizinischen Wissenschaften qualifiziert⁴⁸³.

Das Heilmittelgesetz verlangt sodann, dass ein Arzneimittel nur verschrieben werden darf, wenn der Gesundheitszustand der PatientIn bekannt ist (Art. 26 Abs. 2 HMG). Eine Bestrafung gestützt auf Art. 26 Abs. 2 i.V.m. Art. 86 Abs. 1 HMG ist möglich, wenn das Sterbemittel ohne Abklärung des Gesundheitszustands der betroffenen Person verschrieben wird. Im Kanton Neuenburg ist ein Arzt wegen einer solchen Verschreibung in erster Instanz verurteilt und in zweiter

476 Art. 11 Abs. 1 BetmG sowie Art. 26 Abs. 1 HMG.

477 Botschaft zum Betäubungsmittelgesetz (BBl 1951 I 829), S. 855; Botschaft zum Heilmittelgesetz (BBl 1999 3453), S. 3513.

478 BSK HMG-Bürgi, Art. 26 N 8.

479 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1.

480 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe): «Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat.»

481 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt VD.2017.21 vom 6. Juli 2017, E. 5.4.6.

482 Schaezr, Erblindung, S. 949 ff.; Schaezr, Suizidbeihilfe, S. 1321; sowohl BSK HMG-Bürgi, Art. 26 Nf., als auch Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 240 f., äussern sich nicht zur Frage, ob die Richtlinien der SAMW als Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 HMG gelten.

483 BGE 133 I 58 E. 6.3.4.: «Dem Gesetzgeber steht es im Rahmen der Abwägung der betroffenen Güter [...] frei, die Zulässigkeit der Suizidhilfe und die Abgabe eines gefährlichen Stoffs in diesem Zusammenhang an die Übereinstimmung mit den ärztlichen Berufsregeln oder den Stand der medizinischen Wissenschaften zu knüpfen. [...] Entgegen den Einwendungen des Beschwerdeführers kann somit im Rahmen der anerkannten medizinischen Berufsregeln durchaus ein ärztliches Rezept für die Abgabe von Natrium-Pentobarbital ausgestellt werden, [...]».

Instanz freigesprochen worden. Die erste Instanz erachtete die Voraussetzung, wonach der Gesundheitszustand des Patienten bekannt sein muss, als nicht erfüllt, weil der Arzt nur einen Einblick («aperçu») und keine Kenntnis («connaissance») des Zustands seines Patienten hatte⁴⁸⁴. Es erkannte darin einen strafbaren Verstoss gegen Art. 26 HMG⁴⁸⁵. Für die zweite Instanz war demgegenüber ausschlaggebend, dass zwei Gutachter in erster Linie die gleiche Diagnose (anorektale Tumorerkrankung) wie der verschreibende Arzt gestellt hätten⁴⁸⁶. Dies genüge für einen Freispruch, da Art. 26 Abs. 2 HMG keine vollumfängliche Kenntnis des Gesundheitszustands verlange⁴⁸⁷.

5.3. *Medizinalberuferecht*

Das Medizinalberufegesetz listet in Art. 40 die Berufspflichten auf. Ein Verstoss gegen die Berufspflichten kann mit Disziplinar massnahmen gemäss Art. 43 Med-BG geahndet werden. Wenn trotz konkreten Anhaltspunkten für eine mögliche Urteilsunfähigkeit diese nicht näher abgeklärt und eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital verschrieben wird, stellt dies einen Verstoss gegen die Berufspflichten dar⁴⁸⁸. Die Rechtsprechung zu dieser Thematik wird im Abschnitt zum Entzug der Berufsausübungsbewilligung zusammengefasst.

5.4. *Rechtsprechung*

Aufgrund der selektiven Publikation von erst- und zweitinstanzlichen Urteilen ist davon auszugehen, dass nicht alle Urteile im Zusammenhang mit der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bekannt sind. Mit Blick auf die publizierten Urteile kantonaler Gerichte kann jedoch festgehalten werden, dass diese abgehen von einer einzigen Ausnahme immer an das Bundesgericht weitergezogen wurden. Aus diesem Grund basiert der nachfolgende Überblick in erster Linie

484 Urteil des Tribunal de police du Littoral et du Val-de-Travers [POL.2011.256](#) vom 8. Juli 2013, E. IV: «Plusieurs éléments du dossier démontrent effectivement que le prévenu ne disposait que d'un 'aperçu' de l'état de santé de son patient, et non pas d'une 'connaissance' dudit état.»

485 Urteil des Tribunal de police du Littoral et du Val-de-Travers [POL.2011.256](#) vom 8. Juli 2013, E. IV f): «En tout état de cause, il faut reconnaître qu'en prescrivant une substance létale sans connaître l'état de santé de son patient, le prévenu a violé l'art. 26 LPT et il tombe dès lors sous le coup de l'art. 86 al. 1 let. a. de cette loi en ayant négligé son devoir de diligence lorsqu'il a effectué une opération en lien avec un produit thérapeutique.»

486 Urteil des Tribunal cantonal des Kantons Neuenburg [CPEN.2013.75](#) vom 23. April 2014, E. 8: «La cause première venant à l'esprit était néanmoins, pour l'appelant comme pour ses deux confrères, la tumeur maligne du rectum.»

487 Urteil des Tribunal cantonal des Kantons Neuenburg [CPEN.2013.75](#) vom 23. April 2014, E. 7: «Une interprétation littérale de l'article 26 al. 2 LPT pourrait par ailleurs mener à la conclusion que, tant que l'on n'a pas mené toutes les investigations concevables, aucun médicament ne peut être administré ; cela n'est naturellement pas le but du législateur.» Siehe auch die ausführlichen und im Ergebnis zustimmenden Bemerkungen zu diesem Urteil bei Schaez, Suizidbeihilfe, S. 1314 ff.

488 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 7.4.

auf Bundesgerichtsurteilen. Auf das nicht weitergezogene Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt wird daran anschliessend eingegangen.

5.4.1. Urteile des Bundesgerichts

Das Bundesgericht hat sich bisher in fünf publizierten Entscheiden mit der Zulässigkeit der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital befasst⁴⁸⁹. In drei von diesen fünf Verfahren waren die suizidwilligen Personen psychisch krank. Im ersten dieser drei Verfahren stellte sich die Frage, ob ein Anspruch auf Bezug von Natrium-Pentobarbital ohne Vorlage einer ärztlichen Verschreibung besteht⁴⁹⁰. In den beiden anderen Verfahren ging es um die Verfassungskonformität eines gegenüber den NaP-verschreibenden Ärzten ausgesprochenen Verbots der Rezeptur von Natrium-Pentobarbital im Rahmen der Suizidhilfe⁴⁹¹. Beide hatten psychisch kranken Suizidwilligen ein Rezept für Natrium-Pentobarbital ausgestellt. In den übrigen zwei Urteilen (ohne Beteiligung von psychisch kranken Suizidwilligen) ging es einmal um die Abgabe von Natrium-Pentobarbital ohne ärztliche Verschreibung⁴⁹² und einmal um den Erlass einer Feststellungsverfügung, die sich

489 Die zuletzt am 2. April 2019 durchgeführte [Suche nach «pentobarbital» auf der Webseite des Bundesgerichts](#) lieferte 16 Treffer. In fünf dieser Entscheide geht es direkt oder indirekt um die Zulässigkeit der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital (Urteil [2A.48/2006 bzw. 2A.66/2006](#) vom 3. November 2006, auszugsweise publiziert in [BGE 133 I 58](#); Urteil [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010; Verfügung [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011; Urteil [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015; Urteil [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018). Diese werden im Folgenden besprochen. Von den übrigen Urteilen betrifft eines die Regelung des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen im Kanton Neuenburg (Urteil [2C_66/2015](#) vom 13. September 2016, auszugsweise publiziert in [BGE 142 I 195](#)), eines die Zulässigkeit der Nichtverlängerung einer Praxisbewilligung nach der Verschreibung von NaP an Nicht-Nahestehende trotz entsprechender Auflage (Urteil [2C_191/2008](#) vom 24. Juni 2008), eines die Verfassungsmässigkeit eines Bewilligungsentzugs, nachdem ein Arzt trotz einer auf die Behandlung von weiblichen Patientinnen eingeschränkten Praxisbewilligung mehrfach Natrium-Pentobarbital für männliche Patienten verschrieben hatte (Urteil [2P.310/2004](#) vom 18. Mai 2005), eines die Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit Deutsche Schweiz (Urteil [1C_438/2009](#) vom 16. Juni 2010, auszugsweise publiziert in [BGE 136 II 415](#)), eines eine versicherungsrechtliche Streitigkeit im Zusammenhang mit der Einnahme von Pentobarbital als Mittel gegen Muskelzittern (Urteil [U 300/04](#) vom 13. April 2005), eines eine Editionsverfügung, mit der ein NaP-verschreibender Arzt angewiesen wurde, Arztberichte herauszugeben (Urteil [1B_386/2010](#) vom 9. Februar 2011), eines ein Ausstandsbegehren (Urteil [2C_466/2010](#) vom 25. Oktober 2010), eines ein Strafverfahren wegen versuchten Mordes durch Beimischen von Pentobarbital in ein Getränk zur Linderung einer Erkältung (Urteil [6S.10/2004](#) vom 1. April 2004), eines die Zulässigkeit einer Ordnungsbusse wegen eigenmächtigem Verlassen einer Einvernahme im Nachgang eines begleiteten Suizids (Urteil [6B_962/2008](#) vom 18. Juni 2009), eines ein Gesuch von Dignitas, bei Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes Natrium-Pentobarbital zur Sterbehilfebegleitung beziehen, verwenden, aufbewahren und abgeben zu dürfen (Urteil [2C_839/2008](#) vom 1. April 2009) und eines die Einstellung eines Strafverfahrens nach einem begleiteten Suizid (Urteil [6B_1024/2018](#) vom 7. Februar 2019).

490 Urteil des Bundesgerichts [2A.48/2006 bzw. 2A.66/2006](#) vom 3. November 2006, auszugsweise publiziert in [BGE 133 I 58](#).

491 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011; Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015.

492 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010.

zur Zulässigkeit der Verschreibung von NaP bei urteilsfähigen Gesunden hätte äussern sollen⁴⁹³.

Nachfolgend werden die fünf Urteile des Bundesgerichts zur Zulässigkeit der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital chronologisch besprochen.

In seinem Leitentscheid aus dem Jahr 2006, bei dem der Beschwerdeführer an einer schweren bipolaren affektiven Störung litt, hat das Bundesgericht festgehalten, «[...] die Abgabe einer Substanz zum Zweck eines begleiteten Suizids bedingt auch in seinem Fall eine eingehende, sorgfältige medizinische Untersuchung und Diagnosestellung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit seines Todeswunsches und seiner diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten, der gestützt hierauf gegebenenfalls ein entsprechendes ärztliches Rezept auszustellen bereit ist»⁴⁹⁴. Dabei blieb unklar, ob ein Handeln entgegen diesen Vorgaben als Verstoss gegen das Heil- oder Betäubungsmittelgesetz qualifiziert würde. In diesem Verfahren musste das Gericht nur darüber entscheiden, ob Suizidwillige Natrium-Pentobarbital rezeptfrei beziehen können und es hat dies verneint⁴⁹⁵. Weil das Gericht eine länger dauernde Begleitung durch eine SpezialistIn und eine mögliche Ausstellung des Rezepts durch diese erwähnt, ist unklar, ob das weiter oben im Urteil verlangte psychiatrische Fachgutachten nur dann erforderlich wäre, wenn eine Verschreibung durch eine NichtspezialistIn (z.B. durch die HausärztIn) zur Diskussion stünde. Die entsprechende Stelle im Urteil des Bundesgerichts lautet wie folgt: «Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden [...] Ob die Voraussetzungen dazu gegeben sind, lässt sich wiederum nicht losgelöst von medizinischen – insbesondere psychiatrischen – Spezialkenntnissen beurteilen und erweist sich in der Praxis als schwierig; die entsprechende Einschätzung setzt deshalb notwendigerweise das Vorliegen eines vertieften psychiatrischen Fachgutachtens voraus»⁴⁹⁶.

Vier Jahre nach diesem Leitentscheid wiederholte das Bundesgericht, dass «die Abgabe einer Substanz zum Zweck eines (begleiteten) Suizids indessen auf jeden Fall eine eingehende, sorgfältige medizinische Untersuchung und Diagnosestellung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten voraus[setzt], der gestützt hierauf bereit ist, ein entsprechendes Rezept auszustellen». Die Notwendigkeit eines psychiatrischen Fachgutachtens, welches in diesem Fall vorlag, wiederholte es nicht. Das Urteil hält lediglich fest, dass sich das eingereichte Gutachten auf zwei je 1½-stündige Gespräche inner-

493 Urteil des Bundesgerichts 2C_608/2017 vom 24. August 2018.

494 BGE 133 I 58 E. 6.3.6.

495 BGE 133 I 58 E. 5.

496 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2.

halb einer Woche stützte⁴⁹⁷. Die Beschwerde, mit der erneut die Abgabe von Natrium-Pentobarbital ohne ärztliche Verschreibung beantragt wurde, hat das Bundesgericht abgewiesen⁴⁹⁸. Gemäss TSCHENTSCHER sind die Kriterien des Bundesgerichts «aus der Luft gegriffen und können sich auf keine gesetzliche Grundlage stützen»⁴⁹⁹. Das Bundesgericht hatte jedoch ein Urteil des Zürcher Verwaltungsgerichts auf dessen Verfassungsmässigkeit hin zu überprüfen und lediglich darauf verzichtet, die im vorinstanzlichen Urteil erwähnte gesetzliche Grundlage (Art. 24 und 26 HMG bzw. Art. 9 und 10 BetmG⁵⁰⁰) zu wiederholen.

Ein Jahr später hat das Bundesgericht eine Beschwerde gegen ein Verbot der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital im Rahmen der Suizidbeihilfe für psychisch kranke Sterbewillige als gegenstandslos abgeschrieben. Weil der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Urteils nur noch über eine auf die Behandlung der nächsten Angehörigen und des engsten Freundeskreises sowie auf die Erstellung von Gutachten beschränkte Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung (sog. Seniorenbewilligung) verfügte, kam dem Verbot keine praktische Bedeutung mehr zu⁵⁰¹. In einer weiteren Erwägung hat das Gericht trotzdem inhaltlich zum Verbot Stellung genommen und festgehalten, dass die Begründung der Vorinstanz, wonach die begangene Verletzung von Berufspflichten es rechtfertige, gestützt auf Art. 43 Abs. 1 lit. e MedBG das vor Bundesgericht angefochtene Verbot anzuordnen, nicht offenkundig Bundesrecht verletze⁵⁰².

In einem Urteil aus dem Jahr 2015 hat das Bundesgericht diese Grundsätze noch einmal wiederholt⁵⁰³, wobei es in diesem Verfahren um die Zulässigkeit eines teilweisen Berufsausübungsverbots eines Arztes ging. Das Bundesgericht bestätigte eine Verletzung der Berufspflichten nach MedBG und gestützt darauf ein Verbot der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital für die Suizidbeihilfe⁵⁰⁴. Der beschwerdeführende Arzt hatte gemäss dem vorinstanzlichen Urteil die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid nicht gründlich genug abgeklärt, obwohl eine psychiatrische Diagnose vorlag, bei welcher der Suizidwunsch möglicherweise zum Krankheitsbild gehörte. Gleichzeitig hatte er gegen ein drei Jahre vor der Verschreibung ausgesprochenes Verbot der Behandlung von Personen mit Substanzabhängigkeiten verstossen⁵⁰⁵.

497 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010, E. 3.2.

498 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010, E. 3.2.

499 Kälin et al., Rechtsprechung, S. 968.

500 Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich [VB.2009.00298](#) vom 22. Oktober 2009, E. 3.2.

501 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 1.

502 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 2.2.

503 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 6.5: «Die Abgabe einer Substanz zum Zweck des Suizids an psychisch Kranke bedingt eine eingehende, sorgfältige medizinisch-psychiatrische Untersuchung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch einen Spezialisten».

504 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 7.4.

505 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 7.3.

Gemäss Bundesgericht entspricht «[d]ie Auffassung des Beschwerdeführers, er hätte erst bei Vorliegen klarer Anzeichen fehlender Urteilsfähigkeit den Sterbewunsch zurückstellen dürfen, [...] unter diesen Umständen nicht der dargelegten Rechtsprechung. Vielmehr hätte er prüfen müssen, ob der an sich klar offenbarte Sterbewunsch Symptom der Depression war, anstatt diese als für die Urteilsfähigkeit nicht relevant zu erklären. Die Beiziehung der Krankenakten hätte es ihm erlaubt, die Hintergründe des Sterbewunsches besser zu erfassen. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer die Patientin zweimal in einem Abstand von nur vier Tagen untersucht hat; damit ist die von Lehre und Praxis verlangte, länger dauernde Begleitung im Hinblick auf die Beständigkeit des Sterbewunsches nicht gewährleistet.» Hinzu kam, dass die Patientin nach Aussage des Arztes «voller Drogen» gewesen sei, als sie bei ihm war, wobei Drogeneinfluss grundsätzlich geeignet ist, die Urteilsfähigkeit einzuschränken⁵⁰⁶.

Zur Voraussetzung der länger dauernden Begleitung hat das Bundesgericht in diesem Urteil präzisiert, dass in der Literatur ein Abstand von mehreren Wochen genannt werde⁵⁰⁷. In der zitierten Literatur wird dieser Abstand allerdings für die Überprüfung der Urteilsfähigkeit bei psychisch Gesunden verlangt⁵⁰⁸, während bei der Suizidentin im beurteilten Fall eine Depression und eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert waren⁵⁰⁹. Das in BGE 133 I 58 als Voraussetzung für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei psychisch Kranken erwähnte psychiatrische Fachgutachten⁵¹⁰ wird in diesem Urteil nicht verlangt.

Mit Urteil vom 24. August 2018 hat das Bundesgericht die Rechtmässigkeit des Nichteintretens auf ein Gesuch um Erlass einer Feststellungsverfügung bestätigt⁵¹¹. Die Beschwerdeführer hatten zunächst beim kantonsärztlichen Dienst des Kantons Zürich um Erlass einer Feststellungsverfügung, wonach «aus aufsichtsrechtlicher Sicht ein Arzt mit Berufsausübungsbewilligung auf Verlangen des urteilsfähigen Gesunden diesem zum Zwecke des Suizids eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital (NaP) verschreiben und abgeben darf», ersucht⁵¹². Der kantons-

506 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.3., mit Verweis auf Venetz, Feststellung, S. 57.

507 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 6.5.

508 Brunner, Graubereiche, S. 228; gemäss Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 165, sowie Venetz, Feststellung, S. 58 f., muss der Sterbewunsch des Suizidwilligen «über einen gewissen Zeitraum (Wochen oder Monate) bestehen».

509 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.1.

510 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2.

511 Urteil des Bundesgerichts 2C_608/2017 vom 24. August 2018.

512 Eventualiter wurde beantragt, es «sei festzustellen, dass aus aufsichtsrechtlicher Sicht ein Arzt mit Berufsausübungsbewilligung auf Verlangen des urteilsfähigen Gesunden diesem zum Zwecke des Suizids eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital verschreiben und selbst zur Einnahme verabreichen darf.» Subeventualiter wurde beantragt, es «sei festzustellen, dass aus aufsichtsrechtlicher Sicht ein Arzt mit Berufsausübungsbewilligung auf Verlangen des urteilsfähigen Gesunden diesem zum Zwecke des Suizids eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital zu Händen einer schweizerischen Sterbehilfeorganisa-

ärztliche Dienst trat auf das Gesuch nicht ein, die dagegen erhobenen Beschwerden wurden von der kantonalen Gesundheitsdirektion, dem Verwaltungsgericht des Kantons Zürich⁵¹³ und schliesslich dem Bundesgericht abgewiesen⁵¹⁴. Das Urteil des Bundesgerichts enthält keine Ausführungen zur Verschreibung von Natrium-Pentobarbital. Es wird lediglich die Auffassung der Vorinstanz, wonach die von den Beschwerdeführern angestrebten allgemeinen Feststellungen nicht Gegenstand einer Feststellungsverfügung sein können, bestätigt⁵¹⁵. Das Bundesgericht verneinte das Vorliegen eines aktuellen und praktischen Interesses⁵¹⁶ und sah auch keinen Grund, ausnahmsweise vom Erfordernis des aktuellen Rechtsschutzinteresses abzusehen⁵¹⁷. Für die Voraussetzungen der Suizidhilfe verweist es auf den Entscheid zur Verfassungsmässigkeit der Suizidhilfe-Regelung im Kanton Neuenburg (BGE 142 I 195)⁵¹⁸. Abschliessend hält es allerdings noch fest, dass «in Verfahren, die im Zusammenhang mit der Beendigung des eigenen Lebens stehen, aufgrund der hohen Bedeutung für die Betroffenen, dem Beschleunigungsgebot besonders Rechnung zu tragen» sei⁵¹⁹.

5.4.2. Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt

Im Jahr 2011 wurde ein Arzt von der Staatsanwaltschaft Basel-Stadt wegen Widerhandlung gegen Art. 86 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 26 Abs. 1 HMG zu einer Geldstrafe und einer Busse verurteilt, nachdem er für eine blinde Patientin ohne lebensbedrohliche Erkrankung eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital verschrieben hatte. Nach Auffassung der Staatsanwaltschaft hatte er durch die Nichtbeachtung der SAMW-Richtlinien gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften verstossen⁵²⁰. Demgegenüber hat das Strafgericht in seinem Urteil festgehalten: «Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft, wonach eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nur bei todkranken Personen erlaubt ist, ist somit nicht haltbar»⁵²¹. Das Strafgericht hat den Arzt freigesprochen und sich gleichzeitig ausführlich dazu geäussert, unter welchen Voraussetzungen ein Schuldspruch möglich gewesen wäre. Dabei hat es festgehalten, dass keine Nachweise für unterlassene Klärungen vorlagen und der einzige Umstand, von dem nachgewiesenermassen auszugehen gewesen wäre, in der unterlassenen Einho-

tion verschreiben darf.» (Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, Sachverhalt A.).

513 Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich [VB.2016.00657](#) vom 24. Mai 2017.

514 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, Sachverhalt B. und E. 8.

515 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, E. 5.5.

516 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, E. 6.4.

517 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, E. 6.5.

518 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, E. 6.4.

519 Urteil des Bundesgerichts [2C_608/2017](#) vom 24. August 2018, E. 6.5.

520 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES.2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 2.

521 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES.2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 2 (am Ende).

lung einer Zweitmeinung durch eine unabhängige Drittperson bestand⁵²². Das Erfordernis einer Zweitmeinung werde in Praxis und Wissenschaft jedoch nicht einhellig vertreten. Somit bleibe äusserst fraglich, ob eine Verurteilung aus diesen Gründen möglich gewesen wäre, auch wenn dem Angeschuldigten gewisse, rechtlich irrelevante Nachlässigkeiten formeller Natur durchaus zur Last zu legen waren⁵²³.

5.5. Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Bundesgericht für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung eine eingehende, sorgfältige medizinisch-psychiatrische Untersuchung bzw. im Hinblick auf die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch eine Spezialistin verlangt. Das in BGE 138 I 58 verlangte vertiefte psychiatrische Fachgutachten wird in den beiden jüngeren Entscheiden nicht mehr genannt.

Da in den bundesgerichtlich entschiedenen Fällen immer eine psychische Erkrankung vorlag, ist höchstrichterlich nicht geklärt, welche Voraussetzungen bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital für Menschen ohne psychische Erkrankung einzuhalten sind. Unklar ist insbesondere, ob für die Verschreibung bei Menschen ohne (bekannte) psychische Erkrankung eine einmalige Konsultation den Berufspflichten genügt. Nach Auffassung des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt könnten für Personen, die nicht psychisch beeinträchtigt sind, «eher» die Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission zu Rate gezogen werden (Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe, Stellungnahme Nr. 13/2006)⁵²⁴.

6. Kein Zugang zu Natrium-Pentobarbital ohne Verschreibung

Suizidhilfeorganisationen und Einzelpersonen haben wiederholt versucht, ohne ärztliche Verschreibung Zugang zu Natrium-Pentobarbital zu erhalten. Die Verfahren wurden mehrmals bis vor Bundesgericht gezogen und waren immer erfolglos. Nachfolgend werden die entsprechenden Urteile des Bundesgerichts kurz zusammengefasst.

Im Leitentscheid BGE 133 I 58 hat das Bundesgericht erstmals das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes bestätigt und zudem festgehalten, dass die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital auch bei psychisch Kranken

522 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES. 2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 3.

523 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES. 2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 3.

524 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES. 2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 3.

zulässig sein kann. Der Beschwerdeführer beantragte vor Bundesgericht, «den geltend gemachten Anspruch auf kontrollierten Zugang zu 15 Gramm Natrium-Pentobarbital ohne ärztliches Rezept zum Zweck des eigenen begleiteten Suizids zu bejahen und festzustellen, dass der Verein ‘Dignitas’ berechtigt sei, hierfür bei einer Apotheke seiner Wahl 15 Gramm Natrium-Pentobarbital ohne Vorlage eines ärztlichen Rezepts zu beziehen, zu lagern und ihm unter Aufsicht zur Einnahme auszuhändigen; der Verein sei zu verpflichten, diese Dosis lediglich für seinen Suizid einzusetzen; eventuell seien die Vorinstanzen anzuweisen, in geeigneter (anderer) Form dafür zu sorgen, dass der entsprechende Anspruch in einer Apotheke geltend gemacht werden könne»⁵²⁵.

Mit Urteil vom 1. April 2009 hat das Bundesgericht bestätigt, dass der Suizidhilfeorganisation Dignitas keine Bewilligung nach Art. 14a BetmG u.a. zum Bezug von Betäubungsmitteln erteilt wird⁵²⁶.

Mit Urteil vom 12. April 2010 hat das Bundesgericht die Abweisung eines Gesuchs um Anweisung an den Kantonsärztlichen Dienst, der Gesuchstellerin «15 Gramm Natrium-Pentobarbital zum Zweck des Suizids abzugeben» oder ein entsprechendes Rezept auszustellen, bestätigt⁵²⁷. Dabei hat es festgehalten, dass es «in erster Linie am Gesetzgeber [sei], darüber zu entscheiden, ob und allenfalls unter welchen Kautelen er solche Mittel zulassen und namentlich die Abgabe, den Transport oder die Aufbewahrung von Natrium-Pentobarbital gestatten» wolle⁵²⁸.

7. Entzug der Berufsausübungs- bzw. Praxisbewilligung

Die Begriffe Berufsausübungsbewilligung und Praxisbewilligung werden häufig synonym verwendet⁵²⁹. Seit dem Inkrafttreten des Medizinalberufegesetzes, das die Voraussetzungen zur Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung regelt, ist der Begriff der Praxisbewilligung nur noch selten anzutreffen.

Die Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung für ÄrztInnen sind seit dem 1. September 2007 im Medizinalberufegesetz des Bundes enthalten. Die Bewilligungsvoraussetzungen sind abschliessend in Art. 36 MedBG geregelt, d.h. die Kantone können keine zusätzlichen Voraussetzungen verlangen⁵³⁰. Die Berufspflichten von ÄrztInnen sind in Art. 40 MedBG aufgeführt. Dazu gehört, dass sie ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft ausüben (Art. 40 Abs. 1 lit. a MedBG). Bei Verletzung der Berufspflichten kann die Aufsichtsbe-

525 Urteil des Bundesgerichts [2A.48/2006](#) und [2A.66/2006](#) vom 3. November 2006, Sachverhalt C (in der BGE-Publikation nicht enthalten).

526 Urteil des Bundesgerichts [2C_839/2008](#) vom 1. April 2009, E. 3.2.

527 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010, E. 4.1.

528 Urteil des Bundesgerichts [2C_9/2010](#) vom 12. April 2010, E. 2.3.

529 So zum Beispiel in der Botschaft zum Medizinalberufegesetz ([BBl 2005 173](#)), S. 189.

530 Botschaft zum Medizinalberufegesetz ([BBl 2005 173](#)), S. 226.

hörde Disziplinarmaßnahmen anordnen, unter anderem ein befristetes oder dauerhaftes Verbot der selbstständigen Berufsausübung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums (Art. 43 Abs. 1 lit. d und e MedBG). Vor dem Inkrafttreten des Medizinalberufegesetzes waren die Voraussetzungen für die Erteilung und den Entzug einer Berufsausübungsbewilligung kantonal geregelt⁵³¹.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat im Jahr 1999 die Einschränkung einer Praxisbewilligung auf präventivmedizinische Tätigkeiten bestätigt⁵³². Die Gesundheitsdirektion hatte diese Einschränkung damit begründet, dass der betroffene Arzt entgegen den Regeln der Wissenschaft seiner Patientin ein Medikament mit tödlicher Wirkung verschrieben habe, anstatt sie in eine Anstalt einzuweisen und vor akuter Selbstgefährdung zu schützen⁵³³. Das Verwaltungsgericht hat die dagegen erhobene Beschwerde abgewiesen und in seinem Urteil festgehalten, es sei «fraglich, ob die zitierten medizinischethischen Richtlinien der SAMW im Bereich der aktiven Sterbehilfe einen für die ärztliche Sorgfalt massgebenden Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergeben oder ob darin nicht vielmehr nur Leitlinien aufgezeigt werden, welche den Ärzten in den Grenzbereichen der Medizin und in bisher unbekanntnen Situationen eher ethisch motivierte Empfehlungen abgeben.» Es hat die Frage sodann offen gelassen und festgehalten, dass der betroffene Arzt dadurch gegen die Regeln der medizinischen Wissenschaft verstossen habe, dass er seine Diagnose «lediglich aufgrund eines Gesprächs und der vorliegenden Austrittsberichte, jedoch ohne weitere eigene Untersuchungen oder Beizug weiterer Unterlagen [...] stellte.»⁵³⁴

Nach diesem Urteil hat der Zürcher Kantonsarzt in einem Rundschreiben an die Ärzteschaft des Kantons Zürich im September 1999 festgehalten: «Einerseits muss die zum Tode führende Erkrankung medizinisch entsprechend gut dokumentiert und überprüft worden und andererseits muss die gegebene Urteilsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf den Todeswunsch sorgfältig schriftlich dokumentiert sein. Beide Elemente müssen gegeben sein, der Wunsch einer Patientin bzw. eines Patienten alleine, zu sterben, genügt für eine Rezeptierung nicht. Werden diese Auflagen nicht erfüllt, so stellt dies allenfalls ein [recte: einen] Verstoss gegen § 12 bzw. § 7 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 dar, welcher mit aufsichtsrechtlichen Sanktionen geahndet werden kann»⁵³⁵.

Das Bundesgericht hat in einem Urteil aus dem Jahr 2005 den Entzug einer Bewilligung zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich bestätigt. Der betroffene Arzt hätte aufgrund eines frühe-

531 Botschaft zum Medizinalberufegesetz (BBl 2005 173), S. 228.

532 Urteil des Verwaltungsgericht des Kantons Zürich VB.99.00145 vom 15. Juli 1999.

533 Urteil des Verwaltungsgericht des Kantons Zürich VB.99.00145 vom 15. Juli 1999, Sachverhalt.

534 Urteil des Verwaltungsgericht des Kantons Zürich VB.99.00145 vom 15. Juli 1999, E. 6d.

535 Rundschreiben des Zürcher Kantonsarztes vom September 1999, auszugsweise wiedergegeben in Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit, S. 89.

ren Verfahrens nur noch weibliche Patientinnen behandeln dürfen und leistete dessen ungeachtet mehrmals Suizidhilfe bei einem männlichen Patienten⁵³⁶. Im Zentrum stand die Frage, ob es sich bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital um eine «medizinische Verrichtung» im Sinne des Zürcher Gesundheitsgesetzes handelte. Das Bundesgericht hat dies bejaht⁵³⁷. Auch das öffentliche Interesse am Bewilligungszug hat es bestätigt, weil der betreffende Arzt trotz Wissen um den Standpunkt der Gesundheitsdirektion hinsichtlich der Qualifikation der Verschreibung wiederholt eine solche vorgenommen hat⁵³⁸. Schliesslich hat das Bundesgericht auch die Verhältnismässigkeit des Bewilligungszugs bejaht, weil er trotz bereits hängigem Entzugsverfahren nochmals die gleiche Verfehlung begangen hatte⁵³⁹.

Im Jahr 2008 bestätigte das Bundesgericht die Ablehnung der Verlängerung einer Seniorenpraxisbewilligung durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich⁵⁴⁰. Der betroffene Arzt hatte Personen, die nicht zu seinem nächsten Verwandten- oder engsten Freundeskreis zählen, Rezepte für Natrium-Pentobarbital ausgestellt⁵⁴¹. Die Seniorenpraxisbewilligung erlaubte jedoch nur eine Behandlung der nächsten Angehörigen und des engsten Freundeskreises⁵⁴². Im Bericht des Bundesrates «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» steht fälschlicherweise, das Bundesgericht habe seinen Entscheid auch damit begründet, dass nur ein einmaliges Gespräch mit den Sterbewilligen stattgefunden hat⁵⁴³. Dies trifft jedoch nur auf das Urteil der Vorinstanz zu⁵⁴⁴.

Im Juni 2016 gestattete der kantonsärztliche Dienst Basel-Stadt einer Ärztin, im Kanton Basel-Stadt selbständig ärztlich tätig zu sein. Dies jedoch verbunden mit der Auflage, dass die geltenden Standesregeln zur Suizidhilfe gemäss Standesordnung der FMH eingehalten werden. Zur Begründung dieser Auflage stützte sich der Dienst auf Medienberichte, wonach die Ärztin bei Menschen, die nicht am Lebensende standen, Suizidhilfe geleistet habe⁵⁴⁵. Der kantonsärztliche Dienst ging davon aus, dass dies gegen die Lebensende-Richtlinien der SAMW (auf welche die Standesordnung der FMH verweist) verstosse. Diese Richtlinien galten jedoch nur für Menschen am Lebensende⁵⁴⁶. Es existierten zum damaligen Zeitpunkt keine Richtlinien der SAMW oder der FMH zur Frage, unter welchen

536 Urteil des Bundesgerichts 2P.310/2004 vom 18. Mai 2005.

537 Urteil des Bundesgerichts 2P.310/2004 vom 18. Mai 2005, E. 4.3.3.

538 Urteil des Bundesgerichts 2P.310/2004 vom 18. Mai 2005, E. 4.4.

539 Urteil des Bundesgerichts 2P.310/2004 vom 18. Mai 2005, E. 4.5.

540 Urteil des Bundesgerichts 2C_191/2008 vom 24. Juni 2008, E. 5.3.

541 Urteil des Bundesgerichts 2C_191/2008 vom 24. Juni 2008, E. 4.1.

542 Urteil des Bundesgerichts 2C_191/2008 vom 24. Juni 2008, Sachverhalt A.

543 Bericht des Bundesrates «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe», Bern 2011, S. 27.

544 Urteil des Bundesgerichts 2C_191/2008 vom 24. Juni 2008, E. 3.2.

545 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt VD.2017.21 vom 6. Juli 2017, E. 2.

546 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

Voraussetzungen Suizidhilfe geleistet werden darf, wenn die betroffene Person nicht am Lebensende steht. Die Auflage war somit entgegen der Auffassung des kantonsärztlichen Dienstes zur Verhinderung von Suizidhilfe bei Menschen, die nicht am Lebensende stehen, gar nicht geeignet. Trotzdem wurde die Verfügung auf entsprechenden Rekurs hin vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt im November 2016 bestätigt⁵⁴⁷. Gegen diese Rekursabweisung erhob die betroffene Ärztin Rekurs an das Verwaltungsgericht des Kantons Basel-Stadt.

Abgesehen von der Tatsache, dass die Auflage zur Erreichung des damit verfolgten Ziels gar nicht taugte, ging es um die Frage, ob die FMH oder eine kantonale Behörde zusätzliche Berufspflichten festlegen dürfen oder ob die Berufspflichten abschliessend im Medizinalberufegesetz geregelt sind. Weil die Berufspflichten in Art. 40 MedBG abschliessend geregelt sind, wäre eine Auflage zur Einhaltung der SAMW-Richtlinien nur dann zulässig, wenn diese die Berufspflichten gemäss Bundesgesetz konkretisieren würden, ohne darüber hinauszugehen. Die Richtlinien der SAMW gehen jedoch über eine Konkretisierung der im Bundesgesetz festgelegten Berufspflichten hinaus⁵⁴⁸. Dementsprechend war es nicht zulässig, dass ein Kanton die Einhaltung der Richtlinien als verbindlich erklärt, weil damit die Berufspflichten des Medizinalberufegesetzes um weitere Berufspflichten ergänzt würden. Das Verwaltungsgericht hielt abschliessend fest, dass es keine Hinweise darauf gebe, dass die Ärztin in der Vergangenheit Berufspflichten verletzt habe. Damit sei auch für die Zukunft keine Gefahr einer Berufspflichtverletzung ersichtlich. Die Auflage war dementsprechend nicht notwendig und deshalb unverhältnismässig. Aus diesem Grund wurde die angefochtene Auflage durch das Appellationsgericht aufgehoben⁵⁴⁹.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Verstoss gegen die Richtlinien der SAMW nicht zum Entzug oder zur Einschränkung einer Berufsausübungsbewilligung führen kann. Die Berufspflichten sind im Medizinalberufegesetz einheitlich und abschliessend geregelt. Eine Auflage zur Einhaltung oder eine Sanktionierung wegen Nichteinhaltung der SAMW-Richtlinien ist deshalb unzulässig.

8. Verbot der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital

Mit Verfügung vom 20. April 2011 hat das Bundesgericht eine Beschwerde mit dem Antrag, ein Urteil des Verwaltungsgerichts Zürich aufzuheben, als gegenstandslos abgeschrieben⁵⁵⁰. Das Verwaltungsgericht hatte eine Verfügung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aufgehoben, mit welcher gegenüber dem

547 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt [VD.2017.21](#) vom 6. Juli 2017, Sachverhalt.

548 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt [VD.2017.21](#) vom 6. Juli 2017, E. 5.4.8.

549 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt [VD.2017.21](#) vom 6. Juli 2017, E. 7.

550 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 1.

Beschwerdeführer ein unbefristetes Verbot der Rezeptur von Natrium-Pentobarbital im Rahmen der Suizidbeihilfe erlassen wurde⁵⁵¹. Stattdessen auferlegte es ihm nur noch ein Verbot, im Rahmen der Suizidbeihilfe für psychisch kranke Sterbewillige Natrium-Pentobarbital zu rezeptieren⁵⁵². Weil der Betroffene kurz vor dem Entscheid des Bundesgerichts gegenüber dem Kantonsarzt erklärte, er werde seine ärztliche Praxistätigkeit per Ende 2010 aufgeben und keine NaP-Rezeptierungen für suizidwillige Dignitas-Kunden mehr anbieten⁵⁵³, hat das Bundesgericht die Beschwerde mangels praktischer Wirkung des Verbots als gegenstandslos abgeschrieben⁵⁵⁴. In einer weiteren Erwägung hat es festgehalten, dass nicht gesagt werden könne, dass die Begründung des Beschwerdeführers offenkundig Bundesrecht verletzen würde⁵⁵⁵. Auch wenn die Begründung des Beschwerdeführers im Urteil nicht wiedergegeben wird, ist damit angedeutet, dass das Urteil der Vorinstanz im Falle eines Eintretens möglicherweise aufgehoben worden wäre. Das Verwaltungsgericht hatte das Verbot der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital damit begründet, dass der Betroffene seine ärztliche Sorgfaltspflicht auf gravierende Weise verletzt habe, indem er einem psychisch kranken Sterbewilligen ein Rezept zum Bezug einer letalen Dosis Natrium-Pentobarbital ausgestellt habe, obwohl kein psychiatrisches Fachgutachten betreffend der Urteilsfähigkeit vorgelegen habe⁵⁵⁶.

In einem Urteil aus dem Jahr 2015 hat das Bundesgericht die Zulässigkeit eines Verbots der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital für die Suizidhilfe bestätigt. Der betroffene Arzt hatte neun Tage nach einem Gespräch mit einer polytoxikomanen Patientin deren Urteilsfähigkeit hinsichtlich ihres Suizidwunsches bestätigt und gleichzeitig ein Rezept für eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital ausgestellt⁵⁵⁷. In seinem Urteil hält das Bundesgericht zunächst fest, dass die Vorinstanz weder auf die Richtlinien der SAMW noch auf jene der NEK abgestellt habe⁵⁵⁸. Der Fokus liegt sodann auf der Frage, ob die Vorinstanz dem Arzt vorwerfen durfte, dass er die Urteilsfähigkeit der Patientin nicht genügend abgeklärt und damit seine Berufspflichten verletzt habe.

Nach einer Zusammenfassung von Lehre und Rechtsprechung zur Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid⁵⁵⁹ kommt das Gericht zum Ergebnis, dass der Arzt hätte «prüfen müssen, ob der an sich klar offenbarte Sterbewunsch Symptom der Depression war, anstatt diese als für die Urteilsfähigkeit nicht rele-

551 Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich [VB.2009.00559](#) vom 11. März 2010, E. 6.6.

552 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, Sachverhalt A.

553 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, Sachverhalt D.

554 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 1.

555 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 2.2.

556 Verfügung des Bundesgerichts [2C_466/2010](#) vom 20. April 2011, E. 2.2.

557 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, Sachverhalt B.a.

558 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 5.2. und 5.3; siehe auch Urteil Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich [VB.2013.00698](#) vom 20. März 2014, E. 6.5.

559 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 6.

vant zu erklären. Die Beziehung der Krankenakten hätte es ihm erlaubt, die Hintergründe des Sterbewunsches besser zu erfassen. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer die Patientin zweimal in einem Abstand von nur vier Tagen untersucht hat; damit ist die von Lehre und Praxis verlangte, länger dauernde Begleitung im Hinblick auf die Beständigkeit des Sterbewunsches nicht gewährleistet⁵⁶⁰. Das Bundesgericht hat die von der Vorinstanz erkannte Berufspflichtverletzung im Ergebnis bestätigt, ohne jedoch zu benennen, welche der in Art. 40 MedBG aufgeführten Berufspflichten konkret verletzt war(en)⁵⁶¹. Weil die Äusserungen des Beschwerdeführers vermuten liessen, dass er wiederum dazu tendieren könnte, vergleichbare Berufspflichtverletzungen zu begehen, erachtete das Bundesgericht das Verbot, Natrium-Pentobarbital zu rezeptieren, auch als verhältnismässig⁵⁶².

9. Standesrecht

9.1. Vorbemerkung

Die Rolle der Ärzteschaft bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital ist (auch) innerhalb der Ärzteschaft stark umstritten. Dieser Streit hat u.a. dazu geführt, dass die Ärztekammer der FMH die SAMW-RL Sterben und Tod nicht in die Standesordnung aufgenommen hat und stattdessen weiterhin auf die alten Lebensende-Richtlinien verweist⁵⁶³. Die Standesordnung der FHM enthält abgesehen von diesem Verweis keine Vorgaben zur Suizidhilfe.

Vereinzelt wird vertreten, dass die Lebensende-Richtlinien die ärztliche Suizidhilfe bei Menschen, die nicht am Lebensende stehen, untersagen⁵⁶⁴. Da die Richtlinien gemäss Geltungsbereich nur für Menschen am Lebensende gelten⁵⁶⁵, ist diese Auffassung abzulehnen. Die SAMW selbst hat festgehalten, dass die Suizidhilfe bei Menschen, die nicht am Lebensende stehen, unter den alten Richtlinien nicht geregelt war⁵⁶⁶. Sowohl das Strafgericht als auch das Appellationsgericht des Kantons Basel-Stadt haben explizit festgehalten, dass die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die sich noch nicht am Lebensende befinden, von den Lebensende-

560 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 7.3.

561 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 7.4.

562 Urteil des Bundesgerichts [2C_410/2014](#) vom 22. Januar 2015, E. 8.2.

563 [Stellungnahme der SAMW vom 26. Oktober 2018](#) zum Entscheid der FMH.

564 Barnikol, [Suizidbeihilfe](#), S. 1392.

565 [SAMW-RL Lebensende](#), Ziff. II.1. (Geltungsbereich): «Die Richtlinien betreffen die Betreuung von Patienten am Lebensende. [...]».

566 [Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission \(ZEK\) der SAMW vom 20. Januar 2012](#), S. 1: «Die ZEK ist sich bewusst, dass die Richtlinien Suizidhilfe bei Menschen, die aufgrund allgemeiner Lebensmüdigkeit oder infolge fehlender Lebensqualität einen Sterbewunsch äussern, nicht erfassen, sofern diese nicht am Lebensende stehen.».

Richtlinien der SAMW nicht geregelt und auch nicht untersagt wurde⁵⁶⁷. Auch in der Lehre wird dies überwiegend richtig erkannt⁵⁶⁸. Auch wenn die Lebensende-Richtlinien für FMH-Mitglieder weiterhin gelten⁵⁶⁹, ist die Suizidhilfe bei Menschen, die ansonsten noch lange leben würden, von diesen nicht erfasst und somit ungeregt.

9.2. SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende

Die Lebensende-Richtlinien der SAMW haben zur Suizidhilfe festgehalten, dass diese nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche⁵⁷⁰. Gleichzeitig sei die Achtung des PatientInnenwillens grundlegend für die ÄrztIn-PatientIn-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordere eine persönliche Gewissensentscheidung der ÄrztIn. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei als solche zu respektieren. In jedem Fall habe die ÄrztIn das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesse sie sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trage sie die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung der PatientIn rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Die PatientIn ist urteilsfähig, ihr Wunsch ist wohlervogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend eine ÄrztIn sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung müsse in jedem Fall durch die PatientIn selbst durchgeführt werden.

Die erste Voraussetzung (Erkrankung rechtfertigt Annahme, dass das Lebensende nahe ist) ist eine Wiederholung des Geltungsbereichs. Sie hat keine eigenständige Bedeutung, weil die Richtlinien ohnehin nur für Menschen am Lebensende Geltung beansprucht haben⁵⁷¹.

567 Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt [VD.2017.21](#) vom 6. Juli 2017, E. 5.3.3.; Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt [ES.2011.210](#) vom 5. Juli 2012, E. 2.

568 Schaez, Suizidbeihilfe, S. 1321; Schwarzenegger, [Mittel](#), S. 845.

569 FMH, [Anhang 1 zur Standesordnung](#), S. 2.

570 [SAMW-RL Lebensende](#), Ziff. II.4.1. (Beihilfe zum Suizid).

571 [SAMW-RL Lebensende](#), Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

9.3. SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod

Die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod der SAMW halten im Abschnitt zur Suizidhilfe zunächst fest, dass die Rolle der ÄrztIn im Umgang mit Sterben und Tod darin bestehe, Symptome zu lindern und die PatientIn zu begleiten⁵⁷². Das Anbieten der Suizidhilfe gehöre nicht zu den Aufgaben der ÄrztIn und sie sei auch nicht verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe sei keine medizinische Handlung, auf die PatientInnen einen Anspruch erheben könnten, sie sei jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit. Suizidhilfe könne von einer ÄrztIn geleistet werden, wenn sie sich überzeugt habe, dass die Voraussetzungen der Richtlinien erfüllt seien⁵⁷³.

Wenn nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen bleibt, kann eine Ärztin aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn die nachfolgend aufgelisteten fünf Voraussetzungen gegeben sind und sie deren Erfüllung überprüft hat. Das Vorliegen der ersten beiden Voraussetzungen muss gemäss Richtlinien-text zusätzlich von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden; diese muss nicht zwingend eine ÄrztIn sein.

Die fünf Kriterien lauten wie folgt⁵⁷⁴:

- «Der Patient ist in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig.[Fussnote mit Hinweis auf die SAMW-RL zur Evaluation der Urteilsfähigkeit] Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat. 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 evaluiert. [Fussnote mit Verweis auf BGE 133 I 58]
- Der Wunsch ist wohlerwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis [Fussnote: ‘Zum Beispiel in Form einer problematischen Pflegesituation, finanzieller Zwangslage o.ä.’] bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen.
- 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 diesbezüglich urteilsfähigen Patienten als unzumutbar abgelehnt.

572 Zur Suizidhilfe zählen gemäss Richtlinien-text Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung.

573 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe).

574 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe).

- Der Wunsch des Patienten, 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 Richtlinien wiederholen sodann einige durch das staatliche Recht vorgegebene Regelungen: Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung muss in jedem Fall durch die PatientIn durchgeführt werden und der Tod nach Suizidhilfe muss als aussergewöhnlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet werden. Die Verschreibung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung muss innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden gemeldet werden (Art. 11 Abs. 1^{bis} BetmG).

Abschliessend wird festgehalten, dass im Vorfeld sowie während und nach der Suizidhilfe auf die Bedürfnisse der Angehörigen, aber auch des interprofessionellen Betreuungsteams und des Umfelds Rücksicht zu nehmen und die benötigte Unterstützung zu geben sei.

9.4. Gegenüberstellung

Vergleicht man die «alten» Lebensende-Richtlinien mit den diese ablösenden Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod, sind mit Bezug auf die Suizidhilfe die folgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen:

9.4.1. Gemeinsamkeiten

Beide Richtlinien halten zunächst fest, dass es nicht zu den Aufgaben einer ÄrztIn gehört, von sich aus Suizidhilfe anzubieten und dass PatientInnen keinen Anspruch auf Suizidhilfe erheben können (RL Sterben und Tod⁵⁷⁵) bzw. dass die ÄrztIn das Recht hat, Suizidbeihilfe abzulehnen (RL Lebensende⁵⁷⁶).

Sowohl die Lebensende-Richtlinien als auch die Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod verlangen die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person. In beiden Richtlinien ist zudem festgeschrieben, dass der Wunsch wohlervogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft sein muss. Für die Kriterien bis hierher verlangen ebenfalls beide Richtlinien, dass sie von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden müssen, wobei diese Drittperson nicht zwingend eine ÄrztIn sein müsse. Sodann verlangen beide Richtlinien mit leicht unterschiedlichen Formulierungen, dass nach Alternativen gesucht worden ist und dass diese entweder erfolglos waren oder von der betroffenen Person nicht gewünscht (RL Lebensende) bzw. abgelehnt (RL Sterben und Tod) wurden.

575 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe).

576 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.4.1. (Beihilfe zum Suizid).

Die Nachvollziehbarkeit des Suizidwunsches wird nur in den Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod explizit verlangt, ist aber implizit auch in den Lebensende-Richtlinien enthalten, indem diese verlangen, dass die ÄrztIn eine persönliche Gewissensentscheidung im Einzelfall treffen müsse.

Zwei Modalitäten finden sich zwar nur in den Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod, wurden aber von der SAMW schon im Jahr 2012 (d.h. sechs Jahre vor Verabschiedung der neuen Richtlinien) in einer publizierten Stellungnahme mit dem Titel «Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe» verlangt. Es handelt sich einerseits um die Anforderung, dass mehrere Gespräche zwischen der Suizidhilfe leistenden ÄrztIn und der suizidwilligen PatientIn stattgefunden haben müssen und andererseits um die Beurteilung der Urteilsfähigkeit durch eine FachärztIn (RL Sterben und Tod⁵⁷⁷) bzw. «entsprechendes Fachwissen» der begutachtenden ÄrztIn (SAMW-Stellungnahme 2012⁵⁷⁸) bei der Suizidhilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In den Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod wird die Evaluation der Urteilsfähigkeit durch eine FachärztIn zusätzlich auch bei Menschen mit Demenz oder bei Vorliegen eines anderen Zustands, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, verlangt.

9.4.2. Unterschiede

Ein zentraler Unterscheid zwischen den Lebensende-Richtlinien und den Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod betrifft deren Geltungsbereich. Die Lebensende-Richtlinien halten unter dem Titel «Geltungsbereich» fest, dass sie die Betreuung von Patienten am Lebensende «betreffen». Weiter wird ausgeführt: «Damit sind Kranke gemeint, 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.»⁵⁷⁹ Demgegenüber gelten die Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod explizit auch für PatientInnen, «die den Wunsch nach medizinischer Hilfe zur Beendigung ihres Lebens äussern, unabhängig davon, ob der Tod bereits absehbar ist oder nicht.»⁵⁸⁰

Sodann halten die Lebensende-Richtlinien fest, dass die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei⁵⁸¹. In den Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod findet sich keine entsprechende Aussage. Dem Anhang ist lediglich zu entnehmen, dass «die Beendigung des Lebens als Hauptintention

577 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe).

578 Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW vom 20. Januar 2012, S. 2.

579 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

580 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.1. (Geltungsbereich).

581 SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.4.1. (Beihilfe zum Suizid).

der Behandlung in den allgemein anerkannten Zielen der Medizin nicht enthalten» ist⁵⁸².

Abgesehen vom stark erweiterten Geltungsbereich ist das Kriterium des unerträglichen Leidens die zentrale Neuerung in den Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Teilweise wurde die Auffassung vertreten, dass damit das Lebensende-Kriterium abgelöst worden sei⁵⁸³. In den Lebensende-Richtlinien ist zwar das Lebensende als Voraussetzung im Abschnitt zur Suizidhilfe aufgeführt, diese Richtlinien waren gemäss Geltungsbereich (Ziff. 1) jedoch ohnehin nur auf PatientInnen am Lebensende anwendbar. Die Suizidhilfe bei Menschen, die nicht am Lebensende standen, war von den diesen Richtlinien nicht erfasst und damit auch nicht untersagt. Nachdem die Suizidhilfe in diesem Bereich bis zur Verabschiedung der neuen Richtlinien unreguliert war⁵⁸⁴, ist sie mit den Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod nun erstmals an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Verlangt werden Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen, die für die PatientIn Ursache unerträglichen Leidens sind.

Für Menschen, die nicht am Lebensende stehen, ist die Regelung der Suizidhilfe gemäss den Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod einschränkender als die Nichtregelung durch die Lebensende-Richtlinien.

Schliesslich sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod zwei Modalitäten enthalten, welche in den Lebensende-Richtlinien nicht vorkommen, jedoch im Jahr 2012 in einer die Lebensende-Richtlinien konkretisierenden Stellungnahme der SAMW aufgenommen wurden. Diese zwei Modalitäten (Beurteilung der Urteilsfähigkeit anhand mehrerer Gespräche und in gewissen Fällen zwingend durch eine FachärztIn) sind im vorangehenden Unterkapitel bei den Gemeinsamkeiten aufgeführt.

9.5. Weitere SAMW-Richtlinien

Nebst der Regelung in den alten Lebensende-Richtlinien und den diese ablösenden Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod wird die ärztliche Suizidhilfe noch in zwei weiteren Richtlinien der SAMW thematisiert. Dies sind einerseits die Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz und andererseits die Richtlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis.

Die Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz enthalten ein Kapitel zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizid⁵⁸⁵. Diesem ist

582 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.2.3. (Ziele der Medizin).

583 Barnikol, Suizidbeihilfe, S. 1392.

584 Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW vom 20. Januar 2012, S. 2: «Die ZEK ist sich bewusst, dass die Richtlinien Suizidhilfe bei Menschen, die aufgrund allgemeiner Lebensmüdigkeit oder infolge fehlender Lebensqualität einen Sterbewunsch äussern, nicht erfassen, sofern diese nicht am Lebensende stehen.».

585 SAMW-RL Demenz, Ziff. II.5.5. (Umgang mit dem Wunsch nach Suizid).

zu entnehmen, dass Menschen, die von einer Demenzdiagnose betroffen sind, in frühen Stadien der Krankheit den Wunsch nach einer aktiven Beendigung des eigenen Lebens äussern können, sei es durch Suizid oder durch ärztlich assistierte Suizidhilfe. Die einfühlsame Vermittlung der Demenzdiagnose, verbunden mit dem Angebot einer weiteren Begleitung und einer Aufklärung über die Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Krankheit, könne dazu beitragen, Ängste zu vermindern. Allfällige psychische Probleme oder psychiatrische Erkrankungen, wie z.B. eine Depression, müssten gesucht und gegebenenfalls behandelt werden. Bleibe der Wunsch nach Suizid konstant, sei die Suizidhilfe bei gegebener Urteilsfähigkeit rechtlich zulässig. Bei PatientInnen mit Demenz sei ist die Abklärung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizidwunsch besonders anspruchsvoll.

Die Richtlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis der SAMW halten zur Suizidhilfe fest, dass medizinische Fachpersonen bei einer entsprechenden Bitte in eigener Verantwortung entscheiden, ob sie die Beurteilung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid übernehmen wollen⁵⁸⁶. Angesichts der grossen Tragweite des Entscheids sei besonders sorgfältig zu evaluieren, ob eine durch eine psychiatrische Erkrankung (z.B. Depression) oder durch eine andere Ursache bedingte Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt. In diesem Fall müsse durch eine vertiefte Evaluation abgeklärt werden, ob die Einschränkung zur Urteilsunfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch führe. Insbesondere sei zu prüfen, ob die PatientIn eine realistische Einschätzung ihrer Prognose und der Erfolgschancen der therapeutischen Optionen und anderen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten habe.

9.6. Fazit

Im Unterschied zur sehr liberalen staatlichen Regelung der Suizidhilfe setzt das Ständesrecht der Zulässigkeit der ärztlichen Suizidhilfe relativ klare Schranken. Infolge der Nichtübernahme der SAMW-Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod durch die FMH sind viele ÄrztInnen verunsichert, woran sie sich halten sollen. Weil rechtlich betrachtet die jüngeren Richtlinien nichts erlauben, was nach den älteren unzulässig gewesen wäre, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass für die Zulässigkeit der ärztlichen Suizidhilfe einzig die Kriterien der (jüngeren) Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod massgebend sind. Diese sind aufgrund der zeitlich überlappenden Entstehung auch auf die Urteilsfähigkeits- und die Demenz-Richtlinien der SAMW abgestimmt⁵⁸⁷.

586 SAMW-RL Urteilsfähigkeit, Ziff. II.3.9. (Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe).

587 Die SAMW-RL Demenz wurden durch den Senat der SAMW im November 2017 genehmigt, die SAMW-RL Sterben und Tod im Mai 2018 und die SAMW-RL Urteilsfähigkeit im November 2018.

10. Vereinbarung zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit

Die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und der Verein Exit Deutsche Schweiz haben am 7. Juli 2009 eine Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe abgeschlossen. Zweck der Vereinbarung war gemäss deren Ziff. 1, «die organisierte Suizidhilfe zwecks Qualitätssicherung gewissen Rahmenbedingungen zu unterstellen». Die Vereinbarung enthielt unter anderem Bestimmungen über die Voraussetzungen und den Ablauf der Suizidhilfe, das Sterbemittel (Natrium-Pentobarbital), dessen Verschreibung und den Umgang damit. Weiter wurden das Vorgehen der Strafuntersuchungsbehörden nach gewährter Suizidhilfe und die Meldung von Verstössen gegen die Vereinbarung geregelt⁵⁸⁸.

Gegen diese Vereinbarung erhoben Human Life Schweiz, die Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Bioethik Beschwerde beim Bundesgericht⁵⁸⁹. Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde mangels zulässigem Anfechtungsobjekt nicht eingetreten⁵⁹⁰ und hat gleichzeitig im Urteilsdispositiv festgehalten, dass die Vereinbarung nichtig war⁵⁹¹. Zur Begründung führte das Bundesgericht aus, dass die Bestimmungen der Vereinbarung in ihrer Gesamtheit eine Präzisierung von Art. 115 StGB bedeutet⁵⁹² und der Strafprozessordnung widersprochen hätten⁵⁹³. Die Vereinbarung war u.a. aus diesen Gründen rechtswidrig und gesamthaft nichtig⁵⁹⁴.

VII. Palliative Care

Im Unterschied zur kurativen Medizin zielt Palliative Care nicht auf eine Heilung, sondern auf eine bestmögliche Lebensqualität mit Blick auf das herannahende Lebensende ab. Im Rahmen von Palliative Care wird zumeist auf eine kurative Behandlung verzichtet oder eine bereits begonnene Behandlung eingestellt⁵⁹⁵. Auch die Symptombekämpfung mit möglicher Lebensverkürzung und die Sedierung können Teil einer palliativen Behandlung sein⁵⁹⁶. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht sowie die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung sind unter den oben dargestellten Voraussetzungen zulässig.

Die Kommissionen zur Erarbeitung der drei Richtlinien haben ihre Arbeit in den Jahren 2014 (RL Demenz) bzw. 2015 (RL Sterben und Tod sowie RL Urteilsfähigkeit) aufgenommen.

588 BGE 136 II 415 Sachverhalt A.

589 NZZ vom 16. Juni 2010 (Bundesgericht kippt die Exit-Vereinbarung).

590 BGE 136 II 415 E. 1.1 und 1.2.

591 Urteil des Bundesgerichts 1C_438/2009 vom 16. Juni 2010, Dispositiv-Ziff. 2.

592 BGE 136 II 415 E. 2.3.4.

593 BGE 136 II 415 E. 2.5.1.

594 BGE 136 II 415 E. 3.1 und 3.3.

595 SAMW-RL Palliative Care, Ziff. II.9.1.

596 SAMW-RL Palliative Care, Ziff. II.9.1.

Anders als z.B. in Frankreich⁵⁹⁷ und Deutschland⁵⁹⁸ existiert in der Schweiz kein Gesetz zur Regelung von Palliative Care⁵⁹⁹. Gewisse Leistungen der Palliative Care fallen jedoch unter das Krankenversicherungsgesetz. Palliative Care wird zudem in den meisten Kantonen im Gesundheits- oder in einem anderen Gesetz erwähnt.

Es wird zwischen Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care unterschieden⁶⁰⁰. Sowohl in der Grundversorgung als auch bei der spezialisierten Palliative Care bestehen Finanzierungsprobleme⁶⁰¹. Die geltende Regelung zur Finanzierung von Palliative Care wird in § 14 dieser Arbeit dargestellt.

VIII. Advance Care Planning

Abgesehen von der Regelung der Patientenverfügung im ZGB kennt die Schweiz, im Unterschied zu Deutschland⁶⁰² sowie dem Vereinigten Königreich und zahlreichen US-Bundesstaaten⁶⁰³, bisher keine Regulierung im Bereich des Advance Care Planning. Das Rahmenkonzept von BAG und palliative.ch zur gesundheitlichen Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning» verweist auf «die gesetzlich verankerten Schritte zu einer elektronischen Patientendokumentation in der Schweiz»⁶⁰⁴. Gemäss Art. 8 Abs. 2 EPDG können PatientInnen selber eigene Daten erfassen, insbesondere die Willensäußerung zur Organspende oder die Patientenverfügung. Spitäler müssen das elektronische Patientendossier bis spätestens am 15. April 2020 einführen, um weiterhin zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen zu bleiben⁶⁰⁵.

Die SAMW-Richtlinien Sterben und Tod halten unter dem Titel «Advance Care Planning» fest, dass es wichtig ist, Vorstellungen, Werte und Wünsche bezüglich Behandlung und Betreuung zu klären, bevor Verschlechterungen des Gesundheitszustandes dies verunmöglichen. «Im Rahmen solcher Gespräche kann

597 Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

598 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dezember 2015.

599 Vgl. hierzu die Statements im Rahmen eines Podiums zur Frage: «Brauchen wir ein Palliative-Care-Gesetz in der Schweiz?».

600 BAG/GDK, Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2014, S. 16 ff.

601 BAG/GDK, Finanzierung, S. 20 ff.

602 § 132g des fünften Sozialgesetzbuches (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase).

603 Sabatino, Law and Policy, S. 218 ff.; Stein/Cohen Fineberg, Advance Care Planning, S. 234 ff.

604 BAG/palliative.ch, Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning», Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, S. 21.

605 Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2015, Abs. 1: «Spitäler, einschliesslich solcher, die Verträge nach Artikel 49a Absatz 4 abschliessen, haben Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe f nach einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2015 zu erfüllen.» Die Änderung vom 19. Juni 2015 ist am 15. April 2017 in Kraft getreten (AS 2017 2201, S. 2209).

ein Plan dafür aufgestellt werden, welche Massnahmen beim Auftreten bestimmter Krankheitssymptome und Komplikationen ergriffen werden sollen. 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 angepasst werden. Patienten 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»⁶⁰⁶.

IX. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist rechtlich unproblematisch, wenn ein Mensch diesen Entscheid im urteilsfähigen Zustand fällt und gleichzeitig klar festhält, dass er nach Eintritt der dadurch bedingten Urteilsunfähigkeit keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wünscht⁶⁰⁷. Dabei sollen wegen der einfach zu verstehenden Methode und Auswirkungen keine zu grossen Anforderungen für eine Bejahung der Urteilsfähigkeit zu stellen sein⁶⁰⁸.

Umstritten ist die Frage, ob ein Mensch z.B. für den Fall einer demenzbedingten Urteilsunfähigkeit im Vorherein festhalten kann, dass ihm ab einem gewissen Zeitpunkt unabhängig von den dannzumaligen Äusserungen kein Essen und Trinken mehr angeboten werden soll. Vereinzelt wird vertreten, dass eine solche Patientenverfügung zu beachten wäre⁶⁰⁹. Diese Auffassung wird jedoch mehrheitlich abgelehnt⁶¹⁰. Die Antwort hängt letztlich davon ab, ob man den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid betrachtet, was ebenfalls umstritten ist. Wenn der FVNF eine Form des Suizids darstellt, handelt es sich bei der Unterstützung des FVNF um Suizidhilfe und diese ist nur zulässig, wenn die betroffene Person im Hinblick auf die Beendigung ihres Lebens urteilsfähig ist.

Die SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod halten zum FVNF das Folgende fest: «Die Situation bei der in jüngster Zeit zunehmend ins Gespräch gebrachten Unterstützung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit muss diffe-

606 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.5.2. (Vorausplanung von Behandlung und Betreuung [Advance Care Planning]).

607 Aebi-Müller, FVNF, S. 40.

608 Wyss/Breitschmid, FVNF, S. 86.

609 Petermann, Demenz-Erkrankungen, S. 182 f.

610 SAMW-RL Demenz, Ziff. II.4.2. (Behandlungsplanung und Patientenverfügung); NEK-Stellungnahme Nr. 17/2011 (Patientenverfügung), S. 7; Aebi-Müller, FVNF, S. 40 f.; Merkel, Patientenautonomie, S. 361; Wyss/Breitschmid, FVNF, S. 87.

renziert betrachtet werden. Je nach der Situation und den Wünschen der PatientIn, die diesen Weg gehen will, kann es um allgemein akzeptierte Handlungen bei der Betreuung von Sterbenden, um nicht zulässige oder um kontrovers diskutierte Handlungen gehen.» Diese Textpassage befindet sich im Abschnitt der kontrovers diskutierten Handlungen. Für den Fall, dass PatientInnen im Rahmen einer fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigung, z.B. Demenz, die Nahrung ablehnen, halten die Richtlinien fest, dass sorgfältig abgeklärt werden muss, ob diese Ablehnung dem Willen entspricht oder andere Gründe hat⁶¹¹. Gleichzeitig wird auf die Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz verwiesen.

In den SAMW-Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz befindet sich der Unterabschnitt «Ernährung und Flüssigkeit» im Abschnitt «Entscheidungen am Lebensende»⁶¹². Die Richtlinien halten fest, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei weit fortgeschrittener Demenzerkrankung in der Regel eingeschränkt ist und eine Mangelernährung besteht. Der Essensvorgang soll überprüft werden, um kognitiv bedingte Probleme der Nahrungsaufnahme zu erkennen und geeignete Massnahmen (z.B. bessere Körperhaltung oder Anpassung des Nahrungsangebots) zu ergreifen. Wenn die Betroffenen jedoch einen Unwillen an der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme signalisieren (z.B. durch Wegdrehen des Kopfes beim Nahrungsangebot), ist dieses Verhalten als verbindliche Willensäußerung zu akzeptieren und es soll auf jeglichen Druck verzichtet werden. Jedoch sollen Nahrung und Flüssigkeit immer wieder in unterschiedlicher Form und zu verschiedenen Tageszeiten angeboten werden. Das Legen einer Magensonde (PEG-Sonde) ist bei einer fortgeschrittenen Demenz generell nicht sinnvoll. Zur Frage, ob eine künstliche Flüssigkeitszufuhr angezeigt ist, gibt es keine allgemeingültigen Empfehlungen für PatientInnen mit Demenz. Sie muss deshalb im Einzelfall und interprofessionell diskutiert werden⁶¹³.

X. Wahl des Sterbeortes

Drei Viertel der Menschen in der Schweiz wünschen sich, zuhause zu sterben⁶¹⁴. Tatsächlich sterben jedoch gegen 80 Prozent in Institutionen⁶¹⁵. Das Erwachsenenschutzrecht regelt die fürsorgliche Unterbringung, in deren Rahmen eine Einweisung in ein Spital erfolgen kann, sowie den Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen. Diese Regelungen werden nachfolgend dargestellt.

611 SAMW-RL *Sterben und Tod*, Ziff. II.6.2.2. (Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [FVNF]).

612 SAMW-RL *Demenz*, Ziff. II.5.4.2. (Ernährung und Flüssigkeit).

613 SAMW-RL *Demenz*, Ziff. II.5.4.2. (Ernährung und Flüssigkeit).

614 Stettler/Bischof/Bannwart, *Bevölkerungsbefragung*, S. 14.

615 *Medienmitteilung* des Bundesamtes für Statistik vom 17. September 2009.

1. Einweisung in ein Spital

Ist man auf medizinische Betreuung angewiesen, hat man keinen Anspruch darauf, das notwendige Personal und die Infrastruktur bei sich zuhause oder an einem anderen frei gewählten Ort zu haben. Dementsprechend kann es ein Recht auf Sterben in den eigenen vier Wänden nur unter der Voraussetzung geben, dass man eine Einschränkung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in Kauf nimmt.

Die Einweisung einer Person in ein Spital ist, abgesehen von Fällen der fürsorglichen Unterbringung (Art. 426 ff. ZGB), nur mit deren Zustimmung zulässig⁶¹⁶. Bei einer Einweisung ohne Zustimmung liegt eine Verletzung der Bewegungsfreiheit vor⁶¹⁷. Das Recht, über den Aufenthalt einer erwachsenen Person gegen deren Willen zu bestimmen, wird – abgesehen vom Straf- und Massnahmenvollzug – abschliessend von den Bestimmungen über die fürsorgliche Unterbringung geregelt⁶¹⁸.

Die Zustimmung zur Einweisung in ein Spital wird in der Regel konkludent erteilt, indem sich eine PatientIn selber dorthin begibt oder sich nicht gegen den Transport z.B. mit einer Ambulanz wehrt. Im Falle einer urteilsunfähigen PatientIn ist eine Verlegung bei medizinischer Indikation und fehlenden Hinweisen auf einen anderen Willen ebenfalls zulässig. Obwohl es sich bei der Einweisung nicht um eine medizinische Massnahme handelt, kann die in Art. 378 ZGB vorgesehene Vertretungsperson für medizinische Massnahmen ihre Zustimmung auch für die Einweisung erteilen⁶¹⁹. Sie hat sich dabei am mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu orientieren und muss eine Einweisung somit ablehnen, wenn sie weiss, dass diese dem mutmasslichen Willen widerspricht. Gleiches gilt für dringliche Fälle, bei denen die ÄrztIn bzw. das nichtärztliche Gesundheitspersonal⁶²⁰ in erster Linie entsprechend dem mutmasslichen Willen zu handeln hat. Aussagen von Angehörigen oder Nachbarn sind zur Ermittlung des mutmasslichen Willens auch dann zu berücksichtigen, wenn es sich nicht um vertretungsberechtigte Personen im Sinne von Art. 378 Abs. 1 ZGB handelt⁶²¹.

Liegt eine Patientenverfügung vor, die eine Verlegung in ein Spital explizit ausschliesst, muss diese beachtet werden. Entsprechende Patientenverfügungen wer-

616 Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, *Arztrecht*, § 4 Rz. 107; Wiederkehr/Richli, *Rechtssprechung*, S. 462.

617 Hausheer/Aebi-Müller, *Personenrecht*, S. 176; Haussener, *Lebensende*, S. 202.

618 ESR Komm-Rosch, Art. 426 ZGB N 2.

619 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (**BBl 2006 7001**), S. 7063; Schneller/Bernardon, *Freiwilligkeit*, S. 120.

620 Fountoulakis/Köbrich, *Vertretungsbefugnis*, S. 88.

621 Fountoulakis/Köbrich, *Vertretungsbefugnis*, S. 79.

den insbesondere im Rahmen von Advance Care Planning auch in der Schweiz eingesetzt⁶²².

2. Einweisung in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung

Menschen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen, sterben häufig auch dort⁶²³. Der Entscheid über den Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim ist deshalb, bewusst oder unbewusst, häufig auch ein Entscheid über den Sterbeort.

Mit Erlass des Erwachsenenschutzrechts wurde mit einem neuen Unterabschnitt zum «Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen» (Art. 382 ff. ZGB) ein Heimgesetzfragment geschaffen⁶²⁴. Dieses regelt jedoch nur die Betreuung von urteilsunfähigen Personen⁶²⁵. Während bei urteilsfähigen Personen die Zwangseinweisung in ein Heim nach der vorliegend vertretenen Auffassung immer unzulässig ist⁶²⁶, darf bei urteilsunfähigen Personen eine Zwangseinweisung (d.h. eine Einweisung gegen ihren Willen) nur in Form einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgen⁶²⁷. Somit können urteilsunfähige Personen nur dann gegen ihren Willen in ein Heim eingewiesen werden, wenn die Voraussetzungen von Art. 426 ZGB erfüllt sind. Eine fürsorgerische Unterbringung ist gemäss dieser Bestimmung nur dann zulässig, wenn die betroffene Person an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist und zudem die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.

Unter dem Blickwinkel des verfassungsmässig garantierten Selbstbestimmungsrechts ist problematisch, dass Entscheide über den Eintritt in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung häufig in Situationen gefällt werden, in denen faktisch keine Entscheidungsfreiheit gegeben ist⁶²⁸. Ältere Menschen müssen diesen weitreichenden Entscheid nicht selten in einer Krisensituation und unter dem Erwartungsdruck von ÄrztInnen und Angehörigen treffen⁶²⁹. Unter diesen Umständen

622 Siehe z.B. die ärztliche Notfallanordnung des MAPS-Projekts («Multiprofessional Advance care Planning and Shared decision making for end of life care») bei Schildmann/Krones, Advance Care Planning, S. 843 (Option B3: «Keine Herz- / Lungenwiederbelebung, keine invasive [Tubus] Beatmung, keine Behandlung auf einer Intensivstation und keine Mitnahme ins Spital, ansonsten uneingeschränkte ambulante Notfallbehandlung»; Hervorhebung hinzugefügt).

623 Dies ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass sich 51% der Todesfälle in einem Pflegeheim (bzw. einer anderen sozialmedizinischen Institution) ereignen; vgl. [Medienmitteilung des Bundesamtes für Statistik vom 17. September 2009](#).

624 Biderbost, Erwachsenenschutz, S. 315.

625 Bei den Art. 382–387 ZGB zum Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen handelt es sich um einen Unterabschnitt des Abschnitts «Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen» (Art. 374–387 ZGB).

626 Hürlimann/Trachsel, [Unterbringung](#), S. 214 ff.

627 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht ([BBl 2006 7001](#)), S. 7039; Leuba/Tritten, Institution, S. 288; FamKomm Erwachsenenschutz-Leuba/Vaerini, Einführung zu Art. 382–387 N 12; Steinauer/Fountoulakis, Protection de l'adulte, Rz. 1026.

628 Genna, Eintritt, S. 200; Tacnet Auzzino, [Consentement](#), S. 100.

629 Cherubini, EMS, S. 178.

ist es häufig fraglich, ob man im Falle eines «freiwilligen» Eintritts von einem selbstbestimmten Entscheid ausgehen kann. Das Erwachsenenschutzrecht bietet hier unabhängig von der Frage, ob die betroffene Person urteilsfähig ist oder nicht, keinen Schutz: Es regelt nur den Aufenthalt von Urteilsunfähigen in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen und beschränkt sich dabei auf den Inhalt des Betreuungsvertrags (Art. 382 ZGB), die Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Art. 383–385 ZGB), den Schutz der Persönlichkeit (Art. 386 ZGB) und die Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Art. 387 ZGB).

3. Verlegung innerhalb einer Institution

Umfragen zeigen, dass sich wenige Menschen wünschen, im Spital zu sterben⁶³⁰. Es kommt jedoch häufig vor, dass sich während einem Spitalaufenthalt herausstellt, dass eine Person in absehbarer Zeit versterben wird. In dieser Situation kann es sein, dass ein Verbleiben auf einer bestimmten Station aus rein medizinischer Sicht nicht mehr angezeigt ist. Die Verlegung auf eine Palliativstation ist nach Rücksprache und mit Einverständnis der betroffenen Person in der Regel unproblematisch. Anders ist die Situation jedoch zu beurteilen, wenn die Ärzteschaft eine Verlegung auf die Intensivstation anstrebt, um z.B. zu verhindern, dass ein Todesfall auf der eigenen Abteilung eintritt. In der empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende haben ÄrztInnen in einigen Fällen erwähnt, dass auf ihren Abteilungen möglichst verhindert werden sollte, dass Menschen sterben⁶³¹. Es kam sogar vor, dass Vorgesetzte die Devise hatten, dass auf ihrer Station niemand sterben darf⁶³². Viele Menschen wollen gerade deshalb nicht im Spital sterben, weil sie sich vor einem Tod unter Vollbehandlung auf der Intensivstation fürchten.

Einen Anspruch auf Versterben auf einer bestimmten Abteilung kann es schon aus Kapazitätsgründen nicht geben. PatientInnen, bei denen der Sterbeprozess unwiderruflich begonnen hat, dürfen jedoch nur dann auf die Intensivstation verlegt werden, wenn dies medizinisch begründet ist und wenn sie bei gegebener Urteilsfähigkeit der Verlegung zustimmen. Verlegungen, die einzig zur Vermeidung eines Todesfalls auf der betreffenden Abteilung erfolgen, dürften nur nach entsprechender Aufklärung und Zustimmung durch die betroffene Person erfolgen. Diese Zustimmung dürfte nach entsprechender Aufklärung über die Gründe der vorgeschlagenen Verlegung kaum je erteilt werden. Solchermassen motivierte Verlegungen sind aufgrund der regelmässig fehlenden Einwilligung dementsprechend unzulässig.

630 GfK, *Zusammenfassung der Ergebnisse zur Studie «Palliative Care»*, S. 6: «Lediglich 8% der Befragten wünscht sich im Spital oder Alters- und Pflegeheim zu sterben.»

631 Graf/Stettler/Künzi, *Entscheidungen*, S. 45.

632 Graf/Stettler/Künzi, *Entscheidungen*, S. 45 f.