



Universität St.Gallen

Entscheidungen am Lebensende: was gilt in der Schweiz?

Prof. Dr. iur. Daniel Hürlimann, Ass.-Prof. für Informationsrecht
Meran, 16. Juni 2018

Überblick

- Entscheidungen am Lebensende
- Rechtsgrundlagen
- Rechtsprechung des Bundesgerichts
- SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Entscheidungen am Lebensende

1. Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung
2. Intensivierte Symptombekämpfung
3. Suizidhilfe
4. Tötung auf Verlangen
5. Tötung ohne Verlangen

Table. Frequency of Medical End-of-Life Practices in the German-Speaking Part of Switzerland, 2001 and 2013

Characteristic	Values ^a		P Value
	2001 ^b	2013	
Sampled cases, No.	4991	4998	
Studied cases (response rate), No. (%)	3355 (67.2)	3173 (63.5)	
Nonsudden, expected deaths	69.9 (68.3-71.4)	71.4 (69.8-72.9)	.19
Deaths preceded by at least 1 end-of-life practice ^c	52.0 (50.3-53.8)	58.7 (57.0-60.4)	<.001
Forgoing life-prolonging treatment ^d	28.7 (27.2-30.4)	35.2 (33.6-36.9)	<.001
Intensified alleviation of symptoms ^e	22.3 (20.9-23.8)	21.3 (19.9-22.7)	.31
Physician-assisted death	1.0 (0.7-1.4)	2.2 (1.8-2.8)	<.001
Assisted suicide ^f	0.3 (0.2-0.5)	1.1 (0.8-1.5)	<.001
Euthanasia ^g	0.2 (0.1-0.5)	0.3 (0.2-0.6)	.41
Ending of life without the patient's explicit request ^h	0.5 (0.3-0.8)	0.8 (0.5-1.2)	.08
Continuous deep sedation until death ⁱ	4.7 (4.0-5.4)	17.5 (16.2-18.8)	<.001
Without end-of-life decision	0.9 (0.6-1.3)	1.2 (0.9-1.6)	.26
Combined with			
Forgoing life-prolonging treatment	2.0 (1.6-2.6)	10.9 (9.8-12.0)	<.001
Intensified alleviation of symptoms	1.6 (1.2-2.1)	4.9 (4.1-5.7)	<.001
Physician-assisted death	0.1 (0.1-0.3)	0.5 (0.3-0.9)	.005

Vergleich Italien/Schweiz (Stand: 1999/2001)

	Country					
	Belgium	Denmark	Italy	Netherlands	Sweden	Switzerland
Number of studied deaths	2950	2939	2604	5384	3248	3355
Sudden and unexpected death*	34 (32–36)	33 (32–35)	29 (27–31)	33 (32–34)	30 (29–32)	32 (30–34)
Non-sudden death, no end-of-life decision	27 (26–29)	26 (24–28)	48 (46–50)	23 (22–25)	34 (32–36)	17 (16–19)
Total end-of-life decisions	38 (37–40)	41 (39–42)	23 (22–25)	44 (42–45)	36 (34–37)	51 (49–53)
Doctor-assisted dying	1.82 (1.40–2.36)	0.79 (0.53–1.18)	0.10 (0.03–0.34)	3.40 (2.95–3.92)	0.23 (0.11–0.47)	1.04 (0.75–1.45)
Euthanasia	0.30 (0.16–0.58)	0.06 (0.01–0.26)	0.04 (0.00–0.27)	2.59 (2.19–3.04)	..	0.27 (0.14–0.51)
Doctor-assisted suicide	0.01 (0.00–0.28)	0.06 (0.01–0.26)	0.00 (..)	0.21 (0.12–0.38)	..	0.36 (0.20–0.63)
Ending of life without the patient's explicit request	1.50 (1.12–2.01)	0.67 (0.44–1.04)	0.06 (0.01–0.29)	0.60 (0.43–0.84)	0.23 (0.11–0.47)	0.42 (0.25–0.70)
Alleviation of pain and symptoms with possible life-shortening effect	22 (21–24)	26 (24–28)	19 (17–20)	20 (19–21)	21 (20–22)	22 (21–23)
Non-treatment decisions	15 (13–16)	14 (13–15)	4 (3–5)	20 (19–21)	14 (13–16)	28 (26–29)

Data are weighted % (95% CI). *Including all people for whom the reporting doctor had his or her first contact with the patient after he or she had died.

Table 2: **Frequency of end-of-life decisions**

Rechtsgrundlagen (1/3)

- Bundesverfassung, EMRK, UN-Zivilpakt
 - Recht auf Leben (Art. 10 Abs. 1 BV | Art. 2 EMRK | Art. 6 UN-Zivilpakt)
 - Recht auf Selbstbestimmung (Art. 10 Abs. 2 BV | Art. 8 EMRK)
- Zivilgesetzbuch
 - Patientenverfügung (Art. 370 ff. ZGB)
 - Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Art. 377 ff. ZGB)
- Strafgesetzbuch
 - Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB)
 - Verleitung und Beihilfe zum Suizid (Art. 115 StGB)

Rechtsgrundlagen (2/3)

- **Strafprozessordnung**
 - aussergewöhnliche Todesfälle
- **Heilmittelgesetz**
 - Grundsätze für Verschreibung und Abgabe
- **Betäubungsmittelgesetz**
 - u.a. Meldepflicht für Off-Label-Use
- **E-Patienten-Dossier-Gesetz**
 - Erfassung einer Patientenverfügung durch PatientIn selbst

Rechtsgrundlagen (3/3)

- kantonale Gesundheitsgesetze
 - z.B. § 36 Gesundheitsgesetz Kt. Thurgau: Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen
 - Regelung des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Heimen in den Gesundheitsgesetzen der Kantone Genf, Neuenburg, Waadt
- Richtlinien der CH-Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW)
 - 2004: Betreuung von PatientInnen am Lebensende
 - 2018: Umgang mit Sterben und Tod
 - kein Verweis auf diese Richtlinien im Bundesrecht
- Standesordnung der FMH (Verbindung der Schweizer ÄrztInnen)
 - Verweis auf Richtlinien der SAMW
 - Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen Richtlinien

Patientenverfügung

- Art. 370 Abs. 1 ZGB: “Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.”
- Art. 371 Abs. 1 ZGB: “Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen.”
- verschiedene vorgedruckte Patientenverfügungen, z.B. von FMH, SRK, Pro Senectute, Krebsliga, ALS-Vereinigung

Patientenverfügung

- Art. 371 Abs. 2 ZGB: “Wer eine Patientenverfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen.”
- Art. 8 Abs. 2 EPDG: “Sie oder er [Patient/in] kann selber eigene Daten erfassen, insbesondere die Willensäusserung zur Organspende oder die Patientenverfügung.”

Patientenverfügung

- Art. 372 Abs. 2 ZGB: “Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser 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.”
- Umfragen zeigen, dass Patientenverfügungen nur selten einen direkten Einfluss auf die Vornahme oder Nichtvornahme medizinischer Massnahmen haben.

Vertretung bei medizinischen Massnahmen

- Art. 377 Abs. 1 ZGB: “Hat sich eine urteilsunfähige Person zur Behandlung nicht in einer Patientenverfügung geäussert, so plant die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt unter Beizug der zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigten Person die erforderliche Behandlung.”
- Art. 377 Abs. 3 ZGB: “Soweit möglich wird auch die urteilsunfähige Person in die Entscheidungsfindung einbezogen.”
- Art. 6 Abs. 3 Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin: “Die betroffene Person ist so weit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einzubeziehen.”

Vertretung bei medizinischen Massnahmen

- Art. 378 Abs. 1 ZGB: “Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:
 1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
 2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
 3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
 4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
 5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
 6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
 7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.”

Vertretung bei medizinischen Massnahmen

- 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.”
- zunächst verschiedene Lehrmeinungen zum Verhältnis von mutmasslichem Willen und (objektiven) Interessen
- Ansicht, wonach mutmasslicher Wille (sofern bekannt) höher zu gewichten ist, setzt sich mehr und mehr durch

Tötung auf Verlangen

- Art. 114 StGB: “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.
- aber: Rechtfertigung gemäss Urteil aus dem Jahr 2010 (Tribunal de police du district de Boudry, Kanton NE) möglich

Verleitung und Beihilfe zum Suizid

- Art. 115 StGB: “Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, [...] bestraft.”
- Strafbestimmung unverändert seit Inkrafttreten des StGB im Jahre 1942
- Bedeutung von “selbstsüchtige Beweggründe” umstritten
- Urteil des Bezirksgerichts Uster (Kanton ZH) vom 1. Juni 2018: selbstsüchtige Beweggründe müssen überwiegen, damit Beihilfe zum Suizid strafbar ist

Strafprozessordnung

- Art. 253 Abs. 1 StPO: “Bestehen bei einem Todesfall Anzeichen für einen unnatürlichen Tod, insbesondere für eine Straftat, oder ist die Identität des Leichnams unbekannt, so ordnet die Staatsanwaltschaft zur Klärung der Todesart oder zur Identifizierung des Leichnams eine Legalinspektion durch eine sachverständige Ärztin oder einen sachverständigen Arzt an.”
- Suizid mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation wird in der Praxis der Strafverfolgungsbehörden als aussergewöhnlicher Todesfall behandelt

Heilmittelgesetz

- Art. 26 Abs. 1 HMG: “Bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln müssen die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden.”
- Art. 26. Abs. 2 HMG: “Ein Arzneimittel darf nur verschrieben werden, wenn der Gesundheitszustand [...] der Patientin oder des Patienten bekannt ist.”
- Urteil des Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Travers (Kanton NE) 2013: Verurteilung eines Arztes wegen Verschreibung von NaP ohne ausreichende Kenntnis des Gesundheitszustands; Freispruch in 2. Instanz

Betäubungsmittelgesetz

- Art. 11 Abs. 1^{bis} BetMG: “Ärzte und Tierärzte, die als Arzneimittel zugelassene Betäubungsmittel für eine andere als die zugelassenen Indikationen abgeben oder verordnen, müssen dies innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden melden.”
- Positionspapier der Kantonsapothekervereinigung betreffend Abgabe von Pentobarbital-Natrium zur Sterbehilfe: “Eine Kopie des Rezeptes kann vom verordnenden Arzt an den Kantonsarzt (im Sinne der Meldungen zum ‘off label use’) zugestellt werden.”

Leitentscheide des Bundesgerichts

Recht auf den eigenen Tod (BGE 133 I 58):

E. 6.2.1: “Vom Recht auf den eigenen Tod in diesem Sinn, das vorliegend als solches nicht in Frage gestellt ist, gilt es den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Anspruch auf Beihilfe zum Suizid seitens des Staates oder Dritter abzugrenzen. Ein solcher lässt sich grundsätzlich weder Art. 10 Abs. 2 BV noch Art. 8 Ziff. 1 EMRK entnehmen; ein Anspruch des Sterbewilligen, dass ihm Beihilfe bei der Selbsttötung oder aktive Sterbehilfe geleistet wird, wenn er sich ausserstande sieht, seinem Leben selber ein Ende zu setzen, besteht nicht.”

Leitentscheide des Bundesgerichts

Recht auf den eigenen Tod (BGE 133 I 58):

E. 6.3.5.1: “Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht ("Bilanzsuizid"), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt. Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden.”

Leitentscheide des Bundesgerichts

Recht auf den eigenen Tod (BGE 133 I 58):

E. 6.3.6: “Im Rahmen der Interessenabwägung zwischen dem Schutz des Lebens [...] und dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen steht es dem Staat verfassungs- und konventionsrechtlich frei, gewisse Voraussetzungen zu formulieren und in diesem Zusammenhang insbesondere etwa an der Rezeptpflicht für Natrium-Pentobarbital festzuhalten. ”

Leitentscheide des Bundesgerichts

Zulässigkeit einer Regelung, welche staatlich finanzierte Alters- / Pflegeheime verpflichtet, Suizidhilfeorganisationen zuzulassen (BGE 142 I 195)

Art. 35a Gesundheitsgesetz Kt. Neuenburg

¹ Toute personne capable de discernement a le droit de choisir les modalités et le moment de sa mort.

² Les institutions reconnues d'utilité publique doivent respecter le choix d'une personne patiente ou résidente de bénéficier d'une assistance au suicide en leur sein, par une aide extérieure à l'institution, si les conditions suivantes sont remplies:

Leitentscheide des Bundesgerichts

Art. 35a Gesundheitsgesetz Kt. Neuenburg (Forts.)

- a) la personne souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables;
- b) toute prise en charge thérapeutique envisageable en fonction de son état de santé, en particulier celle liée aux soins palliatifs, lui a été présentée et la personne a explicitement pris position à ce sujet;
- c) la personne n'a plus de domicile ou son retour dans son logement n'est pas raisonnablement exigible.

Leitentscheide des Bundesgerichts

Art. 35a Gesundheitsgesetz Kt. Neuenburg (Forts.)

³ Les institutions non reconnues d'utilité publique doivent informer clairement les personnes patientes ou résidentes de leur politique interne en matière d'assistance au suicide.

⁴ Le Conseil d'Etat précise au besoin les modalités d'application de cet article.

Leitentscheide des Bundesgerichts

Zulässigkeit einer Regelung, welche staatlich finanzierte Alters- / Pflegeheime verpflichtet, Suizidhilfeorganisationen zuzulassen (BGE 142 I 195)

- E. 5: Die Freiheit der Bewohner und Patienten eines Pflegeheims, den Zeitpunkt und die Form ihres Lebensendes selbst zu wählen, überwiegt gegenüber der Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heimträgerin.
- E. 6: Das Gebot der Rechtsgleichheit ist nicht verletzt, wenn nur die anerkannten gemeinnützigen Einrichtungen eine externe Unterstützung zum Zweck der begleiteten Suizidhilfe zulassen müssen.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

(am 17. Mai 2018 vom Senat der SAMW genehmigt, am 6. Juni 2018 publiziert)

1. Geltungsbereich
2. Grundsätze
3. Sprechen über Sterben und Tod
4. Umgang mit Sterbewünschen
5. Entscheidungsprozesse
6. Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Geltungsbereich: drei Patientengruppen

1. Patienten, bei denen der Sterbeprozess begonnen hat.
2. Patienten, die an einer Krankheit leiden, an deren Folgen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit sterben werden.
3. Patienten, die den Wunsch nach medizinischer Hilfe zur Beendigung ihres Lebens äussern, unabhängig davon, ob der Tod bereits absehbar ist oder nicht.

(alte Richtlinien: Patienten am Lebensende = Tod innerhalb von Tagen/Wochen)

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Sprechen über Sterben und Tod

- Ernsthaftigkeit einer Prognose und hohe Wahrscheinlichkeit, an einer Krankheit zu sterben, sind früh und in geeigneter Form mitzuteilen.
- Durch Informationen über den Sterbeverlauf und Palliative Care kann den Ängsten oft wirkungsvoll begegnet werden.
- In der eigentlichen Sterbephase stehen das aufmerksame und empathische Zuhören im Vordergrund.
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben ist eine wichtige Grundlage, um mit den Patientinnen über deren Sterben und Tod zu sprechen.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Umgang mit Sterbewünschen

- Sterbewünsche können, müssen aber nicht Wünsche nach Suizid(hilfe) sein.
- Sterbewünsche müssen offen und ohne Wertung besprochen werden.
- Wenn Patient alternative Wege ablehnt und ausdrücklich nach Suizidhilfe verlangt, muss der Arzt muss für sich entscheiden, ob er auf diesen Wunsch eingeht oder nicht. Er hat den Patienten über seinen Entscheid und mögliche Alternativen zu informieren.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Entscheidungsprozesse

- **Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)**
 - Ziel: in gemeinsamem Prozess aktive Auseinandersetzung mit der Situation ermöglichen
- **Vorausplanung von Behandlung und Betreuung (Advance Care Planning)**
 - insbesondere Besprechung des Vorgehens in einer Notfallsituation
- **Einbezug der Angehörigen**
 - wichtige Auskunftspersonen, um den Willen der urteilsunfähigen Patientin zu eruieren
- **Konfliktsituationen**
 - Angehörige mit Stellvertretungsfunktion können bewusst oder unbewusst ihre eigenen Werte und Vorstellungen in den Vordergrund stellen

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Handlungen, die möglicherweise oder sicher den Eintritt des Todes beschleunigen

- allgemein akzeptierte Handlungen
 - Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen
 - Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen
 - Sedierung
- kontrovers diskutierte Handlungen
 - Suizidhilfe
 - Begleitung und Symptommanagement beim FVNF
- nicht zulässige Handlungen
 - Tötung auf Verlangen
 - Tötung ohne entsprechendes Verlangen

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen

- entsprechender Wunsch des Patienten zwingend zu befolgen
- bei Urteilsunfähigkeit ist Patientenverfügung massgebend
- bei Urteilsunfähigkeit und fehlender Patientenverfügung entscheiden die Angehörigen (Vertretungskaskade gemäss Art. 378 ZGB)
- In der Aufklärung und Beratung sollen die voraussichtliche Lebensdauer und die Lebensqualität mit und ohne Anwendung der in Frage kommenden Therapie gegeneinander abgewogen werden.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen

- Die Angst, mit dem Einsatz von Medikamenten das Leben der Patientin zu verkürzen, darf nicht Motiv sein, diese zu niedrig zu dosieren.
- Primär muss eine effiziente Symptumlinderung angestrebt werden. Eine allfällige Verkürzung der Lebensdauer wird dabei in Kauf genommen.
- Die Medikation darf nicht über das für eine optimale Symptombehandlung notwendige Mass hinaus gesteigert werden.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Sedierung

- palliative Sedierung = kontrollierter Einsatz sedierender Medikamente, um durch eine verminderte oder aufgehobene Bewusstseinslage die Symptomwahrnehmung zu reduzieren
- kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Eintritt des Todes darf nur bei Sterbenden durchgeführt werden
- Aufgrund der Gefahr, dass die Herbeiführung des Todes beabsichtigt wird, darf die Sedierung nur unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit Protokollierung durchgeführt werden.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Suizidhilfe:

Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn die folgenden fünf Voraussetzungen gegeben sind und er deren Erfüllung überprüft hat. Das Vorliegen der ersten beiden Voraussetzungen muss zusätzlich von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden; diese muss nicht zwingend ein Arzt sein:

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Suizidhilfe (Forts.):

1. Der Patient ist in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig. 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.
2. Der Wunsch ist wohlerrwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Suizidhilfe (Forts.):

3. Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.
4. Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder werden vom diesbezüglich urteilsfähigen Patienten als unzumutbar abgelehnt.
5. 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.

SAMW-Richtlinien “Umgang mit Sterben und Tod”

Begleitung und Symptommanagement beim FVNF

- 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.
- Schwieriger sind Situationen, in denen Menschen, die nicht sterbend sind, den Weg des freiwilligen Verzichts wählen. Eine Sedierung zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen ist nicht zulässig. Auch wenn die Patientin in ihrer Patientenverfügung das Gegenteil festgehalten hat, dürfen Essen und Trinken nicht vorenthalten werden, wenn sie danach verlangt.

Entscheidungen am Lebensende: Rechtslage in CH

1. Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung
auf Wunsch des Patienten zulässig und zwingend
2. Intensivierte Symptombekämpfung
zulässig, bei richtiger Dosierung i.d.R. nicht lebensverkürzend
3. Suizidhilfe
fast immer straffrei, gemäss SAMW zulässig bei unerträglichem Leiden
4. Tötung auf Verlangen
grundsätzlich strafbar, Rechtfertigung möglich
5. Tötung ohne Verlangen
strafbar