Neue Schriften zum Staatsrecht Band 14

Daniel Hürlimann

Recht und Medizin am Lebensende

Menschenrechtliche Anforderungen und Regulierungsvorschläge

Nomos

Helbing Lichtenhahn

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Band 14

Neue Schriften zum Staatsrecht

Nomos

Helbing
Lichtenhahn

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Herausgegeben von

Prof. Dr. Philip Kunig, Freie Universität Berlin
Prof. Dr. Gerhard Robbers, Universität Trier
Prof. Dr. Andreas Voßkuhle, Universität Freiburg

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Daniel Hürlimann

Recht und Medizin am Lebensende

Menschenrechtliche Anforderungen und Regulierungsvorschläge

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden
Helbing Lichtenhahn Verlag, Basel

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Prof. Dr. Daniel Hürlimann wurde an der Universität Bern mit der Arbeit „Suchmaschinenhaftung – Zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Betreiber von Internet-Suchmaschinen aus Urheber-, Marken-, Lauterkeits-, Kartell- und Persönlichkeitsrecht" promoviert. 2021 hat er sich mit der vorliegenden Schrift „Recht und Medizin am Lebensende" an der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Luzern habilitiert. Dabei wurde ihm die Lehrbefugnis für die Fächer Öffentliches Recht und Immaterialgüterrecht erteilt. Der besondere Dank des Autors gilt den vier Gutachtern, Herrn Prof. Dr. Bernhard Rütsche, Herrn Prof. Dr. Thomas Gächter, Herrn Prof. Dr. Malte Gruber und Herrn Prof. Dr. Bernhard Waldmann.

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

1. Auflage 2022

© Daniel Hürlimann

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-8914-6
(Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden)
ISBN (ePDF): 978-3-7489-2971-0
(Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden)

ISBN (Print): 978-3-7190-4626-2
(Helbing Lichtenhahn Verlag, Basel)

DOI: https://doi.org/10.5771/9783748929710

Onlineversion
Nomos eLibrary

Schrift: Sabon 9,3 auf 12,4 pt. Das Buch wurde auf alterungsbeständigem Werkdruckpapier gedruckt und fadengeheftet.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

«Meine Ur-Urgrossmutter sagte ganz am Schluss: Jetzt will ich noch ein Bier, und zwar bis oben voll. Man brachte ihr eins, sie fasste hin und sagte, das ist nicht bis oben voll. Man goss nach, sie trank und starb.»

(aus einem Interview mit Dr. med. Daniel Büche, Leitender Arzt des Palliativzentrums am Kantonsspital St. Gallen, Link zum Interview: perma.cc/5XSG-5XKM)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Inhaltsübersicht

Abkürzungsverzeichnis 21

§ 1 Einleitung 31

Teil 1: Grundlagen 35

§ 2 Begriffe 35
§ 3 Zahlen und Fakten 49
§ 4 Rechtslage 66

Teil 2: Menschenrechte am Lebensende 141

§ 5 Diskriminierungsverbot 141
§ 6 Recht auf Leben 165
§ 7 Recht auf persönliche Freiheit 209
§ 8 Recht auf Hilfe in Notlagen 231
§ 9 Recht auf Gesundheit 237
§ 10 Weitere Menschenrechte 247
Ergebnisse 2. Teil 251

Teil 3: Problemkonstellationen am Lebensende 255

§ 11 Patientenwünsche sind nicht bekannt 256
§ 12 Überbehandlung 294
§ 13 Medizinische Versorgung in Heimen 309
§ 14 Palliative Care 327
§ 15 Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe 346
§ 16 Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen 358
Ergebnisse 3. Teil 372

Gesamtfazit 377

Literaturverzeichnis 389

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 21

§ 1 Einleitung 31

I. Einführung 31
II. Ziel der Arbeit 32
III. Entstehung und Methodik 33
IV. Gang der Darstellung 33

Teil 1: Grundlagen 35

§ 2 Begriffe 35
I. «Entscheidungen am Lebensende» 35
II. «Sterbehilfe» 36
III. Gegenüberstellung von «Entscheidungen am Lebensende» und «Sterbehilfe» 39
1. Tötung auf Verlangen als direkte aktive Sterbehilfe? 40
2. Tötung ohne Verlangen als direkte aktive Sterbehilfe? 40
3. Intensivierte Symptombekämpfung als indirekte aktive Sterbehilfe? 40
4. Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung als passive Sterbehilfe? 41
5. Assistierter Suizid und Suizid(bei)hilfe 41
6. Ergebnis 42
IV. Suizidhilfe und Suizidbeihilfe 42
V. Palliative Care und Palliativmedizin 43
1. Definition Palliative Care 43
2. Definition Palliativmedizin 44
3. Mittel zur Symptombekämpfung 44
VI. Sedierung bzw. Sedation 45
VII. Advance Care Planning 46
VIII. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) 47
IX. Nicht verwendete Begriffe 48
1. Selbstmord und Freitod 48

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Euthanasie 48
3. Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben 49

§ 3 Zahlen und Fakten 49
I. Tötung ohne Verlangen 49
II. Tötung auf Verlangen 50
III. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht 50
IV. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung 50
V. Sedierung 51
VI. Suizid und Suizidhilfe 53
VII. Suizidhilfeorganisationen 54
1. Mitglieder 55
2. Zweckartikel 56
3. Für Suizidhilfe zu bezahlende Kosten 57
4. Entschädigung der Vorstands- und Geschäftsleitungsmitglieder 58
5. Entschädigung der SuizidhelferInnen 59
6. Abklärungen im Vorfeld einer Suizidhilfe 60
7. Ablauf der Suizidhilfe 62
VIII. Palliative Care 64
XI. Advance Care Planning 65
X. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) 65

§ 4 Rechtslage 66
I. Vorbemerkungen 66
1. Zur Bedeutung des Standesrechts 66
2. Richtlinien der SAMW 67
3. SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod 68
II. Tötung ohne Verlangen 70
III. Tötung auf Verlangen 71
1. Urteil des Tribunal de police du district de Boudry 71
2. Stellungnahme der Generalstaatsanwaltschaft des Kantons Neuenburg 73
3. Urteile aus dem Kanton Zürich 74
IV. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht 74
1. Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen 75
1.1. Voraussetzungen für die Ablehnung 75
1.2. Ablehnung mittels Patientenverfügung 77
1.2.1. Patientenverfügung und Aufklärung 77
1.2.2. Durchführung lebenserhaltender Massnahmen entgegen Patientenverfügung 81

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.2.3. Auslegung von laienhaft formulierten Patientenverfügungen 83
1.3. Ablehnung durch vertretungsberechtigte Person 84
1.3.1. Mutmasslicher Wille und objektive Interessen 84
1.3.2. Interessenkonflikte beim Einbezug von Angehörigen 86
1.3.3. Vorrang des mutmasslichen Willens gegenüber ärztlicher Anweisung 87
1.4. Ablehnung durch No-CPR-Stempel 88
2. Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen 91
2.1. Aussichtslose medizinische Massnahmen 91
2.2. Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen 92
3. Strafrecht 93
4. Kantonale Gesundheitsgesetze 93
4.1. Aargau 93
4.2. Basel-Stadt 94
4.3. Thurgau 94
5. Standesrecht 94
5.1. Standesordnung der FMH 94
5.2. SAMW-Richtlinien Lebensende 95
5.3. SAMW-Richtlinien Sterben und Tod 96
5.4. SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen 97
5.5. SAMW-Richtlinien Palliative Care 97
5.6. SAMW-Richtlinien Demenz 98
5.7. SAMW-Richtlinien Patientenverfügung 98
5.8. SAMW-Richtlinien Reanimationsentscheidungen 99
5.9. SAMW-Richtlinien Urteilsfähigkeit 99
5.10. SAMW-Richtlinien Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten 99
5.11. Fazit 100
V. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung 101
1. Erwachsenenschutzrecht 101
2. Strafrecht 101
3. Standesrecht 102
3.1. SAMW-Richtlinien Lebensende 103
3.2. SAMW-Richtlinien Sterben und Tod 103
3.3. Weitere SAMW-Richtlinien 104
3.4. Fazit 105
VI. Suizidhilfe 105
1. Urteilsfähigkeit 106
2. Selbstbestimmtheit, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit 108

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. Selbstsüchtige Beweggründe 109
4. Aussergewöhnlicher Todesfall 112
5. Verschreibung von Natrium-Pentobarbital 112
5.1. Natrium-Pentobarbital 112
5.2. Betäubungs- und Heilmittelrecht 112
5.3. Medizinalberuferecht 115
5.4. Rechtsprechung 115
5.4.1. Urteile des Bundesgerichts 116
5.4.2. Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt 120
5.5. Fazit 121
6. Kein Zugang zu Natrium-Pentobarbital ohne Verschreibung 121
7. Entzug der Berufsausübungs- bzw. Praxisbewilligung 122
8. Verbot der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital 125
9. Standesrecht 127
9.1. Vorbemerkung 127
9.2. SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende 128
9.3. SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod 129
9.4. Gegenüberstellung 130
9.4.1. Gemeinsamkeiten 130
9.4.2. Unterschiede 131
9.5. Weitere SAMW-Richtlinien 132
9.6. Fazit 133
10. Vereinbarung zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit 134
VII. Palliative Care 134
VIII. Advance Care Planning 135
IX. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) 136
X. Wahl des Sterbeortes 137
1. Einweisung in ein Spital 138
2. Einweisung in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung 139
3. Verlegung innerhalb einer Institution 140

Teil 2: Menschenrechte am Lebensende 141

§ 5 Diskriminierungsverbot 141
I. Alter 142
1. Diskriminierungsschutz 142
2. Argumente gegen den Schutz vor Altersdiskriminierung 143

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. Gründe für den Schutz vor Altersdiskriminierung 146
4. Anforderungen an die Rechtfertigung 146
5. Rechtsprechung des Bundesgerichts 147
5.1. Leitentscheide (BGE) 148
5.2. Weitere Urteile des Bundesgerichts 149
5.3. Zwischenfazit 153
6. Altersdiskriminierung in der Rechtsprechung des EGMR 153
7. Altersdiskriminierung in Erlassen der UNO 155
7.1. UNO-Pakt I 155
7.2. UNO-Pakt II 155
7.3. Behindertenrechtskonvention 159
7.4. Frauenrechtskonvention 161
8. Altersdiskriminierung in Erlassen der EU 162
II. Behinderung 163

§ 6 Recht auf Leben 165
I. Tötung ohne Verlangen 166
II. Tötung auf Verlangen 167
1. Muss der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten? 168
1.1. Europarat 169
1.2. Rechtsprechung des EGMR 170
1.3. UNO-Pakt II 170
1.4. Belgien und die Niederlande 172
1.5. Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe 172
2. Darf der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten? 173
III. Abbruch oder Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen .. 174
1. EMRK-Konformität der StGB-Regelung 174
2. Abbruch oder Nichtaufnahme gegen den Willen der betroffenen Person 175
3. Abbruch oder Nichtaufnahme auf Wunsch der betroffenen Person 177
4. Abbruch oder Nichtaufnahme bei fehlender Information über den Patientenwillen 179
5. Urteil des EGMR zum Behandlungsabbruch 181
5.1. Allgemeine Erwägungen des Gerichtshofs 181
5.2. Gesetzlicher Rahmen in Frankreich 182
5.3. Der Entscheidprozess 185
5.4. Rechtsschutz 186
5.5. Schlussbemerkungen 187
5.6. Ergebnis 188
5.7. Zusammenfassung 188

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.8. Relevanz für die Rechtslage in der Schweiz 189
5.9. Entwicklungen nach dem Urteil des EGMR 189
IV. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung 191
1. Vorbemerkung 191
2. Abgrenzung zur palliativen Sedierung 192
3. Lebensverkürzender Effekt der Symptombekämpfung 194
4. Zulässigkeit aus Sicht des Rechts auf Leben 194
4.1. Zulässigkeit bei korrekter Dosierung 195
4.2. Unzulässigkeit bei zu hoher Dosierung 196
5. Urteil des EGMR zur Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung 197
V. Suizid und Suizidhilfe 200
1. Vorbemerkungen 200
2. Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden 200
3. Zulässigkeit der Suizidhilfe 202
4. Zulässigkeit des Verbots von Suizidhilfe 204
5. Zulässigkeit der Verschreibungspflicht für todbringende Substanzen 207
6. Untersuchung von aussergewöhnlichen Todesfällen 208
VI. Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen 209

§ 7 Recht auf persönliche Freiheit 209
I. Vorbemerkungen 210
1. Selbstbestimmungsrecht 210
2. Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden 210
3. «Recht auf den eigenen Tod» 212
II. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht 213
III. Suizid und Suizidhilfe 214
1. Kein Anspruch auf Suizidhilfe 214
2. Anspruch auf Nichtverhinderung eines Suizids 215
3. Anspruch auf Verschreibung einer tödlichen Substanz 216
3.1. Rechtsprechung des Bundesgerichts 216
3.2. Rechtsprechung des EGMR 217
3.3. Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Deutschland) 219
3.4. Würdigung der geltenden Regelung 221
3.4.1. Geltende Regelung 221
3.4.2. Würdigung 222
4. Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen 223
5. Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung 224
5.1. Angefochtene Regelung 225

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.2. Vereinbarkeit mit der Glaubens- und Gewissensfreiheit 226
5.3. Vereinbarkeit mit der Rechtsgleichheit 228
5.4. Fazit 230
IV. Wahl des Sterbeortes 230

§ 8 Recht auf Hilfe in Notlagen 231
I. Von der Existenzsicherung zur Hilfe in Notlagen 232
II. Medizinische Notlagen 234
III. Anspruch auf medizinische Versorgung 235

§ 9 Recht auf Gesundheit 237
I. Vorbemerkungen 237
II. Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit 238
III. General Comment zum Recht auf Gesundheit 239
IV. Das Recht auf Gesundheit in den Staatenberichten der Schweiz 241
V. UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit 242
VI. Palliative Care als Teil des Rechts auf Gesundheit 246

§ 10 Weitere Menschenrechte 247
I. Menschenwürde 247
II. Verbot unmenschlicher Behandlung 247
1. Rechtsprechung des EGMR 248
2. UNO-Antifolterkonvention 248
3. Nationale Kommission zur Verhütung von Folter 249
4. UNO-Sonderberichterstatter über Folter 250

Ergebnisse 2. Teil 251
I. Zusammenfassung 251
II. Schlussfolgerungen 253

Teil 3: Problemkonstellationen am Lebensende 255

§ 11 Patientenwünsche sind nicht bekannt 256
I. Problembeschreibung 256
1. PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht 257
2. PatientIn hat sich Gedanken zum eigenen Lebensende gemacht, diese aber für sich behalten 257

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten 258
4. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar 258
II. Aktuelle Rechtslage 259
1. PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht oder diese für sich behalten 260
1.1. Der Reanimationsstatus als Anlass zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende 260
1.2. Die Patientenverfügung als Anlass zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende 262
2. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten 263
3. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar 263
III. Regelungsbedarf 264
1. Menschenrechtliche Anforderungen 264
2. PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht 265
3. PatientIn hat sich Gedanken zum eigenen Lebensende gemacht, diese aber für sich behalten 266
4. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten 267
5. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar 270
IV. Regelungsvorschläge 271
1. Vorbemerkungen 271
2. Staatliche Information zum Thema Patientenverfügung 273
3. Einheitlicher Umgang mit Patientenverfügungen in Institutionen 275
3.1. Regeln zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung 277
3.2. Regeln zur Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von Patientenverfügungen 278
3.3. Vorschlag für eine Neuformulierung von Art. 372 ZGB 279

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1 Beim Eintritt in ein Spital sowie in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Liegt eine Patientenverfügung vor, wird diese Tatsache im Patientendossier dokumentiert. 279
4. Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen 279
4.1. Abgrenzung zur Patientenverfügung 279
4.2. Erfahrungen mit ärztlichen Notfallanordnungen 281
4.3. Vorüberlegungen zur Einführung in der Schweiz 284
4.4. Skizze einer Regulierung 286
5. Reanimationsstatus 291

§ 12 Überbehandlung 294
I. Problembeschreibung 294
1. Überbehandlung auf Wunsch der PatientIn 294
2. Überbehandlung auf Wunsch der Angehörigen 295
3. Überbehandlung aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen ... 296
II. Aktuelle Rechtslage 297
1. Überbehandlung als Verletzung der körperlichen Integrität ... 298
2. Überbehandlung als Verletzung der Aufklärungspflicht 298
3. Überbehandlung als unwirksame Leistung 299
III. Regelungsbedarf 299
1. Menschenrechtliche Anforderungen 299
2. Notwendigkeit einer Regelung 300
IV. Regelungsvorschläge 300
1. Information über fehlende Behandlungsmöglichkeiten 301
2. Beschwerdemöglichkeiten von Patientenorganisationen 302
3. Überflüssige medizinische Massnahmen 305
3.1. Top-5-Listen 306
3.2. Rechtliche Würdigung 307
3.3. Regulierungsvorschlag 308

§ 13 Medizinische Versorgung in Heimen 309
I. Problembeschreibung 309
II. Aktuelle Rechtslage 312
1. Grundrechtsbindung von Heimen 313
2. Grundrechte 313
3. Erwachsenenschutzrecht 315
3.1. Betreuungsvertrag 316
3.2. Einschränkung der Bewegungsfreiheit 316
3.3. Schutz der Persönlichkeit 317
3.4. Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen 317

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4. Kantonale Regelungen 317
4.1. Patientenrechte 317
4.2. Heimaufsicht 318
4.2.1. Bern 318
4.2.2. Luzern 320
4.2.3. St.Gallen 321
4.2.4. Zürich 323
III. Regelungsbedarf 324
1. Menschenrechtliche Anforderungen 324
2. Notwendigkeit einer Regelung 324
IV. Regelungsvorschläge 325
1. Gesetzlicher Schutz vor Altersdiskriminierung 325
2. Informationen beim Heimeintritt 325
2.1. Regelung des Reanimationsstatus 325
2.2. Angebot zum Erarbeiten einer Patientenverfügung 326
3. ZGB-Regelung der Wohn- und Pflegeeinrichtungen 326
4. Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen 326
5. Ausstattung der Folterverhütungskommission 327

§ 14 Palliative Care 327
I. Problembeschreibung 327
II. Aktuelle Rechtslage 330
1. Palliative Care als Menschenrechtsanspruch 330
2. Ausbildung in Palliative Care 330
2.1. Ärztliche Aus- und Weiterbildung 331
2.2. Pflegerische Ausbildung 332
3. Finanzierung von Palliative Care 332
3.1. Palliative Care im Spital 333
3.2. Ambulante Palliative Care 335
3.3. Palliative Care in Langzeiteinrichtungen 337
4. Palliative Care in kantonalen Erlassen 338
III. Regelungsbedarf 342
1. Menschenrechtliche Anforderungen 342
2. Notwendigkeit einer Regelung 342
IV. Regelungsvorschläge 343
1. Finanzierung von Palliative Care 343
1.1. Palliative Care im Spital 343
1.2. Ambulante Palliative Care 344
1.3. Palliative Care in Langzeiteinrichtungen 345
2. Verankerung von Palliative Care in kantonalen Gesetzen 346

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

§ 15 Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe 346
I. Problembeschreibung 346
II. Aktuelle Rechtslage 348
1. Meldepflicht 348
2. Verschreibung von NaP an Urteilsunfähige 348
3. Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit 349
4. Strafverfahren bei Zweifeln an der Urteilsfähigkeit 351
5. Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit 352
III. Regelungsbedarf 353
1. Menschenrechtliche Anforderungen 353
2. Suizidhilfegesetz 354
3. Meldepflicht 355
4. Prüfung der Urteilsfähigkeit 355
5. Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit 356
IV. Regelungsvorschläge 357
1. Prüfung der Urteilsfähigkeit 357
2. Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit 358

§ 16 Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen 358
I. Problembeschreibung 358
II. Aktuelle Rechtslage 358
1. Regelungen auf kantonaler Ebene 359
1.1. Waadt 359
1.2. Neuenburg 360
1.3. Genf 361
1.4. Basel-Stadt 362
1.5. Basel-Landschaft 362
1.6. Bern 363
1.7. Freiburg 363
1.8. Solothurn 364
1.9. Wallis 365
1.9.1. Geltendes Gesundheitsgesetz 365
1.9.2. Revidiertes Gesundheitsgesetz 365
1.9.3. Ausblick 367
2. Regelungen auf Gemeindeebene 368
3. Regelungen auf Institutionenebene 368
III. Regelungsbedarf 369
1. Menschenrechtliche Anforderungen 369
2. Notwendigkeit einer Regelung 370
IV. Regelungsvorschläge 371
1. Umfassende Zugangsregelung 371

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Beschränkung auf Informationspflichten 371

Ergebnisse 3. Teil 372

Gesamtfazit 377

I. (Noch) nicht regulierbare Bereiche 377
1. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit 377
2. Kontinuierliche tiefe Sedierung 378
II. Menschenrechtliche Anforderungen 379
1. Diskriminierungsverbot 379
2. Recht auf Leben 379
3. Recht auf persönliche Freiheit 380
4. Recht auf Hilfe in Notlagen 381
5. Recht auf Gesundheit 382
III. Regelungsvorschläge 382
1. Verbesserung der Dokumentation von Patientenwünschen am Lebensende 383
2. Verhinderung von Überbehandlungen 383
3. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen 384
4. Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care 385
5. Verhinderung von Suiziden bei fehlender Urteilsfähigkeit 386
6. Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen 387

Literaturverzeichnis 389

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Abkürzungsverzeichnis

A.D.M.D.	Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
a.M.	anderer Meinung
AB	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
ABl-ZH	Amtsblatt des Kantons Zürich
Abs.	Absatz
ACP	Advance Care Planning
AdoV	Verordnung über die Adoption (Adoptionsverordnung) vom 29. Juni 2011
AG	Kanton Aargau
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (Deutschland)
AGS	American Geriatrics Society
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AJP	Aktuelle Juristische Praxis
al.	aliae/alia/alii
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
ÄNO	Ärztliche Notfallanordnung
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
Art.	Artikel
ARV	Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
AT	Allgemeiner Teil
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse
ATP	Antitachykardes Pacing
Aufl.	Auflage
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBL	Bundesamt für Bauten und Logistik
BBl	Bundesblatt
Bd.	Band
BE	Kanton Bern

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

BehiG	Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz) vom 13. Dezember 2002
BEJUNE	Berne, Jura, Neuchâtel
BEK	Beschwerdekammer
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz) vom 3. Oktober 1951
BetmKV	Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung) vom 25. Mai 2011
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des schweizerischen Bundesgerichts
BGH	Bundesgerichtshof (Deutschland)
BiPAP	Biphasic Positive Airway Pressure
BK	Berner Kommentar
BL	Kanton Basel-Landschaft
BMC	BioMed Central
BPG-LU	Betreuungs- und Pflegegesetz des Kantons Luzern vom 13. September 2010
BPV-LU	Verordnung des Kantons Luzern vom 30. November 2010 zum Betreuungs- und Pflegegesetz
BRK	UNO-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention)
BS	Kanton Basel-Stadt
BSK	Basler Kommentar
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BtMG	Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Deutschland)
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht (Deutschland)
CAT	Committee Against Torture
CCPR	Covenant on Civil and Political Rights
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

cf.	confer
CH	Confoederatio Helvetica
CHF	Schweizer Franken
CHK	Handkommentar zum Schweizer Privatrecht
CI	Confidence Interval
consid.	considération
CP	Code pénal suisse du 21 décembre 1937
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
CR	Commentaire romand
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999
d.h.	das heisst
DE	Deutschland
DFI	Département fédéral de l'intérieur
Diss.	Dissertation
DNR	Do-Not-Resuscitate
Doc.	Document
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
E.	Erwägung
EAPC	European Association for Palliative Care
ECHR	European Court of Human Rights
ECtHR	European Court of Human Rights
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EKMR	Europäische Kommission für Menschenrechte
EMPP	Établissements médicaux privés et publics
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten
EMS	Etablissements médico-sociaux
EOL	End of life
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ESR	Erwachsenenschutzrecht
EU	Europäische Union
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Union
exkl.	exklusiv
f.	folgende
FamKomm	Kommentar zum Familienrecht
ff.	fortfolgende
FMedG	Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz) vom 18. Dezember 1998
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
Fn.	Fussnote
FR	Kanton Freiburg
Fr.	Franken
FTB	Freitodbegleitung
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
GE	Kanton Genf
GesBAV	Verordnung über die Anerkennung ausländischer und die Gleichstellung inländischer Bildungsabschlüsse nach bisherigem Recht in den Gesundheitsberufen nach dem GesBG (Gesundheitsberufeanerkennungsverordnung) vom 13. Dezember 2019
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz) vom 30. September 2016
Geschäftsnr.	Geschäftsnummer
GesG-ZH	Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich vom 2. April 2007
GfK	Growth from Knowledge
GG	Grundgesetz (Deutschland)
ggf.	gegebenenfalls
GL	Kanton Glarus
GlBG	Gleichbehandlungsgesetz (Österreich)
GlG	Bundesgesetz über die Gleichstellung von Frau und Mann (Gleichstellungsgesetz) vom 24. März 1995
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP	General practitioner
GR	Kanton Graubünden

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

GUMG	Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 8. Oktober 2004
Habil.	Habilitation
HAnNo	Hausärztliche Anordnung für den Notfall
HEV-BE	Verordnung des Kantons Bern über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung) vom 18. September 1996
HFG	Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz) vom 30. September 2011
HK	Handkommentar
HMG	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) vom 15. Dezember 2000
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz (Deutschland)
HRC	Human Rights Council
Hrsg.	HerausgeberIn
HVI	Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung vom 29. November 1976
i.d.R.	in der Regel
i.e.S.	im engeren Sinn
i.V.m.	in Verbindung mit
i.w.S.	im weiteren Sinn
IG	Interessengemeinschaft
intro.	introduction
IRM	Imagerie à résonance magnétique
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
J.	Jahre
JAMA	Journal of the American Medical Association
JU	Kanton Jura
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung1 (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29. September 1995
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995
LAK	Luzerner Altersheimleiter- und -leiterinnen Konferenz
let.	lettre
lit.	litera

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

LPTh	Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques) du 15 décembre 2000
LSan	Legge del Cantone Ticino sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989
LS-NE	Loi de santé du 6 février 1995 du Canton de Neuchâtel
LU	Kanton Luzern
M.	Monsieur
m.a.W.	mit anderen Worten
MAPS	Multiprofessional Advance care Planning and Shared decision making for end of life care
MAUL	Medizinische Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz) vom 23. Juni 2006
MedR	Zeitschrift Medizinrecht
MND	Motor Neurone Disease
MOLST	Medical Orders for Life-Sustaining Treatment
MOST	Medical Orders for Scope of Treatment
Mr.	Mister
N	Note
NaP	Natrium-Pentobarbital
NE	Kanton Neuenburg
NEK	Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin
NK	Zeitschrift Neue Kriminalpolitik
NKVF	Nationale Kommission zur Verhütung von Folter
No.	Numero
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NW	Kanton Nidwalden
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
Ö	Österreich
o.ä.	oder ähnlich
OFK	Orell Füssli Kommentar
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ONU	Organisation des Nations Unies
op. cit.	opere citato

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911
OW	Kanton Obwalden
p.	page
PACE	Program of All-inclusive Care for the Elderly
PatV	Verordnung des Kantons Aargau über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten
PAVO	Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption vom 19. Oktober 1977
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
POLST	Physician Orders for Life-Sustaining Treatment
POST	Physician Orders for Scope of Treatment
PQV-SG	Verordnung des Kantons St.Gallen über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte vom 10. November 2015
PROFILES	Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland
RDT	Revue du droit de tutelle
RL	Richtlinie
Rn.	Randnummer
RTHUG-SRS	Règlement fixant les tarifs des prestations fournies par les Hôpitaux universitaires de Genève dans le domaine des soins subaigus, de la réadaptation médicale et des soins palliatifs
Rz.	Randziffer
S.	Seite
s.	suivant
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
SG	Kanton St.Gallen
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Deutschland)
SH	Kanton Schaffhausen
SHG-SG	Sozialhilfegesetz des Kantons St.Gallen vom 27. September 1998
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SJZ	Schweizerische Juristen-Zeitung

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

SKMR	Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SO	Kanton Solothurn
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
SSP	Situations as Starting Points
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung (Strafprozessordnung) vom 5. Oktober 2007
Stv.	Stellvertretender
SVBS	Schweizerische Vereinigung für Betriebssanität
SZ	Kanton Schwyz
SZS	Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TG	Kanton Thurgau
TI	Kanton Tessin
TPG	Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004
TV	Television
UK	United Kingdom
UN	United Nations
UNO	United Nations Organization
UR	Kanton Uri
UVEK	Eidgenössisches Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation
v.	versus
VAböV	Verordnung des UVEK über die technischen Anforderungen an die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs vom 23. März 2016
VAEU	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
VböV	Verordnung über die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs vom 12. November 2003
VBVV	Verordnung über die Vermögensverwaltung im Rahmen einer Beistandschaft oder Vormundschaft vom 4. Juli 2012
VD	Kanton Waadt

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vgl.	vergleiche
VPB	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
VS	Kanton Wallis
VSED	Voluntary stopping of eating and drinking
WHO	World Health Organization
WSK-Rechte	wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZBJV	Zeitschrift des Bernischen Juristenvereins
ZBl	Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht
ZEK	Zentrale Ethikkommission der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften
ZG	Kanton Zug
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907
ZH	Kanton Zürich
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert
ZKE	Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz
ZSR	Zeitschrift für Schweizerisches Recht
ZStrR	Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

§ 1 Einleitung

I. Einführung

Vincent Lambert, ein Krankenpfleger aus Frankreich, war seit einem Autounfall im Jahr 2008 vollständig gelähmt. Sechs Jahre nach dem Unfall wurde sein Status als chronisch vegetativ beurteilt. Das Behandlungsteam hat nach ausführlichen Gesprächen mit der Ehefrau von Vincent Lambert 2013 entschieden, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einzustellen. Die Eltern und zwei (von acht) Geschwistern von Vincent Lambert waren mit diesem Entscheid nicht einverstanden und haben durch alle Instanzen bis vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte gegen die Einstellung prozessiert.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat im Jahr 2015 entschieden, dass das Recht auf Leben im Fall einer Einstellung der lebenserhaltenden Massnahmen nicht verletzt würde[1]. Trotzdem wurden die lebenserhaltenden Massnahmen während weiteren vier Jahren nicht definitiv eingestellt. Nach dem Entscheid des EGMR und auch nach dem Tod von Vincent Lambert im Juli 2019 wurden zahlreiche weitere Prozesse geführt.

Daphné Berner, die ehemalige Kantonsärztin des Kantons Neuenburg, hat im Jahr 2010 einen Menschen auf dessen Verlangen getötet. Es handelt sich um einen Fall, der auf den ersten Blick zwingend zu einer strafrechtlichen Verurteilung führen muss. Die Umstände des konkreten Falles waren jedoch so einzigartig, dass Dr. Berner freigesprochen wurde und die Staatsanwaltschaft des Kantons Neuenburg das Urteil akzeptiert hat[2].

Bettina Koch hat sich im Jahr 2002 bei einem Sturz in ihrem Haus das Genick gebrochen und war in der Folge querschnittsgelähmt. Zwei Jahre später beantragte sie beim deutschen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erfolglos die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital. Im darauf folgenden Jahr hat sie sich mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation in Zürich das Leben genommen. Ihr Ehemann hat das Verfahren nach dem Tod weitergeführt. Im Jahr 2012 hat ihm der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte Recht gegeben und weitere fünf Jahre später hat das deutsche Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass der Staat in gewissen Fällen den Zugang zu einer tödlichen Substanz ermöglichen muss[3]. Der deutsche Gesundheitsminister hat dessen ungeachtet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angewiesen, den Zugang weiterhin zu verweigern.

---

1 Eine Zusammenfassung des Urteils findet sich im Abschnitt zum Abbruch oder Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen (§ 6, III, 5).
2 Eine Zusammenfassung des Urteils findet sich im Abschnitt zur Tötung auf Verlangen (§ 4, III, 1).
3 Eine Zusammenfassung des Urteils findet sich im Abschnitt zum Anspruch auf Verschreibung einer tödlichen Substanz (§ 7, III, 3.3.).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Diese drei Fälle haben gemeinsam, dass die darin aufgeworfenen Rechtsfragen in den Grundzügen geregelt sind, dass diese Regeln aber im konkreten Fall jeweils nicht angewendet wurden oder nicht hätten angewendet werden dürfen. Dies führt zur Frage, bis zu welchem Grad Entscheidungen am Lebensende überhaupt regulierbar sind.

Entscheidungen am Lebensende, wie z.B. der Abbruch einer Behandlung oder die zahlenmässig weit weniger relevante Suizidhilfe, sind in der Schweiz nur rudimentär reguliert. Regelungen zu Entscheidungen am Lebensende finden sich in allen Rechtsgebieten (d.h. im öffentlichen Recht, im Privatrecht und im Strafrecht), auf allen Normstufen (d.h. auf Reglements-, Verordnung-, Gesetzes-, Verfassungs- und völkerrechtlicher Ebene) und auf allen Ebenen (Spitäler/Heime, Gemeinden, Kantone, Bund, Europarat, UNO). Hinzu kommen Richtlinien und Empfehlungen von Ethikgremien, Fachgesellschaften, Berufsverbänden oder akademischen Institutionen, die nicht demokratisch legitimiert sind und dennoch häufig einen grösseren Einfluss auf Entscheidungen am Lebensende haben als das staatliche und suprastaatliche Recht.

In Spitälern und Heimen werden tagtäglich Entscheidungen am Lebensende getroffen und umgesetzt. Dabei treten immer wieder schwierige Situationen und rechtliche Unklarheiten auf. Es handelt sich dabei häufig nicht um die Themen, die in der juristischen Lehre und Rechtsprechung im Zentrum stehen. Spricht man mit ÄrztInnen und Pflegefachpersonen, stehen weder die Suizidhilfe noch die Tötung auf Verlangen im Fokus. Häufig fehlen Informationen darüber, welche medizinischen Massnahmen ein Mensch, der sich nicht mehr äussern kann, wünscht. Häufig werden Behandlungen durchgeführt, die aus Sicht der Behandelnden selbst sinnlos sind. Häufig werden Menschen in Alters- und Pflegeheimen schlechter versorgt als Menschen, die noch zuhause leben. Und häufig fehlt die Finanzierung für die ganzheitliche Versorgung von Menschen, die unheilbar erkrankt sind. Diese Themen werden in der vorliegenden Arbeit aufgenommen.

II. Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Regelungsvorschläge für eine bessere medizinische Versorgung von Menschen am Lebensende zu erarbeiten. Als gute bzw. bessere medizinische Versorgung gilt dabei eine Versorgung, die den Wünschen der Betroffenen entspricht.

Menschen am Lebensende können verschiedene Wünsche haben: Sie können eine maximale Lebensdauer unter Inanspruchnahme aller medizinischen Möglichkeiten und Begleiterscheinungen wollen. Sie können aber auch wünschen, dass möglichst wenig medizinisch interveniert und damit ein natürlicher Tod zugelassen wird. Zwischen diesen beiden Haltungen kann der Wunsch nach einer Kombination aus bestmöglicher Lebensqualität und möglichst hoher Lebensdau-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

er stehen. Weiter kommt es auch vor, dass Menschen den Tod wünschen und bereit sind, diesen selbst herbeizuführen oder verlangen, dass Dritte ihr Leben beenden.

III. Entstehung und Methodik

Die Arbeit basiert einerseits auf einer empirischen und andererseits auf einer normativen Grundlage. Im Auftrag einer überwiegend juristisch ausgerichteten Forschungsgruppe, in der auch der Autor vertreten war, wurde im Jahr 2014 eine empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende durchgeführt[4]. Die AutorInnen dieser Studie haben 45 leitfadengestützte Interviews geführt und analysiert[5]. Dabei lag der Fokus auf den Entscheidprozessen im Hinblick auf den Tod. Bei der Lektüre der transkribierten Interviews durch den Autor der vorliegenden Arbeit sind weitere Themen an die Oberfläche getreten, die im Schlussbericht der Studie aufgrund der Fokussierung auf Sterben und Tod nicht erwähnt sind. Weil auch diese Themen für das Ziel der Arbeit (siehe I. hiervor) relevant sind, wurde das Themenspektrum der Arbeit erweitert. Diese beschränkt sich nicht auf Entscheidungen am Lebensende (dazu sogleich, § 2, I), sondern behandelt auch Themen, die über diese Konstellationen hinausgehen, gleichzeitig aber mit diesen verwoben sind. Dies gilt insbesondere für das Advance Care Planning, Palliative Care, Überbehandlungen und die medizinische Versorgung in Heimen. Das breite Themenspektrum ist denn auch im Titel der Arbeit («Recht und Medizin am Lebensende») abgebildet.

Nebst der empirischen Studie, die insbesondere davor bewahrt, bloss theoretisch existierende Probleme zu behandeln, basiert die Arbeit zu einem wesentlichen Teil auf normativen Grundlagen. Im zweiten Teil der Arbeit werden die Menschenrechte im Hinblick auf ihre Bedeutung für Menschen in ihrer letzten Lebensphase untersucht. Auch hier wurde von der zunächst vorgesehenen Beschränkung auf Entscheidungen am Lebensende abgesehen.

Die im Schlussteil erarbeiteten Regulierungsvorschläge beziehen sich auf empirisch nachgewiesene Problemkonstellationen, in denen aus normativer Sicht, namentlich zum Schutz der Menschenrechte, Verbesserungsbedarf besteht.

IV. Gang der Darstellung

Die Arbeit besteht aus drei Teilen: einem Grundlagenteil mit Begriffen, Zahlen und Fakten sowie einer Darstellung der Rechtslage im Bereich von Entscheidun-

4 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen.
5 Eine genaue Beschreibung des methodischen Vorgehens und der Datengrundlage findet sich in der Studie selbst: Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 2 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gen am Lebensende, einem zweiten Teil zu Menschenrechten am Lebensende und einem dritten Teil zu Problemkonstellationen am Lebensende.

Im ersten Teil werden die Begriffe rund um Entscheidungen am Lebensende definiert (§ 2), dann mit Zahlen und Fakten ergänzt (§ 3), gefolgt von einer Darstellung der Rechtslage unter Ausklammerung des Verfassungs- und Völkerrechts (§ 4). Dieses steht im Zentrum des zweiten Teils (Menschenrechte am Lebensende), der gegliedert ist in Kapitel zum Diskriminierungsverbot (§ 5), Recht auf Leben (§ 6), Recht auf persönliche Freiheit (§ 7), Recht auf Hilfe in Notlagen (§ 8), Recht auf Gesundheit (§ 9) und weiteren Menschenrechten (§ 10).

Im dritten Teil stehen sodann konkrete Problemkonstellationen im Zentrum. Dieser Teil basiert einerseits auf einer normativen und andererseits auf einer empirischen Grundlage: Die in Interviews erwähnten Problemkonstellationen lassen sich häufig auf Lücken im Recht und damit auf einen ungenügenden Schutz der im zweiten Teil dargestellten Menschenrechte zurückführen. Folgende Problemkonstellationen bilden Gegenstand des dritten Teils: Patientenwünsche am Lebensende sind nicht bekannt (§ 11), Überbehandlungen (§ 12), medizinische Versorgung in Heimen (§ 13), Palliative Care (§ 14), die Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe (§ 15) und der Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen (§ 16). Zu jeder dieser Problemkonstellationen wird zunächst die aktuelle Rechtslage dargestellt, gefolgt von eine Untersuchung der Regulierungsbedarfs und – wo ein solcher bejaht wird – konkreten Regulierungsvorschlägen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 häufig[6] eine Definition[7]. 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 hat[8], 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 fünf[9]:

---

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;

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. der Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung («Forgoing life-prolonging treatment»),
2. die intensivierte 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 handelt[12]. 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 gehören[13]. Hinzu kommt, dass die Suizidhilfe teilweise als eine Form von Sterbehilfe[14], teilweise als Synonym des Begriffs Sterbehilfe, teilweise als nicht vom Sterbehilfe-Begriff erfasste Handlung[15] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Oberbegriff zur Sterbehilfe[16] verstanden wird. Eine ganz eigene Definition vertritt die FMH[17]. 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 Empfehlungen[18] 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 gemeint[20]. 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 wollen[21]. Andererseits wird auch die Tötung ohne entsprechendes Verlangen teilweise als direkte aktive Sterbehilfe bezeichnet[22]. Die Verwendung des Adjektivs «aktiv» hat die Strafrechtslehre dazu veranlasst, Überlegungen zum Zusammenspiel von aktiv/passiv und Handlung/Unterlassung anzustellen. Deshalb ist in der Schweiz[23] 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

aktive Sterbehilfe einzustufen ist[24]. 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» verwendet[25]. In Österreich wird für diese Handlungen der Begriff «aktive direkte Sterbehilfe» verwendet[26].

Als indirekte aktive Sterbehilfe[27] 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 eintritt[28] oder ob es genügt, dass die Möglichkeit dazu besteht und in Kauf genommen wird[29]. Aus ethischer Sicht handelt es sich um eine besonders interessante Konstellation, weil die indirekte aktive Sterbehilfe als Lehrbuchbeispiel für das ethische Prinzip des Doppeleffekts gilt[30]. Das ethische Prinzip des Doppeleffekts besagt, dass der negative Nebeneffekt einer Handlung dadurch legitimiert wird, dass der Haupteffekt positiv zu bewerten ist[31]. 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 verlängert[32]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 eintritt[33].

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 vor[34].

In Deutschland wird für jene Handlungen, die in der Schweiz als indirekte aktive Sterbehilfe bezeichnet werden, der Begriff «indirekte Sterbehilfe» verwendet[35]. In Österreich wird für diese Handlungen der Begriff «aktive indirekte Sterbehilfe» verwendet[36].

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 Kopetzki, Landesbericht, S. 213.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 erfolgen[37]. 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 fällt[38]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bensverkürzung sicher[39] oder nur möglich[40] sein muss. Teilweise werden nur die Schmerzbekämpfung[41], teilweise auch die Bekämpfung anderer Leiden[42] 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 verwendet[43] 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 wird[44].

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 Suizid[45]. 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 Disziplin-

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 verwendet[46]. 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. vierte[47]) 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 ist[48]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

de Person einen kausalen Beitrag leistet[49]. Es handelt sich um eine Gehilfenschaft, die nicht so bezeichnet wird, weil die «Haupttat», also der Suizid, straflos ist[50]. 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 definiert[53]: «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 Weltgesundheitsorganisation[54].

Eine kürzere Definition findet sich in der nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012[55]: «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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 nebst den medizinischen Behandlungen auch pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung. Demgegenüber bezieht sich der Begriff Palliativmedizin auf den ärztlichen Teil der Palliative Care[58].

3. *Mittel zur Symptombekämpfung*

Die häufigsten Symptome von Menschen am Lebensende sind Schmerzen, Atemnot, Angst, Erregungszustände und Verwirrung[59]. Zur Bekämpfung dieser Symptome werden verschiedene Medikamente eingesetzt.

Bei Analgetika handelt es sich um einen Sammelbegriff für Medikamente zur Linderung von Schmerzen[60] (griechisch an- = nicht, álgos = Schmerz[61]).

Opioide sind Medikamente zur Linderung von Schmerzen[62] und Atemnot[63]. Morphin (= Morphium) ist ein Opioid[64].

Benzodiazepine sind Medikamente zur Linderung von Angst und zur Muskelentspannung[65].

Für die Sedierung werden in der Palliativmedizin in erster Linie Benzodiazepine eingesetzt, am häufigsten die Substanz Midazolam[66]. Opioide 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, Opioide.
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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ist[69]. Es handelt sich um keine der fünf Kategorien von Entscheidungen am Lebensende, da eine Sedierung nicht zwingend[70] und bei korrekter Dosierung gar nicht[71] mit einer Lebensverkürzung verbunden ist. Jedoch wird die Sedierung in über 90 Prozent der Fälle in Kombination mit einer Entscheidung am Lebensende eingesetzt[72]. 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 unterscheiden[74]. Im Unterschied zur vorübergehenden wird die kontinuierliche palliative Sedierung bis zum Todeseintritt aufrechterhalten. Häufig wird dafür auch der Begriff «kontinuierliche tiefe Sedierung» verwendet[75]. Dieser ist aus dem Englischen («continuous deep sedation») übersetzt; mit «tief» ist nicht eine tiefe Dosierung, sondern eine tiefe Bewusstlosigkeit (durch starke Sedierung) gemeint[76]. In der Literatur ist auch der Begriff der terminalen Sedierung anzutreffen[77]. Dieser Begriff wird inzwischen im palliativmedizinischen Kontext vermieden, weil er impliziert, dass die Sedierung die PatientIn an ihr Lebensende bringen soll[78].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

VII. Advance Care Planning

Advance Care Planning wird in den SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod wie folgt definiert[79]: «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 Definition[80]: «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 Deutschland[81] bzw. ärztliche Notfallanordnung in der Schweiz[82]) lag. Es wurden Weiterbildungsprogramme mit Zertifikaten gestartet[83] und entsprechend lautende Marken registriert[84]. 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 Schmitten/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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 verliert[86]. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann als Möglichkeit gewählt werden, um den Sterbeprozess zu beschleunigen, und wird dann teilweise auch «Sterbefasten» genannt[87]. In der Medizinethik wird rege diskutiert, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine Form von Suizid darstellt[88].

Die SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod äussern sich wie folgt zum FVNF[89]: «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]).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Tötung[90], nicht aber im österreichischen[91]. 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 handelt[92].

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 verwendet[94]. 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 gemeint[95]. 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 Frankreich[96].

90 § 211 Abs. 2 D-StGB: «Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebs, 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 euthanasía = leichter Tod, zu: eũ = 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 Griţco, 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

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Sterbeprozess[97], Hilfe zum Sterben dagegen die Tötung von Menschen, bei denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht[98]. 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 25[101]. Relativ gemessen liegen diese Zahlen im Promillebereich und die Veränderung ist statistisch nicht relevant[102].

---

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; Kneihs, 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; Kneihs, 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Tötung auf Verlangen

Auch die Tötung auf Verlangen kommt trotz grundsätzlicher Strafbarkeit[103] in der Schweiz vor. Die bereits erwähnte Studie hat im Jahr 2001 acht und im Jahr 2013 elf Fälle von Tötungen auf Verlangen gefunden[104]. Auch diese Veränderung ist aufgrund der kleinen Zahlen statistisch nicht relevant[105]. Verurteilungen wegen Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) sind selten, in den letzten zehn Jahren waren es zwei[106].

III. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

Jeder dritte Mensch stirbt in der Schweiz nach einem Behandlungsabbruch oder -verzicht[107]. Berücksichtigt man nur die erwarteten Todesfälle, ist es jeder zweite[108]. 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 Massnahme[109].

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 genommen[110]. 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 unbestrittenermassen 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% intensivierte Schmerzlinderung die einzige getroffene Massnahme, während bei 51% beide Massnahmen kombiniert eingesetzt wurden.».

110 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 896: intensivierte Verabreichung von Mitteln zur Schmerz- oder anderweitigen Symptomlinderung in 29,8% aller erwarteten Todesfälle.

111 Bosshard, Comparison, S. 555.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Bekämpfung von Symptomen wie Schmerzen und Atemnot kann auch bei fachgerechter Durchführung einen lebensverkürzenden Effekt haben[112]. Bei kunstgerechter Durchführung dieser Massnahmen ist eine Lebensverkürzung allerdings selten[113], wobei auch unter ÄrztInnen diesbezüglich wenig Klarheit besteht[114]. 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 relevant[115].

Es kommt auch vor, dass die Schmerzbekämpfung aus Angst vor Schmerzmittelabhängigkeit oder wegen unzureichender Erfassung der Schmerzen ungenügend ist[116].

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 verbunden[117]). 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ist[120]. 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 einzustufen[122].

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 bezeichnet[123]. 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 Tötungen[125] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen angeben, Medikamente in höheren Dosen als für die Symptombekämpfung notwendig verabreicht zu haben, um damit den Todeseintritt zu beschleunigen[126].

VI. Suizid und Suizidhilfe

Suizid ist die Ursache bei 16 von 1000 Todesfällen[127]. In der Schweiz haben sich im Jahr 2016 mehr als 1944 Menschen das Leben genommen, davon 1016 durch gewaltsamen bzw. nicht-assistierten Suizid[128] (759 Männer und 257 Frauen) und 928 durch assistierten Suizid[129] (529 Frauen und 399 Männer). Bei den assistierten Suiziden beinhalten die vom Bundesamt für Statistik erfassten Zahlen nur in der Schweiz wohnhafte Personen[130]. Der Verein Dignitas hat im Jahr 2016 nach eigenen Angaben bei 195 nicht in der Schweiz wohnhaften Personen Suizidhilfe geleistet[131].

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 (905[132] bei Exit Deutsche Schweiz bzw. 299[133] 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 200[134], im Jahr 2018 waren es 221[135]. 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. 1bis 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

einigung meint, die Meldung sei freiwillig[136]. Ebenfalls nicht bekannt ist, wie häufig ärztlich assistierte Suizide ohne Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation sind.

VII. Suizidhilfeorganisationen

In der Schweiz sind, soweit ersichtlich[137], 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 sein[138]. Bei Ex International finden sich auf der Webseite keine Informationen über die Aktivität des Vereins[139]. Gemäss Venetz (Stand 2008) scheiden pro Jahr 15–20 Personen mit Ex International aus dem Leben[140].

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 steht[141].

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 einsehbar[142]. Exit Deutsche Schweiz, Dignitas und Lifecircle betreiben nach eigenen Angaben nicht nur Suizidhilfe, sie bieten auch Beratung insbesondere im Zusammenhang mit Patientenverfügungen an und setzten sich für die Suizidprävention ein[143].

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 eine 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Mitglieder

Die mitgliederstärkste Suizidhilfeorganisation der Schweiz ist Exit Deutsche Schweiz mit über 120'000 Mitgliedern[144]. Die Mitgliederzahl hat sich innerhalb von sieben Jahren verdoppelt[145] und steigt weiter an[146]. 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 Mitglieder[147]. Der Verein Dignitas hat 8'432 Mitglieder, davon 688 mit Wohnsitz in der Schweiz[148]. Die hohe Mitgliederzahl von Exit hängt wahrscheinlich mit dem Angebot zusammen, dass Mitglieder für die Suizidhilfe keine zusätzlichen Kosten (nebst dem Mitgliederbeitrag) bezahlen müssen[149]. Dignitas bietet seinen Mitgliedern unabhängig von der Mitgliedschaftsdauer keine kostenlose Suizidhilfe an[150]. Lifecircle veröffentlicht keine Mitgliederzahlen[151].

Sowohl bei Exit Deutsche Schweiz als auch bei Exit Romandie können nur Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz oder Schweizer Bürgerrecht Mitglied werden[152] und Suizidhilfe erhalten[153]. 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 sei[154]. Dignitas und Lifecircle bieten die Suizidhilfe auch Menschen aus dem Ausland an[155]. 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 Schweiz[156].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 folgt[159]: «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 folgt[160]: «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 folgt[161]: «[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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 folgt[162]: «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 erhoben[163]. 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 bezahlen[164].

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 werden[165]. Der Mitgliederbeitrag für diese beträgt CHF 1100[166].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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» zusammen[167]. Zwei der vier Vorstandsmitglieder des Vereins sind auch im dreiköpfigen Stiftungsrat von «Eternal Spirit» vertreten, Verein und Stiftung werden zudem von der gleichen Person präsidiert[168].

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 Franken[170]. Gemäss Statuten können diese Beiträge für Mitglieder, die in sehr bescheidenen Verhältnissen leben, reduziert oder erlassen werden[171]. Die Informationsbroschüre hält fest, dass dies auch für die besonderen Mitgliederbeiträge (d.h. die Kosten für die Suizidhilfe) gilt[172].

4. Entschädigung der Vorstands- und Geschäftsleitungsmitglieder

Die Mitglieder des Vorstandes von Exit üben ihre Tätigkeit gemäss Statuten ehrenamtlich aus und erhalten eine Spesenentschädigung[173]. 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)» bezogen[175]. Da er seit 2015 Geschäftsführer und per Ende 2014 aus dem Vorstand zurückgetreten ist[176], 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nicht mehr veröffentlicht[177]. Die Statuten verlangen nur die Veröffentlichung der an die Vorstandsmitglieder ausgerichteten Entschädigungen[178].

Der Verein Dignitas macht keine Angaben zur Entschädigung seines einzigen[179] Vorstandsmitglieds. Auch die Entschädigungen der Geschäftsführung bzw. des dreiköpfigen Leitungsteams[180] 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 vergüten lassen[181]. Das Bezirksgericht Uster hat das Vorstandsmitglied mit Urteil vom 30. Mai 2018 vom Vorwurf der mehrfachen Beihilfe zum Selbstmord und des mehrfachen Wuchers freigesprochen[182]. Die Staatsanwaltschaft wollte dieses Urteil mittels Berufung anfechten[183]. Wegen eines Versehens der Staatsanwaltschaft wurde aber die Frist für die Einreichung der Berufungsbegründung verpasst[184]. 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 gewertet[185]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

stellte des Vereins, sondern im Auftragsverhältnis tätig»[186]. Der Verein beschäftigt zudem 31 Angestellte mit einem Vollzeitäquivalent von 23 Stellen[187].

In der vom Bundesgericht für nichtig erklärten[188] 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» erhalten[189]. Inzwischen betrachtet die Zürcher Staatsanwaltschaft eine Entschädigung in der Höhe von CHF 550 als angemessen[190].

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» durch[191]. 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» Einsitz[194].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zum Tode führende Krankheit oder/und eine unzumutbare Behinderung oder/und nicht beherrschbare Schmerzen[195]. Sodann werden die folgenden Unterlagen aufgezählt, aus denen ein «Gesuch um Vorbereitung einer Freitodbegleitung» grundsätzlich bestehe[196]:

- «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 beigefügt 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 entnehmen[197]: «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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Wortlaut[198]:

> «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 Wortlaut[199]:

> «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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Wortlaut[200]:

«[…[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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 seien[202]. 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 schützen[203].

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 Care[205], bei der Versorgung[206], bei der Finanzierung[207], bei der Sensibilisierung[208], bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung[209] und bei der Forschung[210] 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 wurde[212] und wiederholte das Hauptziel der Strategie 2010–2012[213].

Im Mai 2015 wurde beschlossen, dass die nationale Strategie durch eine nationale Plattform Palliative Care abgelöst wird[214]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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» veröffentlicht[216]. 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 fest[218]: «Einen zentralen Stellenwert im Vorausplanungsprozess hat die Dokumentation. Empfohlen wird eine einheitliche Dokumentation für die Behandlungswünsche in akuten Notfallsituationen bspw. in ärztlichen Notfallanordnungen (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 Notfallanordnung (ÄNO) und eine perioperative Notfallanordnung[219].

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 beschreiben[220], warnen andere vor unangenehmen Begleiterscheinungen[221]. Die Alzheimervereinigung des Kantons Zürich hatte den FVNF in einer Muster-Patientenverfügung auf ihrer Webseite aufgenommen und später wieder entfernt[222].

---

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»).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bis heute liegen noch keine systematisch erfassten Erfahrungen mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vor[223]. 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 entscheiden[224] 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 Standesrecht. 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 Standesrechts eingegangen werden.

I. Vorbemerkungen

1. Zur Bedeutung des Standesrechts

Dem Standesrecht 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 Standesordnung dieser Vereinigung. In der Standesordnung der FMH wird u.a. auf die Richtlinien der SAMW verwiesen[228]. Ein Verstoss gegen diese Richtlinien kann dementsprechend standesrechtliche Konsequenzen wie z.B. Verweis, Busse bis CHF 50'000, Suspendierung der Mitgliedschaft auf bestimmte Zeit oder Ausschluss aus der Gesellschaft / FMH haben[229].

223 Ziegler, Sterben, S. 96; Zimmermann et al., Lebensende, S. 66.
224 Gemäss Wyss/Breitschmid, FVNF, 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-Standesordnung (Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften).
229 Art. 47 FMH-Standesordnung (Sanktionen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 gestützt[230]. 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 erlässt[231]. In der zugehörigen Verordnung verweist der Bundesrat auf deren Anhang 1[232] und im Anhang 1 zur Verordnung findet sich schliesslich ein Verweis auf die Richtlinien der SAMW zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen[233].

Das Abstützen von staatlichen Behörden auf Richtlinien, die von einer privaten Vereinigung erarbeitet worden sind, ist aus rechtsstaatlicher Sicht problematisch[234]. 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 können[235]. 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-Richtlinien[236], 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 2004[237]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Lebendspende 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 (2002/2015/2018[238])
7. Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen (2013)
8. Richtlinien zu Patientenverfügungen (2009)
9. Richtlinien zu Reanimationsentscheidungen (2008; in Überarbeitung[239])
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 äussern[240]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

noch immer[241]) 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 Angehörigen[243]. 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 Konfliktsituationen[246]. 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 Handlungen[248], kontrovers diskutierte Handlungen[249] und nicht zulässige Handlungen[250].

Zu den allgemein akzeptierten Handlungen gehören die Unterlassung und der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen[251], 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

anderen Symptomen[252] sowie die Sedierung[253]. Zu den kontrovers diskutierten Handlungen gehören die Suizidhilfe[254] sowie die Begleitung und das Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)[255]. Zu den nicht zulässigen Handlungen zählen die Tötung auf Verlangen[256] und die Tötung ohne entsprechendes Verlangen[257]. 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 Täterschaft[258].

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 lebenslänglichem Zuchthaus bestraft[259].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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, freigesprochen[260]. Dem Urteil lag der folgende Sachverhalt zugrunde:

Im Jahr 2008 wurde bei einer 41-jährigen Frau die Krankheit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert. Gemäss Urteilstext[261] 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 limitiert[262].

Nach einem Besuch der Suizidhelferin im Juli 2009 wurde im August vereinbart, dass der assistierte Suizid im September durchgeführt werden sollte. Der Gesundheitszustand der Betroffen 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 Ersticken 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

das dazu erforderliche Gebastel («bricolage») in diesem Zeitpunkt nach Ansicht mehrerer Anwesender unpassend und menschenunwürdig gewesen wäre[263].

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 Signalbewegung selber gesehen zu haben[264].

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 sei[265]. Es verwies auf verschiedene Lehrmeinungen[266], 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 seien[267]. 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 werde[268].

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 brachte[269]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– 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 könnten[271].

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 gesprochen[272]. Dieser hatte eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital in eine Infusion eingebracht, welche ohne weiteres Zutun des kurz darauf Verstorbenen in dessen Blutkreislauf gelangte[273]. Im Verfahren vor dem Bezirksgericht war nur strittig, ob sich der Angeklagte auf einen Sachverhaltsirrtum berufen konnte, das Gericht verneinte dies[274].

Das Bezirksgericht Zürich hat im Jahr 2005 einen Mitarbeiter einer Suizidhilfeorganisation als Mittäter einer Tötung auf Verlangen verurteilt[275]. Dieser hatte die Ehefrau eines an Speiseröhrenkrebs erkrankten und an Erstickungsanfällen 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 sterbewillige Person selbst nicht mehr möglich war[276].

IV. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung sind medizinische Eingriffe Integritäts-[277], Persönlichkeits-[278] und Körperverletzungen[279], 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr[280]. 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 beachten[281].

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 bringt[282]. Die staatliche Schutzpflicht zugunsten des Lebens wandelt sich beim Verzicht auf das Leben zu einer Gewährleistung der Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Einwilligung[283]. 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, FVNF, 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 geht[284].

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 Europarats[285]. Art. 6 Abs. 3 der Biomedizinkonvention gibt vor, dass eine medizinische Intervention bei einer einwilligungsunfähigen Person nur mit Einwilligung einer vertretungsberechtigten Person erfolgen darf[286]. 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.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 verfasst[287]. Auf der anderen Seite kann auch ein Standardformular aus dem Internet ausgedruckt und mehr oder weniger ungelesen unterschrieben werden[288]. 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 ist[289].

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 ist[290]. 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 folgt[291]. 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/Wyttenbach, Grundrechte, S. 138.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ZGB[292] 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 besteht[294]. Diese Auffassung wird in der Lehre jedoch mit guten Gründen kritisiert[295]. 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 kann[296].

Das in der Botschaft vorgebrachte Argument, wonach auch die urteilsfähige PatientIn auf Aufklärung verzichten und den Entscheid an die behandelnden Medizinalpersonen delegieren könne[297], 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 Irrtümern[298]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 entschliesst[299]. 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 verzichtet[300], verlangt ein Teil der Lehre für die Gültigkeit einer Patientenverfügung ein Mindestmass an unverzichtbarer Aufklärung[301]. 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 soll[302]. Ein anderer Teil der Lehre lehnt diese Unterscheidung ab und verlangt sowohl für die Zustimmung als auch für die Ablehnung eine vorangegangene Aufklärung[303].

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 handelt[304]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 hat[306] 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 scheinen[307], 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

entenverfügung vor längerer Zeit errichtet worden ist[308]. 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 kann[309]. 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 sind[310].

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 verwiesen[311]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 erfolgen[312]. Im Unterschied zum Vertrauensprinzip, bei dem Willenserklärungen so zu deuten sind, wie sie vom Empfänger in guten Treuen verstanden werden dürfen und müssen[313], ist bei einer Auslegung nach dem Willensprinzip der wirkliche Wille der erklärenden Person zu ermitteln[314].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gemeint hat[315], 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 umgesetzt[316]. Die vor Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts in gewissen Kantonen bestehende Entscheidkompetenz bei ÄrztInnen war von der Biomedizinkonvention nicht gedeckt[317].

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 objektiven[318] Interessen der urteilsunfähigen Person zu entscheiden[319]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sind diese umzusetzen, ohne dass eine vertretungsberechtigte Person miteinbezogen werden muss[320].

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 sollten[321].

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 gehe[322]. 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 werden[323]. 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 konnte[324]. 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 festzulegen[325].

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; Büchler/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 Büchler/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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

rantierte Recht auf persönliche Freiheit immer vorgehen[326]. 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 hätte[327]. 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 enthalten[328].

In der Literatur zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen wird ausschliesslich das Beispiel der ungerechtfertigten Ablehnung einer medizinischen Massnahme durch eine vertretungsberechtigte Person behandelt[329]. 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; Haussener, 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 gilt[330]. Die Regelung von Art. 379 ZGB entspricht gemäss Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht der Regelung in Art. 8 Biomedizinkonvention[331]. Die Botschaft zu Art. 8 der Biomedizinkonvention hält ihrerseits fest, dass auch in Notfällen die Wünsche zu berücksichtigen sind, welche die PatientIn früher geäussert hat[332]. 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 kennt[333]. 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 entspricht[334]. Dieser nicht näher begründeten Auffassung ist mit Blick auf Art. 8 der Biomedizinkonvention 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 wolle[335]. 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 Biomedizinkonvention (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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

entschied sich nach Rücksprache mit dem Rettungsdienstleiter unter Berücksichtigung des Patientenwunsches jedoch gegen die Einweisung, und die Patientin verstarb[336].

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 bestätigt[337]. Er sah im Verhalten des Rettungsdienstleiters eine Überschreitung des erlaubten Tätigkeitsgebiets (§ 55 Abs. 1 lit. b des Schwyzer Gesundheitsgesetzes[338]) und stützte sich auf eine Verordnungsbestimmung, wonach Rettungssanitäter in medizinischen Belangen der ärztlichen Verantwortung unterstehen (§ 23 Abs. 1 der Schwyzer Gesundheitsverordnung[339]). 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 gehandelt[340].

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) wünscht[341]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

in der Schweiz von einem eigens darauf spezialisierten Unternehmen hergestellt und vertrieben[342]. Es handelt sich um die Ablehnung einer lebensverlängernden Massnahme, weil nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand ohne Reanimationsbemühungen in aller Regel der Tod eintritt[343].

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-Stempels[344]. 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 kann[345], erfüllt der No-CPR-Stempel zumindest das Kriterium der Unterschrift eindeutig nicht[346].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ÄrztInnen[347] – 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 Lehre[348] der mutmassliche Wille, sofern bekannt, ausschlaggebend; die objektiven Interessen kommen erst dann zum Zug, wenn der mutmassliche Wille nicht (hinreichend) bekannt ist[349]. 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 ist[350]. 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 werden[351]. 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 müsse[352], 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Abbruch aussichtsloser medizinischer Massnahmen

2.1. Aussichtslose medizinische Massnahmen

In der Literatur wird vereinzelt zwischen Unzumutbarkeit und Aussichtslosigkeit von medizinischen Massnahmen unterschieden[353]. Unzumutbarkeit soll dann vorliegen, wenn es für die PatientIn besser ist, wenn sie stirbt[354]. Demgegenüber ist Aussichtslosigkeit dann gegeben, wenn die betroffene PatientIn nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann[355]. Was ein angemessenes Lebensumfeld ist, hängt vom Willen und den Präferenzen der PatientIn ab, muss aber mindestens eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung beinhalten[356]. 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 unzumutbar[357]. 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 Wahrnehmungsfähigkeit[358]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zulässig[359]. 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 werden[360]. In diesen Situationen steht die einfühlende 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 gewinnen[361]. Es besteht eine ärztliche Verantwortung, bei Aussichtslosigkeit das übermässige Leiden zu beenden[362].

In der Praxis kommt es häufig vor, dass medizinische Massnahmen trotz ihrer Aussichtslosigkeit eingeleitet oder weitergeführt werden[363]. 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 geleistet[364]. 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, Leitfaden 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 beachten[365]. Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung gilt dies auch für die Herbeiführung des Todes durch das Ausschalten eines laufenden Geräts[366]. 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 derselben[367].

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 Zürich[368].

4.1. *Aargau*

Die Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten des Kantons Aargau[369] 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; 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.
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 (ABl-ZH 2011 2567, S. 2593).
369 Verordnung des Kantons Aargau über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten (Patientenverordnung, PatV).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Gesundheitsgesetzes[370] 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 folgt[371]:

> «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 FMH[372] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Tod[373] und derjenigen zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis[374] 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 abgelöst[375]. 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 repräsentieren[377], 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 Entscheidfindung 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität und drittens die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie[378].

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 einwillige.

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 definiert[380]: «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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Massnahmen[381]. Darin ist festgehalten, dass auf den Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen zu verzichten bzw. diese abzubrechen 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 definiert[382]: «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 könne[383]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 richte[384]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.8. SAMW-Richtlinien Reanimationsentscheidungen

Die derzeit noch geltenden[386] 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 werden[387].

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 durchzuführen[388].

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 kann[389]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gruppen (WachkomapatientInnen, PatientInnen mit schwersten degenerativen Hirnerkrankungen im Spätstadium sowie PatientInnen mit schwersten bei Geburt vorliegenden oder in der frühen Kindheit erworbenen Hirnschädigungen[391]) 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 Zustand[392].

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 einfache[393].

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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

SAMW Bezug genommen. Dies gilt für sowohl für die straf-[394] als auch für die verfassungsrechtliche[395] 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 verstossen[396].

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 werden[397]. 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 auftritt[398]. 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; Haussener, 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 erläutert[400] und letztlich allesamt verworfen[401]. 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 eintritt[402]. 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 Todesfälle[403]) den Erkenntnissen der Palliativmedizin (i.d.R. keine Lebensverkürzung[404]) 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 strafbar[406].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bensende für FMH-Mitglieder[407] 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 folgt[409]: «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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ist[411].

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 Symptomen[412]: 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 sind[413].
- 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 sollte[414].
- 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 wird[415].

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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 kann[418].

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 Selbstmorde[419] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. *Urteilsfähigkeit*

Die auf den Suizid bezogene Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person ist unbestritten Voraussetzung für die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe[421]. Die Urteilsfähigkeit wird bei Erwachsenen, die nicht an einer geistigen Behinderung oder psychischen Störung leiden, vermutet[422]. Aber auch das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose begründet nicht zwingend die Vermutung fehlender Urteilsfähigkeit[423]. 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 nehmen[424]. 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 kann[425].

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 möglich[426]. Hierfür muss nachgewiesen werden, dass die ÄrztIn trotz bestehender Anhaltspunkte, die auf eine Urteilsunfähigkeit hingewiesen haben, diese nicht sorgfältig ausgeschlossen hat[427]. 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 entschieden[428]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen ab[429]. 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 beanstanden[430].

Weil die Urteilsfähigkeit vermutet wird[431], 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 entnehmen[433].

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 Täterschaft[434]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und unkompliziert abklären[435]. Darüber hinaus haben rechtsmedizinische Untersuchungen zur Praxis der Abklärung der Urteilsfähigkeit durch Suizidhilfeorganisationen bisher wenig Klarheit gebracht[436]. Sie beschränkten sich auf die Schilderung problematischer Beispiele und es bleibt unklar, wie häufig diese sind[437].

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 muss[438]. 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 Suizidhilfe[440]. Fälle eines unter Irrtum vorgenommenen Suizids seien jedoch selten und begegneten in ihrer Beurteilung keinen grundsätzlichen rechtlichen Schwierigkeiten[441].

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 Voraussetzung[442]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mit Urteilsfähigkeit gleich[443]. 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 erfahren[445].

Der Gesetzgeber kann beim Erlass von Art. 115 StGB im Jahr 1937 nicht an Suizidhilfeorganisationen gedacht haben, weil es diese damals noch nicht gab[446]. In der Botschaft zum Strafgesetzbuch wird als Motivation für die Beihilfe zum Suizid eine Freundestat genannt[447]. 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 handelt[448]. Heute besteht demgegenüber Einigkeit dahingehend, dass Art. 115 StGB keine achtenswerte Motivation verlangt. Eine gleichgültige Haltung genügt für das Verneinen von selbstsüchtigen Beweggründen[449]. 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 (BBl 1937 III 625), S. 660: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hülfe 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 (BBl 1918 IV 1), S. 32: «Aber auch die Überredung zum Selbstmord und die Beihülfe bei einem solchen kann eine Freundestat sein, weshalb hier nur die eigennützige Verleitung und Beihülfe 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; Stratenwerth/Jenny/Bommer, Strafrecht BT I, S. 46; Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 263.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Art. 115 StGB ausgesprochen hat[450], kann heute nicht mehr gesagt werden, dass der Wortlaut nicht dem tatsächlich Gewollten entspricht[451].

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 Verdienst-Grenze bei 20'000 Franken pro Jahr[452], 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 Vorstandsmitglieder[453]. 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 betrachtet[455]. 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 dürfen[456]. Diejenigen AutorInnen, welche nur eine Spesenentschädigung als zulässig erachten, nennen Beträge zwischen 300 und 550 Franken pro Suizidhilfe[457]. Einzig Venetz nennt auch den konkreten Zeitaufwand, wobei dieser offenbar stark variiert und bei 5–20 Stunden liegt[458]. 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 Standesinitiative des Kantons Aargau zur Änderung von Artikel 115 StGB und einer Standesinitiative 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 Standesinitiative 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 ist[460]. 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 müssen[462]. 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 einzutreten[463]. 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 werde[464]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Todesfall[466] 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 Todeseintritt 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 Verschreibung[470]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zur Suizidhilfe[471]. 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 trifft[472], 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 sind[473].

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 zugelassen[474]. Sie sind der Abgabekategorie B zugeteilt[475], 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Wissenschaften[476]. Das Heilmittelgesetz nennt zusätzlich auch die pharmazeutischen Wissenschaften. Den Botschaften lässt sich hierzu nicht mehr entnehmen als den Gesetzestexten[477]. 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 abstützt[478]. Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid aus dem Jahr 2006 festgehalten, dass auch bei psychisch kranken Personen eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zulässig sein kann[479].

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 verlangen[480]) 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 handle[481]. 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 sind[482]. Das Bundesgericht hat die Richtlinien der SAMW zwar als anerkannte medizinische Berufsregeln, nicht aber als Regeln der medizinischen Wissenschaften qualifiziert[483].

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 Schaerz, Erblindung, S. 949 ff.; Schaerz, Suizidbeihilfe, S. 1321; sowohl BSK HMG-Bürgi, Art. 26 N f., 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, […].».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 hatte[484]. Es erkannte darin einen strafbaren Verstoss gegen Art. 26 HMG[485]. Für die zweite Instanz war demgegenüber ausschlaggebend, dass zwei Gutachter in erster Linie die gleiche Diagnose (anorektale Tumorerkrankung) wie der verschreibende Arzt gestellt hätten[486]. Dies genüge für einen Freispruch, da Art. 26 Abs. 2 HMG keine vollumfängliche Kenntnis des Gesundheitszustands verlange[487].

5.3. Medizinalberuferecht

Das Medizinalberufegesetz listet in Art. 40 die Berufspflichten auf. Ein Verstoss gegen die Berufspflichten kann mit Disziplinarmassnahmen gemäss Art. 43 MedBG 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 dar[488]. 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 abgesehen 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 LPTh 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 LPTh 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 Schaerz, Suizidbeihilfe, S. 1314 ff.

488 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 befasst[489]. 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 besteht[490]. 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 Suizidbeihilfe[491]. 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 Verschreibung[492] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zur Zulässigkeit der Verschreibung von NaP bei urteilsfähigen Gesunden hätte äussern sollen[493].

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 verneint[495]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

halb einer Woche stützte[497]. Die Beschwerde, mit der erneut die Abgabe von Natrium-Pentobarbital ohne ärztliche Verschreibung beantragt wurde, hat das Bundesgericht abgewiesen[498]. 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 BetmG[500]) 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 zu[501]. 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 verletze[502].

In einem Urteil aus dem Jahr 2015 hat das Bundesgericht diese Grundsätze noch einmal wiederholt[503], 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 Suizidbeihilfe[504]. 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 verstossen[505].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 einzuschränken[506].

Zur Voraussetzung der länger dauernden Begleitung hat das Bundesgericht in diesem Urteil präzisiert, dass in der Literatur ein Abstand von mehreren Wochen genannt werde[507]. In der zitierten Literatur wird dieser Abstand allerdings für die Überprüfung der Urteilsfähigkeit bei psychisch Gesunden verlangt[508], während bei der Suizidentin im beurteilten Fall eine Depression und eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert waren[509]. Das in BGE 133 I 58 als Voraussetzung für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei psychisch Kranken erwähnte psychiatrische Fachgutachten[510] 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 bestätigt[511]. 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», ersucht[512]. 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 Handen einer schweizerischen Sterbehilfeorganisa-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ärztliche Dienst trat auf das Gesuch nicht ein, die dagegen erhobenen Beschwerden wurden von der kantonalen Gesundheitsdirektion, dem Verwaltungsgericht des Kantons Zürich[513] und schliesslich dem Bundesgericht abgewiesen[514]. 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, bestätigt[515]. Das Bundesgericht verneinte das Vorliegen eines aktuellen und praktischen Interesses[516] und sah auch keinen Grund, ausnahmsweise vom Erfordernis des aktuellen Rechtsschutzinteresses abzusehen[517]. 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» sei[519].

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 verstossen[520]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lung einer Zweitmeinung durch eine unabhängige Drittperson bestand[522]. 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 waren[523].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 wird[526].

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, bestätigt[527]. 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» wolle[528].

7. *Entzug der Berufsausübungs- bzw. Praxisbewilligung*

Die Begriffe Berufsausübungsbewilligung und Praxisbewilligung werden häufig synonym verwendet[529]. 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 verlangen[530]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 geregelt[531].

Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat im Jahr 1999 die Einschränkung einer Praxisbewilligung auf präventivmedizinische Tätigkeiten bestätigt[532]. 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 schützen[533]. 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 unbekannten 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 anderseits 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ren Verfahrens nur noch weibliche Patientinnen behandeln dürfen und leistete dessen ungeachtet mehrmals Suizidhilfe bei einem männlichen Patienten[536]. 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 bejaht[537]. Auch das öffentliche Interesse am Bewilligungsentzug hat es bestätigt, weil der betreffende Arzt trotz Wissen um den Standpunkt der Gesundheitsdirektion hinsichtlich der Qualifikation der Verschreibung wiederholt eine solche vorgenommen hat[538]. Schliesslich hat das Bundesgericht auch die Verhältnismässigkeit des Bewilligungsentzugs bejaht, weil er trotz bereits hängigem Entzugsverfahren nochmals die gleiche Verfehlung begangen hatte[539].

Im Jahr 2008 bestätigte das Bundesgericht die Ablehnung der Verlängerung einer Seniorenpraxisbewilligung durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich[540]. Der betroffene Arzt hatte Personen, die nicht zu seinem nächsten Verwandten- oder engsten Freundeskreis zählen, Rezepte für Natrium-Pentobarbital ausgestellt[541]. Die Seniorenpraxisbewilligung erlaubte jedoch nur eine Behandlung der nächsten Angehörigen und des engsten Freundeskreises[542]. 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 hat[543]. Dies trifft jedoch nur auf das Urteil der Vorinstanz zu[544].

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 habe[545]. 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 Lebensende[546]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 bestätigt[547]. 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 hinaus[548]. 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 aufgehoben[549].

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 abgeschrieben[550]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Beschwerdeführer ein unbefristetes Verbot der Rezeptur von Natrium-Pentobarbital im Rahmen der Suizidbeihilfe erlassen wurde[551]. Stattdessen auferlegte es ihm nur noch ein Verbot, im Rahmen der Suizidbeihilfe für psychisch kranke Sterbewillige Natrium-Pentobarbital zu rezeptieren[552]. 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 anbieten[553], hat das Bundesgericht die Beschwerde mangels praktischer Wirkung des Verbots als gegenstandslos abgeschrieben[554]. In einer weiteren Erwägung hat es festgehalten, dass nicht gesagt werden könne, dass die Begründung des Beschwerdeführers offenkundig Bundesrecht verletzen würde[555]. 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 habe[556].

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 ausgestellt[557]. In seinem Urteil hält das Bundesgericht zunächst fest, dass die Vorinstanz weder auf die Richtlinien der SAMW noch auf jene der NEK abgestellt habe[558]. 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 Suizid[559] 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vant 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»[560]. 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 verhältnismässig[562].

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 verweist[563]. 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, untersagen[564]. Da die Richtlinien gemäss Geltungsbereich nur für Menschen am Lebensende gelten[565], 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 war[566]. 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.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Richtlinien der SAMW nicht geregelt und auch nicht untersagt wurde[567]. Auch in der Lehre wird dies überwiegend richtig erkannt[568]. Auch wenn die Lebensende-Richtlinien für FMH-Mitglieder weiterhin gelten[569], ist die Suizidhilfe bei Menschen, die ansonsten noch lange leben würden, von diesen nicht erfasst und somit ungeregelt.

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 widerspreche[570]. 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 wohlerwogen, 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 haben[571].

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 Schaerz, 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 begleiten[572]. 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 seien[573].

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 Richtlinientext zusätzlich von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden; diese muss nicht zwingend eine ÄrztIn sein.

Die fünf Kriterien lauten wie folgt[574]:

- «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 Richtlinientext 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– 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. 1bis 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 Tod[575]) bzw. dass die ÄrztIn das Recht hat, Suizidbeihilfe abzulehnen (RL Lebensende[576]).

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 wohlerwogen, 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 Tod[577]) bzw. «entsprechendes Fachwissen» der begutachtenden ÄrztIn (SAMW-Stellungnahme 2012[578]) 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 sei[581]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

der Behandlung in den allgemein anerkannten Zielen der Medizin nicht enthalten» ist[582].

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 sei[583]. 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 ungeregelt war[584], 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 Suizid[585]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 wollen[586]. 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 Standesrecht 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 abgestimmt[587].

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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 geregelt[588].

Gegen diese Vereinbarung erhoben Human Life Schweiz, die Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Bioethik Beschwerde beim Bundesgericht[589]. Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde mangels zulässigem Anfechtungsobjekt nicht eingetreten[590] und hat gleichzeitig im Urteilsdispositiv festgehalten, dass die Vereinbarung nichtig war[591]. Zur Begründung führte das Bundesgericht aus, dass die Bestimmungen der Vereinbarung in ihrer Gesamtheit eine Präzisierung von Art. 115 StGB bedeutet[592] und der Strafprozessordnung widersprochen hätten[593]. Die Vereinbarung war u.a. aus diesen Gründen rechtswidrig und gesamthaft nichtig[594].

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 eingestellt[595]. Auch die Symptombekämpfung mit möglicher Lebensverkürzung und die Sedierung können Teil einer palliativen Behandlung sein[596]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Anders als z.B. in Frankreich[597] und Deutschland[598] existiert in der Schweiz kein Gesetz zur Regelung von Palliative Care[599]. 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 unterschieden[600]. Sowohl in der Grundversorgung als auch bei der spezialisierten Palliative Care bestehen Finanzierungsprobleme[601] 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 Deutschland[602] sowie dem Vereinigten Königreich und zahlreichen US-Bundesstaaten[603], 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 bleiben[605].

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 f.
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).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 wünscht[607]. Dabei sollen wegen der einfach zu verstehen Methode und Auswirkungen keine zu grossen Anforderungen für eine Bejahung der Urteilsfähigkeit zu stellen sein[608].

Umstritten ist die Frage, ob ein Mensch z.B. für den Fall einer demenzbedingten Urteilsunfähigkeit im Vornherein 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 wäre[609]. Diese Auffassung wird jedoch mehrheitlich abgelehnt[610]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 hat[611]. 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 werden[613].

X. Wahl des Sterbeortes

Drei Viertel der Menschen in der Schweiz wünschen sich, zuhause zu sterben[614]. Tatsächlich sterben jedoch gegen 80 Prozent in Institutionen[615]. Das Erwachsenenschutzrecht regelt die fürsorgerische 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 fürsorgerischen Unterbringung (Art. 426 ff. ZGB), nur mit deren Zustimmung zulässig[616]. Bei einer Einweisung ohne Zustimmung liegt eine Verletzung der Bewegungsfreiheit vor[617]. 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 fürsorgerische Unterbringung geregelt[618].

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 erteilen[619]. 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 Gesundheitspersonal[620] 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 handelt[621].

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, Rechtsprechung, 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

den insbesondere im Rahmen von Advance Care Planning auch in der Schweiz eingesetzt[622].

2. *Einweisung in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung*

Menschen, die in Alters- oder Pflegeheimen wohnen, sterben häufig auch dort[623]. 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 geschaffen[624]. Dieses regelt jedoch nur die Betreuung von urteilsunfähigen Personen[625]. Während bei urteilsfähigen Personen die Zwangseinweisung in ein Heim nach der vorliegend vertretenen Auffassung immer unzulässig ist[626], darf bei urteilsunfähigen Personen eine Zwangseinweisung (d.h. eine Einweisung gegen ihren Willen) nur in Form einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgen[627]. 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 Entscheidfreiheit gegeben ist[628]. Ältere Menschen müssen diesen weitreichenden Entscheid nicht selten in einer Krisensituation und unter dem Erwartungsdruck von ÄrztInnen und Angehörigen treffen[629]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

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 sterben[630]. 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 sterben[631]. Es kam sogar vor, dass Vorgesetzte die Devise hatten, dass auf ihrer Station niemand sterben darf[632]. 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.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Teil 2: Menschenrechte am Lebensende

Menschen, die nur noch wenige Tage oder Wochen zu leben haben, sind häufig auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen. Die letzten Tage vor dem Tod verbringen Menschen in der Schweiz deshalb meistens in einem Spital oder einem Alters- oder Pflegeheim[633]. Für Menschen am Lebensende gelten die Menschenrechte genauso wie für Menschen, die voraussichtlich noch lange leben, sie können aber aufgrund der Vulnerabilität von Menschen am Lebensende eine besondere Bedeutung erhalten. Ziel dieses Teils der Arbeit ist es, die Bedeutung der Menschenrechte für Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu erarbeiten.

Die Reihenfolge der Kapitel in diesem Teil entspricht der Reihenfolge der Menschenrechte in der Bundesverfassung, die Darstellung umfasst aber auch die EMRK und UNO-Erlasse, insbesondere die beiden UNO-Pakte. In § 5 wird das Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV) behandelt, in § 6 das Recht auf Leben (Art. 10 Abs. 1 BV), in § 7 das Recht auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) und in § 8 das Recht auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV). Thema von § 9 ist sodann das einzig im UNO-Pakt II verankerte Recht auf Gesundheit und in § 10 wird der Vollständigkeit halber auf die Menschenwürde und das Verbot unmenschlicher Behandlung eingegangen.

Am Ende dieses zweiten Teils wird in Form von Schlussfolgerungen die Relevanz von Menschenrechten am Lebensende für die im dritten Teil der Arbeit behandelten Problemkonstellationen (§ 11–§ 16) aufgezeigt.

§ 5 Diskriminierungsverbot

Gemäss Art. 8 Abs. 2 BV darf niemand diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Mit Blick auf Menschen am Lebensende sind in der Aufzählung der verpönten Merkmale insbesondere das Alter und die Behinderung relevant.

Wenn das Lebensende ex post als Zeitspanne vor dem (natürlichen) Tod definiert wird, sind die meisten Menschen am Lebensende körperlich beeinträchtigt, sonst würden sie nicht sterben. Menschen am Lebensende müssen nicht zwingend alt sein. Sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Menschen, die am Lebensende stehen, stellt sich die Frage, ob sie (zusätzlich) vom Verbot der Diskriminierung wegen Behinderung geschützt werden. Nachfolgend wird zunächst die

633 Gemäss Füglister-Dousse/Pellegrini, Aufenthaltsorte, S. 2, ereignen sich 44 Prozent der Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen bzw. 37 Prozent im Spital.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Diskriminierung wegen des Alters und daran anschliessend die Diskriminierung wegen einer Behinderung mit Fokus auf Menschen am Lebensende untersucht.

I. Alter

Die Bundesverfassung verbietet, im Unterschied zur EMRK[634] und zu den UNO-Pakten, in Art. 8 Abs. 2 explizit auch eine Diskriminierung wegen des Alters. Nur wenige andere Länder kennen gesetzliche Bestimmungen zur Verhinderung von Altersdiskriminierung[635]. Auch im internationalen Recht wird das Alter nur selten explizit als Diskriminierungstatbestand aufgeführt[636].

1. Diskriminierungsschutz

Das Alter als verpöntes Anknüpfungsmerkmal ist im Rahmen der parlamentarischen Beratungen in die Verfassung aufgenommen worden[637]. Im Entwurf des Bundesrates war das Alter im Artikel zur Rechtsgleichheit noch nicht enthalten[638]. Das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters soll nicht nur ältere Menschen schützen, es richtet sich vielmehr gegen jegliche Ungleichbehandlung aufgrund des Alters, d.h. auch gegen die (seltene[639]) Diskriminierung von jungen Menschen[640]. Das Verbot der Altersdiskriminierung verlangt, dass rechtliche Regelungen grundsätzlich altersneutral ausgestaltet werden. Das Anknüpfen von unterschiedlichen Rechtsfolgen an das Kriterium des Alters ist nur ausnahmsweise zulässig und bedarf einer besonderen Rechtfertigung[641].

In der schweizerischen Rechtsliteratur wurde das Thema Altersdiskriminierung bisher überwiegend mit Fokus auf Altersgrenzen im Arbeits- und Personalrecht behandelt[642]. Ein einziger Autor erwähnt in seinen Ausführungen zur Al-

634 Das Alter ist zwar in Art. 14 EMRK (Diskriminierungsverbot) nicht explizit genannt, der EGMR fasst es aber unter die Diskriminierung wegen eines «sonstigen Status»; vgl. European Union Agency for Fundamental Rights / European Court of Human Rights – Council of Europe, Handbook on European non-discrimination law, S. 102, mit Verweis auf das Urteil des EGMR 25762/07 vom 10. Juni 2002 (Schwizgebel gegen die Schweiz).

635 Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights , Rz. 15; HelpAge, Gaps , S. 8: «age discrimination has been ignored by nearly every human rights instrument to date».

636 Martin/Rodríguez-Pinzón/Brown, Older People, S. 32.

637 AB 1998 S 691, AB 1998 N 658.

638 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 590.

639 Pulver, Discrimination, S. 240.

640 BSK BV-Waldmann, Art. 8 N 72; Mahon, Petit commentaire Cst., Art. 8 N 16; Martenet, Egalité, Rz. 897; Müller, Diskriminierungsverbote, S. 119; Pulver, Discrimination, S. 231 f.; Schweizer/Bigler-Eggenberger/Kägi-Diener, St.Galler Kommentar, Art. 8 N 71. Demgegenüber verstehen Müller/Schefer das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters als Schutz betagter Menschen, weil Kinder und Jugendliche durch Art. 11 BV besonders geschützt sind; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 722.

641 Sägesser, Personalrekurskommission, S. 242.

642 Bantle/Mesaro, Switzerland; Grütter, Lohnanpassungen; Kettiger, Altersgrenze; Kettiger, Problematik; Pärli, Altersgrenzen; Poledna, Altersgrenzen; Pulver, Discrimination, S. 235 ff.; Schefer/Rhinow, Al-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tersdiskriminierung die medizinische Versorgung[643]. Aber auch international hat das Thema Altersdiskriminierung innerhalb des Diskriminierungsschutzes bisher nur wenig Profilierung erfahren[644].

Wie bei jeder Ungleichbehandlung stellt sich auch im Rahmen der Ungleichbehandlung von älteren Menschen die Frage, ob die Differenzierung gerechtfertigt werden kann. Der Diskriminierungstatbestand von Art. 8 Abs. 2 BV unterscheidet sich vom allgemeinen Gleichbehandlungsgebot in Art. 8 Abs. 1 BV dadurch, dass bei einer Ungleichbehandlung von Menschen mit diskriminierungsrelevanten Merkmalen für eine Rechtfertigung nicht nur sachliche, sondern qualifizierte Gründe erforderlich sind[645]. Es gilt jedoch nicht für alle in Art. 8 Abs. 2 BV genannten Merkmale der gleiche Massstab: Die Anforderungen an die Rechtfertigung einer unter Art. 8 Abs. 2 BV fallenden Unterscheidung sind je nach dem verwendeten verpönten Merkmal mehr oder weniger hoch[646].

2. *Argumente gegen den Schutz vor Altersdiskriminierung*

Nach Auffassung von Grisel soll bezüglich des Alters praktisch kein Unterschied zum Schutz gemäss Art. 8 Abs. 1 BV bestehen[647]. Auch Weber-Dürler erachtet eine qualifizierte Begründung nicht bei allen in Art. 8 Abs. 2 BV aufgeführten Merkmalen für erforderlich[648]. Schefer/Rhinow vertreten, dass Art. 8 Abs. 2 BV zwar mit Bezug auf die Gründe, die eine Schlechterstellung wegen des Alters rechtfertigen können, nicht über die Anforderungen des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 8 Abs. 1 BV) hinausgehe[649]. Jedoch soll auf Stufe der Verhältnismässigkeit ein (gegenüber dem allgemeinen Gleichheitssatz) eingeschränkter Entscheidungsspielraum für einen besseren Schutz betagter Menschen sorgen[650]. Gemäss St.Galler Kommentar habe auch das Bundesgericht in einem Urteil aus dem Jahr 2004 festgehalten, «dass Art. 8 Abs. 2 im Bezug auf die Grün-

tersgrenzen; vgl. auch Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung des Postulats Naef 12.3543 vom 14. Juni 2012, Recht auf Schutz vor Diskriminierung, S. 7, Fn. 3: «Die Altersdiskriminierung, die aktuell ebenfalls im politischen Fokus liegt, wurde mangels Daten in der SKMR-Studie nicht untersucht.».

643 Pulver, Discrimination, S. 239.

644 Bielefeldt, Lebensende, S. 60.

645 Kiener/Kälin, S. 433; Grisel, Egalité, N 148; Naguib/Pärli/Copur/Studer, Diskriminierungsrecht, erwähnen zwar in N 1272, dass die Altersdiskriminierung zu den bisher vernachlässigten Bereichen gehöre, ändern aber nichts daran.

646 BGE 138 I 217 E. 3.3.5 S. 222; BGE 138 I 265 E. 4.3; Kälin/Caroni, Herkunft, S. 78 f.; Grisel, Egalité, N 146 und 155; Kälin, Ausländerdiskriminierung, S. 571.

647 Grisel, Egalité, N 166; die weiteren in BGE 138 I 265 E. 4.3. zitierten Quellen (Müller, Diskriminierungsverbote, S. 120, und Mahon, Petit commentaire Cst., Art. 8 N 16) stützen diese Aussage nicht.

648 Weber-Dürler, Rechtsgleichheit, S. 669; in Fn. 98 nennt die Autorin namentlich das Alter und die Sprache.

649 Schefer/Rhinow, Altersgrenzen, Rz. 60; siehe auch BGE 138 I 265 E. 4.3.

650 Schefer/Rhinow, Altersgrenzen, Rz. 61; das Bundesgericht zitiert in BGE 138 I 265 E. 4.3.als Nachweis für die Auffassung von Schefer/Rhinow fälschlicherweise auch Hangartner, Diskriminierung, S. 116, und Martenet, Egalité, Rz. 898.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

de, die eine Schlechterstellung wegen des Alters rechtfertigen können, nicht über die Anforderungen des allgemeinen Gleichheitssatzes hinausgeht»[651], diese Aussage lässt sich dem zitierten Urteil jedoch nicht entnehmen[652]. Sie findet sich allerdings in einem Urteil aus dem Jahr 2012, auf das weiter unten eingegangen wird[653].

Die Auffassungen von Grisel und Schefer/Rhinow erstaunen angesichts des Wortlauts der Verfassung. Aus diesem Grund werden die dafür vorgebrachten Argumente nachfolgend einer kritischen Prüfung unterzogen. Weitere Autoren, die vom Bundesgericht in einem Atemzug mit Grisel und Schefer/Rhinow zitiert werden[654], werfen zwar die Frage auf, ob betagte Menschen in unserer Gesellschaft generell des spezifischen Schutzes eines Diskriminierungsverbotes bedürfen[655]. Sie gehen aber im Unterschied zu Grisel und Schefer/Rhinow nicht so weit, den in Art. 8 Abs. 2 BV enthaltenen Schutz vor Diskriminierung wegen des Alters auf das allgemeine Gleichbehandlungsgebot von Art. 8 Abs. 1 BV zu reduzieren.

Schefer/Rhinow begründen ihre Auffassung anhand eines Vergleichs der Alters- mit der Geschlechterdiskriminierung. Während eine Schlechterbehandlung von Frauen gegenüber Männern nur mit biologischen Unterschieden gerechtfertigt werden könne, seien die Phänomene des Alters zu vielfältig, um einen generellen Schutz vor Diskriminierung wegen des Alters zu gewähren[656]. Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich auch bei altersbedingten Unterschieden, die eine Ungleichbehandlung zu rechtfertigen vermögen, um biologische Unterschiede handelt[657]. Beispiele dafür sind etwa der Rückgang von Hör- und Sehvermögen oder der Verarbeitungsgeschwindigkeit[658].

Gemäss Grisel ist es sinnlos, dem Staat die Diskriminierung wegen des Alters zu verbieten, weil es offensichtlich sei, dass der Gesetzgeber auch weiterhin Unterscheidungen treffen werde, die zwangsläufig getroffen werden müssten[659].

651 Schweizer/Bigler-Eggenberger/Kägi-Diener, St.Galler Kommentar, Art. 8 N 72.

652 Urteil des Bundesgerichts 2A.292/2004 vom 7. Juni 2004, E. 2.2.2: «In Bezug auf das Alter gelten zudem – gegenüber dem allgemeinen Gleichheitsgebot – keine *wesentlich* höheren Anforderungen an die Rechtfertigung einer allfälligen (diskriminierenden) Ungleichbehandlung» (Hervorhebung hinzugefügt).

653 Siehe nachfolgend, Ziff. 1.5. (Rechtsprechung des Bundesgerichts).

654 BGE 138 I 265 E. 4.3.

655 Müller, Diskriminierungsverbote, S. 120; Martenet, Egalité, Rz. 895.

656 Etwas umständlicher formuliert: «Demgegenüber sind die Phänomene des Alters zu vielfältig, als dass – analog zum Geschlecht – der Kreis jener tatsächlichen Unterschiede, die für eine Begründung rechtlicher Schlechterbehandlung herangezogen werden darf, von vornherein eingeschränkt werden könnte.» (Schefer/Rhinow, Altersgrenzen, Rz. 59).

657 So wird das Alter bei Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 716 f., als Teil des Kapitels «Das Verbot der Diskriminierung aufgrund von im Ansatz biologisch bedingten Eigenschaften und Anlagen» abgehandelt.

658 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 725.

659 Grisel, Egalité, N 166: «Interdire à l'Etat des discrimination fondées sur l'âge n'a guère de sens, tant il est évident que le législateur continuera à établir les distinctions qui sont dictées par la force des choses.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Auch dieses Argument vermag nicht zu überzeugen. Wenn man das Verbot der Altersdiskriminierung mit der Begründung ablehnt, dass es Fälle von zulässiger altersbedingter Ungleichbehandlung gibt, müsste man auch zahlreiche oder gar alle in Art. 8 Abs. 2 aufgeführten verpönten Merkmale ablehnen. Denn sogar eine Ungleichbehandlung wegen der Rasse, bei der die Anforderungen an eine Rechtfertigung besonders hoch sind[660], kann in Ausnahmefällen zulässig sein[661]. Ebenfalls untauglich als Argument gegen den Schutz vor Altersdiskriminierung ist die Feststellung, dass die Verfassung selbst Altersschranken festlegt[662]. Auch hier genügt ein Verweis auf den Schutz vor Geschlechterdiskriminierung, dessen Berechtigung trotz entsprechender Unterscheidungen in der Verfassung selbst[663] unbestritten ist.

Auch jene Autoren, welche den Schutz vor Diskriminierung wegen des Alters nicht in die Nähe des allgemeinen Gleichbehandlungsgebots rücken, äussern sich teilweise kritisch zur Frage, ob ein besonderer Schutz von betagten Menschen gerechtfertigt sei[664]. Müller/Schefer[665] zitieren im Zusammenhang mit der Frage, ob betagte Menschen eines Diskriminierungsverbots bedürfen, zunächst ein noch vor Inkrafttreten der revidierten Bundesverfassung ergangenes Urteil des Bundesgerichts[666]. Sodann weisen sie auf den bedeutenden und aus demographischen Gründen wachsenden Einfluss von betagten Menschen auf den demokratischen Entscheidprozess hin. Der wachsende Einfluss eines Teils der Gesellschaft kann jedoch kaum als Argument dafür dienen, diesem den verfassungsrechtlich vorgesehenen Diskriminierungsschutz zu versagen. Auch aus der Tatsache, dass junge Menschen später zur Gruppe der Betagten gehören, lässt sich ohne entsprechende Untersuchungen nicht ableiten, dass deshalb die Bereitschaft zur Schlechterbehandlung älterer Menschen kleiner sei[667].

Insgesamt vermögen die Argumente gegen den Schutz vor Altersdiskriminierung nicht zu überzeugen und schon gar nicht zu begründen, weshalb in diesem Bereich vom Wortlaut der Bundesverfassung abgewichen werden soll, indem der in Art. 8 Abs. 2 BV vorgesehene Diskriminierungsschutz auf das allgemeine

660 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 592; Kälin, Ausländerdiskriminierung, S. 571.
661 So z.B. im von Müller/Schefer, Grundrechte, S. 721, genannten Beispiel der Unterbringung von Inhaftierten weisser und schwarzer Hautfarbe in unterschiedlichen Zellblöcken, wenn dies das einzige Mittel ist, um unmittelbar drohende gewalttätige Auseinandersetzungen zu verhindern. Demgegenüber ist gemäss Grisel, Egalité, N 160, eine unterschiedliche Behandlung aufgrund der Rasse absolut ausgeschlossen («radicalement exclue»); so auch Poledna, Altersgrenzen, Rz. 2 («schlichtweg unvorstellbar») und Weber-Dürler, Rechtsgleichheit, S. 669.
662 So aber Grisel, Egalité, N 165.
663 Zum Beispiel in Art. 59 BV betreffend Militär- und Ersatzdienst.
664 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 725.
665 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 725.
666 BGE 124 I 297.
667 So aber Müller/Schefer, Grundrechte, S. 725.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gleichheitsgebot reduziert wird. Differenzierungen nach dem Alter unterstehen dem erhöhten Prüfungsstandard von Art. 8 Abs. 2 BV[668].

3. *Gründe für den Schutz vor Altersdiskriminierung*

Ältere Menschen leben häufig allein oder in Heimen[669]. Dadurch besteht stärker als bei anderen Menschen die Gefahr, dass sie vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt werden[670]. In Pflegesituationen sind ältere Menschen speziell gefährdet, Opfer von Gewalt zu werden[671]. Eine Studie aus sieben europäischen Ländern hat ergeben, dass jede fünfte Person im Alter zwischen 65 und 84 Jahren schon Opfer von häuslicher Gewalt wurde[672]. Bei einer fortgeschrittenen Demenz liegt die Häufigkeit von Misshandlungen sogar fast vierzig Mal höher ist als bei alten Menschen ohne Verhaltensveränderungen[673]. Die verringerte physische Widerstandskraft sowie krankheitsbedingte Einschränkungen machen ältere Menschen anfällig für die Bedrohung durch Gewaltanwendung, Machtmissbrauch oder Vernachlässigung[674].

Bei Befragungen von Pflegekräften haben noch viel höhere Zahlen von Übergriffen resultiert. Bei körperlicher Gewalt werden Quoten von bis zu 36 Prozent[675] und bei psychischer Gewalt sogar Quoten von bis zu 81 Prozent genannt[676]. 79 Prozent der HeimbewohnerInnen in der Schweiz erhalten mindestens ein Medikament, das einen potenziell inadäquaten Wirkstoff (PIM) enthält[677].

Weil ältere Menschen unabhängig davon, ob sie in den eigenen vier Wänden oder in einem Heim wohnen, deutlich häufiger von Gewalt und sozialer Isolation betroffen sind, rechtfertigt sich ein spezifischer Schutz vor Altersdiskriminierung.

4. *Anforderungen an die Rechtfertigung*

Schon bevor das Bundesgericht bestätigt hat, dass die Anforderungen an die Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung je nach dem verwendeten verpönten Merkmal unterschiedlich sind, hat sich Waldmann für eine solche Abstufung

668 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 732.
669 Im Jahr 2015 wohnten gemäss Bundesamt für Statistik (www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Gesundheit) 16.2 Prozent der Bevölkerung ab 80 Jahren in Alters- und Pflegeheimen.
670 Schefer/Rhinow, Altersgrenzen, Rz. 44.
671 Graß/Walentich/Rothschild/Ritz-Timme, Gewalt, S. 368 m.w.H.
672 Vollenwyder, Gewalt, S. 13.
673 Vollenwyder, Gewalt, S. 14.
674 Baumeister/Gehrig/Beck/Gabriel, Projektbericht, S. 4.
675 Pillemer/Moore, Abuse, S. 316.
676 Pillemer/Moore, Abuse, S. 317.
677 Helsana-Arzneimittelreport 2017, S. 133.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ausgesprochen und sich dabei auch zur Altersdiskriminierung geäussert[678]. Demnach ist das Alter innerhalb der von Art. 8 Abs. 2 BV aufgezählten verpönten Merkmale dasjenige mit den geringsten Anforderungen an die Rechtfertigung einer daran anknüpfenden Ungleichbehandlung[679]. Zwar bestehe auch bei Ungleichbehandlungen nach dem Alter eine Gefahr von Stigmatisierungen und sozialen Ausgrenzungen, diese könne aber mit Differenzierungen nach Rasse, Hautfarbe und ethnischer Herkunft nicht verglichen werden[680]. Grisel vertritt die Auffassung, dass die Erwähnung des Alters die Wirkung von Art. 8 Abs. 2 BV insgesamt abschwäche[681].

Während das Unterscheidungsmerkmal Alter innerhalb von Art. 8 Abs. 2 BV dasjenige mit den geringsten Anforderungen an die Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung darstellt, kommt innerhalb dieses Kriteriums noch eine weitere Abstufung hinzu. Weil im Fall der Betagten dem Teilzweck der Eliminierung sozialer Ausgrenzungen ein zusätzliches Gewicht zukommt, resultiert daraus eine erhöhte Sensibilitätspflicht des Rechts gegenüber betagten Menschen[682]. Dies führt zu einem erhöhten Prüfungsmassstab für Ungleichbehandlungen, die mit einer Verallgemeinerung durchschnittlich vorhandener Eigenschaften betagter Personen begründet werden[683]. Ebenso kommt beim Zusammentreffen der Merkmale Alter und Behinderung aufgrund der drohenden Doppeldiskriminierung ein höherer Prüfungsmassstab zur Anwendung als bei der Beurteilung von reinen Altersbeschränkungen[684].

5. *Rechtsprechung des Bundesgerichts*

Das Bundesgericht hat sich seit Inkrafttreten der totalrevidierten Bundesverfassung im Jahr 2000 bisher in vier Leitentscheiden (BGE)[685] und in zwölf weiteren Urteilen zur Altersdiskriminierung geäussert. Die Urteile werden nachfolgend kurz zusammengefasst.

678 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 326 ff.
679 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 327 und 335; Grisel, Egalité, N 146; die weiteren von Waldmann zitierten Quellen äussern sich nicht zur Altersdiskriminierung; zustimmend aber auch Pulver, Discrimination, S. 234.
680 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 328.
681 Grisel, Egalité, N 166.
682 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 335 und 733.
683 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 335.
684 Waldmann, Diskriminierungsverbot, S. 336 f.
685 BGE 126 V 70 (Unzulässigkeit des Ausschlusses Minderjähriger vom Hilfsmittelanspruch), BGE 131 V 271 (Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für eine im Ausland durchgeführte Operation), BGE 136 I 121 (Zulässigkeit einer Altersgrenze für die Kostenvergütung der chirurgischen Behandlung von Adipositas durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung), BGE 138 I 265 (Zulässigkeit einer kantonalen Sozialhilferegelung, die für Leistungsempfänger ab 65 eine Pflegekostenbeteiligung nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit vorsieht).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.1. Leitentscheide (BGE)

In BGE 126 V 70 hat das Bundesgericht festgehalten, dass der Ausschluss Minderjähriger vom Hilfsmittelanspruch gemäss Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung[686] unzulässig ist. Dabei hat sich das Gericht allerdings nicht direkt auf eine Diskriminierung wegen des Alters gestützt, sondern mit dem Verbot altersbedingter Diskriminierungen Behinderter argumentiert[687]. Aus dem Urteil geht hervor, dass die Begrenzung der Hilfsmittelkosten als Motiv für eine nach dem Alter differenzierende Regelung nicht genügt[688]. In einem ähnlich gelagerten Fall hat das Bundesgericht dieses Urteil bestätigt und dabei explizit festgehalten, dass es sich um einen Verstoss gegen das Verbot der Altersdiskriminierung handelt[689].

In BGE 131 V 271 ging es um die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für eine im Ausland durchgeführte Operation. Im letzten Satz des Urteils hat das Bundesgericht festgehalten, dass das Alter grundsätzlich keine Unterscheidung bei der Kostenübernahme für Leistungen rechtfertige[690].

In BGE 136 I 121 hat das Bundesgericht eine Altersgrenze von 60 Jahren in Bezug auf die chirurgische Behandlung von Adipositas für zulässig befunden. Diese Altersgrenze stützte sich auf einen Rechtfertigungsgrund medizinischer Natur. Konkret hatte die eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen[691] diese Altersgrenze gestützt auf Empfehlungen der schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus (= Stoffwechsel) und Obesitas (= Fettleibigkeit) übernommen[692].

In BGE 138 I 265 hat das Bundesgericht eine kantonal festgelegte Altersgrenze von 65 Jahren für die Pflicht zur Beteiligung an Pflegekosten als zulässig erachtet. Gemäss Krankenversicherungsgesetz dürfen der versicherten Person «von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung»[693]. Der Kanton Bern hat in seiner Sozialhilfeverordnung festgelegt, dass (ausschliesslich) «Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die das 65. Altersjahr vollendet haben, [...] sich im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an den Pflegekosten [beteiligen]»[694].

686 Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI, SR 831.232.51).
687 BGE 126 V 70 E. 4. c) cc).
688 BGE 126 V 70 E. 4. c) cc).
689 Urteil des Bundesgerichts I 393/2000 vom 5. April 2001, E. 3.
690 BGE 131 V 271 E. 4.
691 Dabei handelt es sich um eine der drei in Art. 37a KVV vorgesehenen beratenden Kommissionen.
692 BGE 136 I 121 E. 5.1.
693 Art. 25a Abs. 5 KVG .
694 Art. 25d Abs. 1 SHV-BE .

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Das Bundesgericht hat zur Begründung der Auffassung, wonach die Altersgrenze von 65 Jahren für die Patientenbeteiligung nicht diskriminierend sei, die Umsetzung des Kantons Bern mit den Umsetzungen in anderen Kantonen verglichen. Der Vergleich von verschiedenen (kantonalen) Regelungen sagt jedoch nichts darüber aus, ob eine bestimmte Regelung diskriminierend ist oder nicht. Die Vorgehensweise des Bundesgerichts deutet vielmehr darauf hin, dass es sich bei der Überprüfung von kantonalen Umsetzungsvarianten eines Bundesgesetzes aus föderalistischen Überlegungen grosse Zurückhaltung auferlegen wollte[695].

Um eine Altersdiskriminierung verneinen zu können, hat das Bundesgericht in diesem Urteil auch festgehalten, dass Art. 8 Abs. 2 BV mit Bezug auf die Gründe, die eine Schlechterstellung wegen des Alters rechtfertigen können, nicht über die Anforderungen des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 8 Abs. 1 BV) hinausgehe[696]. Damit widersprach das Bundesgericht bzw. dessen erste sozialrechtliche Abteilung seinem zwei Monate früher ergangenen Urteil zur Wahl amtlicher VerteidigerInnen basierend auf Parteizugehörigkeit. In diesem Urteil hielt das Bundesgericht bzw. dessen erste öffentlich-rechtliche Abteilung noch fest: «Die Hürde für die Rechtfertigung einer unter Art. 8 Abs. 2 BV fallenden Unterscheidung liegt je nach dem verwendeten verpönten Merkmal höher oder tiefer, *jedenfalls aber höher als bei einer einfachen Ungleichbehandlung nach Art. 8 Abs. 1 BV*»[697]. Da sich BGE 138 I 265 nicht mit dem kurz zuvor ergangenen BGE 138 I 217 auseinandersetzt, ist nicht davon auszugehen, dass eine Praxisänderung hinsichtlich der Diskriminierung wegen des Alters beabsichtigt war. Somit bleibt es dabei, dass eine am Alter anknüpfende Ungleichbehandlung nur mit qualifizierten Gründen gerechtfertigt werden kann.

5.2. Weitere Urteile des Bundesgerichts

Nachfolgend werden sämtliche publizierten Urteile des Bundesgerichts zum Thema Altersdiskriminierung, die nicht in der amtlichen Sammlung (BGE) aufgenommen wurden, besprochen. Die Auswahl basiert auf einer Suche auf der Webseite des Bundesgerichts mit den Suchbegriffen «Alter» und «Diskriminierung» bzw. mit den entsprechenden Begriffen in den Sprachen Französisch und Italienisch[698].

695 Siehe auch Gächter, Restkostenfinanzierung, S. 51, wonach dieses Urteil die «erhebliche Zurückhaltung» des Bundesgerichts im Verfahren der abstrakten Normenkontrolle unter Gleichheits- und Diskriminierungsaspekten dokumentiert.

696 BGE 138 I 265 E. 4.3; dieselbe Formulierung findet sich auch im Urteil des Bundesgerichts 8C_1074/2009 vom 2. Dezember 2010, E. 3.4.3.

697 BGE 138 I 217 E. 3.3.5 (Hervorhebung hinzugefügt).

698 Die Suche in der Datenbank «Weitere Urteile ab 2000» des Bundesgerichts mit den Suchbegriffen «alter diskriminierung» ergab am 9. Oktober 2017 87 Treffer (https://perma.cc/E79X-NQ5E), die Suche nach «age discrimination» führte zu 141 Treffern (https://perma.cc/LLU8-GRBT) und bei der Suche nach «eta discriminazione» resultierten 19 Treffer (https://perma.cc/49BT-VHJL). Die Re-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Eine regelmässige vertrauensärztliche Kontrolle ab dem 70. Altersjahr für die Zulassung zum Strassenverkehr ist gemäss einem Urteil des Bundesgerichts aus dem Jahr 2003 sachgerecht und damit gerechtfertigt[699]. Es liegt keine unzulässige Diskriminierung betagter Personen vor, «da alle Fahrzeugführer jederzeit den für den Strassenverkehr nötigen medizinischen Anforderungen zu genügen haben [...] und ab einem bestimmten Alter, bei dessen Festsetzung eine gewisse Schematisierung unvermeidlich ist, Zweifel an der körperlichen oder psychischen Eignung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit begründet erscheinen.»[700]

Die Beschränkung der Zahl der LeistungserbringerInnen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, stellt gemäss Bundesgericht keine Diskriminierung im Sinne von Art. 8 Ziff. 2 BV dar, auch wenn jüngere ÄrztInnen durch den Zulassungsstopp stärker betroffen werden als ältere. Die beanstandete Regelung stellt nicht auf das Alter der GesuchstellerInnen ab, sondern auf den Zeitpunkt der Gesuchseinreichung, wofür ein sachlicher Grund besteht, namentlich der Investitionsschutz bereits praktizierender ÄrztInnen[701].

In einem weiteren Urteil hat das Bundesgericht festgehalten, dass die Festlegung in der Verordnung über die Direktzahlungen an die Landwirtschaft, wonach BewirtschafterInnen, die vor dem 1. Januar des Beitragsjahres das 65. Altersjahr erreicht haben, keine Direktzahlungen erhalten, ebenfalls nicht diskriminierend ist. Die zeitliche Begrenzung der Direktzahlungen «wirkt der vom Gesetzgeber verpönten Verzögerung der Hofübergabe entgegen und begünstigt den erwünschten Strukturwandel bzw. Generationenwechsel in der Landwirtschaft. An die Stelle der Einkommenssicherung über die ergänzenden Direktzahlungen tritt mit dem Erreichen des 65. Altersjahres die AHV, die nun in der Regel den (bis dahin mit den Direktzahlungen weitgehend aufgefangenen) Einkommensverlust kompensiert»[702].

Die Erwähnung des jugendlichen Alters als einer von mehreren Gründen für die Verweigerung einer Einbürgerung ist gemäss Bundesgericht nicht diskriminierend[703]. «Auch wenn das Argument der wirtschaftlichen Lage der noch in Ausbildung stehenden Beschwerdeführer mit deren jugendlichem Alter in einem gewissen Zusammenhang stehen mag, kann nicht von einer Diskriminierung im Sinne von Art. 8 Abs. 2 BV gesprochen werden. Eine gesamthafte Betrachtung der an der Gemeindeversammlung vorgebrachten Gründe zeigt vielmehr, dass die Statusfrage sowie in allgemeiner Weise die Frage, ob die Gesuchsteller auf eigenen Beinen stehen könnten, klar im Vordergrund stehen. Diese Fragestellung lässt

sultate wurden alle durchgesehen und die einschlägigen Urteile im nachfolgenden Text aufgenommen.

699 Urteil des Bundesgerichts 2A.234/2003 vom 28. Mai 2003.
700 Urteil des Bundesgerichts 2A.234/2003 vom 28. Mai 2003, E. 2.2.2.
701 Urteil des Bundesgerichts 2P.305/2002 vom 27. November 2003, E. 6.3.3.4.
702 Urteil des Bundesgerichts 2A.292/2004 vom 7. Juni 2004, E. 2.2.2.
703 Urteil des Bundesgerichts 1D_5/2007 vom 30. August 2007.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nicht erkennen, dass die Beschwerdeführer wegen ihres jugendlichen Alters diskriminiert und ihr Einbürgerungsgesuch aus solchen Gründen abgewiesen worden wären»[704].

Das Bundesgericht hat auch im Beförderungsstopp einer Waadtländer Gemeinde für MitarbeiterInnen ab 55 Jahren keine Diskriminierung erkannt[705]. Nach dem Pensionskassenreglement waren MitarbeiterInnen bestimmter Kaderstufen ab 55 Jahren zum Altersrücktritt berechtigt, wobei die Höhe der Rente vom letzten Einkommen abhängig war. In seinem Urteil hat das Bundesgericht insbesondere mit der Situation der finanziell angeschlagenen Pensionskasse argumentiert. Bei einer kurz vor der Pensionierung erfolgten Lohnerhöhung seien die Mehrkosten für die Pensionskasse nicht durch die Beiträge der MitarbeiterIn gedeckt[706]. Das Bundesgericht hat festgehalten, dass ein Beförderungsstopp zumindest als Übergangsmassnahme zulässig sei und offen gelassen, ob die Massnahme auch dann zulässig wäre, wenn eine Beförderung prinzipiell ab dem Zeitpunkt der Berechtigung zum Altersrücktritt verweigert würde[707]. Abschliessend hat es festgehalten, dass die Massnahme nur MitarbeiterInnen der höheren Gehaltsstufen getroffen habe und dass die Frage allenfalls anders zu beantworten wäre, wenn tiefere Gehaltsklassen von einem Beförderungsstopp betroffen wären[708].

Bei der Besetzung der Stelle eines Schuldirektors hat der unterlegene Bewerber eine Altersdiskriminierung geltend gemacht, weil er bei der Beurteilung der Karriereaussichten schlechter bewertet wurde als ein jüngerer Bewerber. Das Bundesgericht hat auch in diesem Fall das Vorliegen einer Altersdiskriminierung verneint, weil der jüngere Kandidat nicht nur aufgrund des Alters, sondern auch aus verschiedenen anderen Gründen besser bewertet wurde[709].

In einem weiteren Urteil hat das Bundesgericht offen gelassen, ob eine vorzeitige Versetzung einer Kantonsangestellten zulässig ist, um eine ordentliche Kündigung zu umgehen. Weil die Beschwerdeführerin nicht die Aufhebung der vorzeitigen Pensionierung verlangt hatte, konnte offenbleiben, ob die Verfügung einer solchen – statt einer Kündigung – einen Verstoss gegen Art. 8 Abs. 2 BV beinhaltet[710].

Gemäss Bundesgericht ist es auch zulässig, in einem Rentensystem auf das Alter im Zeitpunkt der Aufgabe einer politischen Tätigkeit abzustellen. Im konkret zu beurteilenden Fall sah das Reglement der Stadt Neuenburg vor, dass Mitglieder des Gemeinderates nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt eine lebenslängliche Rente erhalten, sofern sie in diesem Zeitpunkt 40 Jahre oder älter

704 Urteil des Bundesgerichts 1D_5/2007 vom 30. August 2007, E. 4.2.
705 Urteil des Bundesgerichts 8C_169/2009 vom 28. Juli 2009.
706 Urteil des Bundesgerichts 8C_169/2009 vom 28. Juli 2009, E. 4.2.2.
707 Urteil des Bundesgerichts 8C_169/2009 vom 28. Juli 2009, E. 4.2.3.
708 Urteil des Bundesgerichts 8C_169/2009 vom 28. Juli 2009, E. 4.2.4.
709 Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2010 vom 18. Oktober 2010, E. 5.2.
710 Urteil des Bundesgerichts 8C_1074/2009 vom 2. Dezember 2010, E. 3.4.6.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

waren. Für GemeinderätInnen, die vor dem Erreichen des 40. Altersjahres aus ihrem Amt ausschieden, wurde die Maximaldauer für die Rentenleistung auf die Anzahl Monate beschränkt, während der das Gemeinderatsmitglied im Amt war[711]. Diese Unterscheidung war gemäss Bundesgericht sachlich begründet und daher nicht diskriminierend. Die Regel ziele darauf ab, dass eine junge Person keine lebenslängliche Rente erhalte. Sie basiere auf der Idee, dass junge KandidatInnen, die nicht wiedergewählt werden, zur Wiederaufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit ermutigt würden[712].

Eine ordentliche Kündigung bei Erreichen des Pensionsalters ist vorbehältlich besonderer Umstände nicht missbräuchlich[713]. In seinem Urteil aus dem Jahr 2014 hat das Bundesgericht auch auf die von Rehbinder vertretene Gegenmeinung verwiesen[714] und dann mehrere Urteile des Europäischen Gerichtshofs zitiert, in welchen dieser im Hinblick auf privatrechtliche Arbeitsverhältnisse eine Diskriminierung durch Altersgrenzen verneint. Diese würden dem legitimen sozialpolitischen Ziel entsprechen, «eine ausgewogene Altersstruktur zu schaffen und im Interesse einer Verteilung der Beschäftigung zwischen den Generationen die berufliche Eingliederung jüngerer Arbeitnehmer zu fördern»[715].

Die Verkürzung des Untersuchungsintervalls für Lenken von Strassenfahrzeugen ab dem Alter von 50 Jahren, ist gemäss Bundesgericht nicht diskriminierend[716]. «Wenn von entsprechenden Kontrollen die über 50-jährigen häufiger betroffen sind als andere Altersgruppen, beruht dies nicht auf dem Alter an sich, sondern auf der damit erfahrungsgemäss verbundenen Abnahme der körperlichen Fahreignung [...]. Bei der Festsetzung der massgeblichen Altersgrenze ist eine gewisse Schematisierung unvermeidbar»[717].

Schliesslich hat das Bundesgericht auch in der Nur-Online-Publikation des Zürcher Amtsblattes keine Altersdiskriminierung erkannt. Zwar sei nicht von der Hand zu weisen, dass ältere Personen mehr als jüngere Schwierigkeiten bei der Verwendung elektronischer Geräte und den entsprechenden Nutzungsmöglichkeiten haben können. Der Staat sei daher gehalten, «insofern in vernünftigem Rahmen Ausweichmöglichkeiten vorzusehen, wo die Beschränkung des Zugangs zu staatlichen Aktivitäten oder Informationen im Ergebnis zu einem Verlust der Teilhabe der Betroffenen insbesondere an staatlichen Entscheiden und Leistungen und damit zu einer Ausgrenzung führen kann.»[718] Mit der breiten Etablierung des Internets und dem Zeitablauf haben die diesbezüglichen Kompetenzen der äl-

711 Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2011 vom 13. Dezember 2011.
712 Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2011 vom 13. Dezember 2011, E. 4.1.
713 Urteil des Bundesgerichts 4A_399/2013 vom 17. Februar 2014, E. 3.4.
714 BK-Rehbinder 1992, Art. 336 OR N 3; ebenso BK-Rehbinder/Stöckli, Art. 336 OR N 17.
715 Urteil des Bundesgerichts 4A_399/2013 vom 17. Februar 2014, E. 3.4.
716 Urteil des Bundesgerichts 1C_759/2013 vom 4. März 2014.
717 Urteil des Bundesgerichts 1C_759/2013 vom 4. März 2014, E. 2.3.
718 Urteil des Bundesgerichts 1C_137/2018 und 1C_139/2018 vom 27. November 2018, E. 5.4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

teren Bevölkerung jedoch laufend zugenommen und der Entscheid, das Amtsblatt nur noch online zu publizieren, verstiess somit nicht gegen Art. 8 Abs. 2 BV.

5.3. Zwischenfazit

Das Bundesgericht hat in seiner bisherigen Rechtsprechung nur in einem einzigen Fall eine Altersdiskriminierung bejaht, wobei es in diesem um ein unzulässiges Mindestalter und damit um eine Diskriminierung von jungen Menschen ging[719]. Beschwerden gegen gesetzlich festgeschriebene Höchstalter und eine daran anknüpfende Ungleichbehandlung hat das Bundesgericht bisher ausnahmslos abgewiesen.

6. Altersdiskriminierung in der Rechtsprechung des EGMR

Das Diskriminierungsverbot der EMRK verbietet eine Diskriminierung nur hinsichtlich der übrigen in der EMRK garantierten Menschenrechte[720]. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut von Art. 14 EMRK: «Der Genuss der in dieser Konvention anerkannten Rechte und Freiheiten ist ohne Diskriminierung insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder eines sonstigen Status zu gewährleisten.»

Obwohl das Alter im Diskriminierungsverbot der EMRK nicht explizit aufgeführt ist, hat der EGMR in mehreren Urteilen zumindest implizit festgehalten, dass Altersdiskriminierung als Diskriminierung wegen eines «sonstigen Status» vom Wortlaut von Art. 14 EMRK erfasst ist[721]. Eine Untersuchung von 226 Beschwerden von älteren Menschen aus den Jahren 2000 bis 2010 hat ergeben, dass 70 Prozent der Beschwerden eine Verletzung des Rechts auf ein faires Verfahren (Art. 6 EMRK) beanstandeten[722]. Abgesehen davon wurden Verletzungen der Eigentumsgarantie, des Rechts auf Leben, des Folterverbots, des Rechts auf Freiheit und Sicherheit, des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens, der Freiheit der Meinungsäusserung und der Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit gerügt[723].

In den Urteilen Bouamar gegen Belgien und D.G. gegen Irland hat der EGMR in der Unterbringung von Jugendlichen in einer Strafvollzugsanstalt eine Verlet-

719 BGE 126 V 70 (Unzulässigkeit des Ausschlusses Minderjähriger vom Hilfsmittelanspruch).
720 Frowein/Peukert, EMRK-Kommentar, Art. 14 N 1.
721 European Union Agency for Fundamental Rights / European Court of Human Rights – Council of Europe, Handbook on European non-discrimination law , S. 190; Frowein/Peukert, EMRK-Kommentar, Art. 14 N 33; Doron et al., Ageism , S. 312.
722 Spanier/Doron/Milman-Sivan, Older Persons, S. 413.
723 Spanier/Doron/Milman-Sivan, Older Persons, S. 414.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zung von Art. 5 EMRK erkannt[724]. Ebenfalls gerügt wurde eine Verletzung von Art. 14 EMRK wegen Ungleichbehandlung von Jugendlichen und Erwachsenen[725]. Der Gerichtshof hat eine Verletzung von Art. 14 EMRK verneint, weil der Schutz von Minderjährigen (nicht aber von Erwachsenen) einen Freiheitsentzug und somit eine Ungleichbehandlung rechtfertigen kann[726]. Dass der EGMR für die Zulässigkeit der Ungleichbehandlung einen Rechtfertigungsgrund anführt, zeigt, dass die Ungleichbehandlung von Jugendlichen und Erwachsenen grundsätzlich gegen das Diskriminierungsverbot verstossen kann.

Im Urteil Schwizgebel gegen die Schweiz aus dem Jahr 2002 stellte sich dem Gerichtshof die Frage, ob die Verweigerung einer Adoption aus Altersgründen gegen das Diskriminierungsverbot verstösst. Die kantonale Behörde hatte die Bewilligung zur Adoption verweigert, weil der Altersunterschied zwischen dem Kind und der künftigen Adoptivmutter mehr als vierzig Jahre betragen hätte[727]. Ein inzwischen aufgehobener[728] Artikel der Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption hatte vorgesehen, dass das Interesse des Kindes besonders gewürdigt wird, «wenn der Altersunterschied zwischen dem Kind und dem künftigen Adoptivvater oder der künftigen Adoptivmutter mehr als vierzig Jahre beträgt»[729].

Der EGMR hat im negativen Entscheid der kantonalen Behörde und der Bestätigung durch das Bundesgericht keinen Verstoss gegen das Diskriminierungsverbot (in Verbindung mit Art. 8 EMRK) erkannt[730]. Zur Begründung verwies der Gerichtshof auf die Tatsache, dass hinsichtlich eines Höchstalters für die Adoption unter den Europarat-Mitgliedstaaten eine Vielfalt von Regelungen anzutreffen ist[731]. Demzufolge sei der Beurteilungsspielraum («margin of appreciation») der Mitgliedstaaten in diesem Bereich gross, sodass die damals gültige Schweizer Regelung nicht als unverhältnismässig erachtet wurde[732].

724 Urteil des EGMR 9106/80 vom 29. Februar 1988 (Bouamar gegen Belgien), Ziff. 53 und 64; Urteil des EGMR 39474/98 vom 16. Mai 2002 (D.G. gegen Irland), Ziff. 85 und 89.

725 Urteil des EGMR 9106/80 vom 29. Februar 1988 (Bouamar gegen Belgien), Ziff. 66 ff.; Urteil des EGMR 39474/98 vom 16. Mai 2002 (D.G. gegen Irland), Ziff. 111 ff.

726 Urteil des EGMR 9106/80 vom 29. Februar 1988 (Bouamar gegen Belgien), Ziff. 67; Urteil des EGMR 39474/98 vom 16. Mai 2002 (D.G. gegen Irland), Ziff. 115.

727 Urteil des Bundesgerichts 5A.19/2006 vom 5. Dezember 2006, E. 3.3.

728 Die «Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption» wurde per 1. Januar 2013 durch eine Teilrevision in «Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern» umbenannt, bei gleichbleibender Abkürzung (PAVO) (AS 2012 5801). Am 1. Januar 2012 ist die Verordnung über die Adoption (Adoptionsverordnung, AdoV) in Kraft getreten. Gemäss Art. 5 Abs. 4 AdoV ist die Adoptionseignung «zu verneinen, wenn der Altersunterschied zwischen dem aufzunehmenden Kind und den künftigen Adoptiveltern mehr als 45 Jahre beträgt. Ausnahmsweise kann die Eignung trotzdem gegeben sein, namentlich wenn zwischen den künftigen Adoptiveltern und dem aufzunehmenden Kind bereits eine vertraute Beziehung besteht.».

729 Art. 11b Abs. 3 lit. a der Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption vom 19. Oktober 1977 (Stand am 24. Dezember 2002).

730 Urteil des EGMR 25762/07 vom 10. Juni 2002 (Schwizgebel gegen die Schweiz), Ziff. 99.

731 Urteil des EGMR 25762/07 vom 10. Juni 2002 (Schwizgebel gegen die Schweiz), Ziff. 91.

732 Urteil des EGMR 25762/07 vom 10. Juni 2002 (Schwizgebel gegen die Schweiz), Ziff. 92 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Tatsache, dass der Gerichtshof die Zulässigkeit der Bewilligungsverweigerung unter dem Blickwinkel von Art. 14 EMRK geprüft hat, zeigt, dass sich das Diskriminierungsverbot der Menschenrechtskonvention auch auf die Altersdiskriminierung erstreckt. Der Gerichtshof hat bei der Prüfung einer Ungleichbehandlung explizit festgehalten, dass die Beschwerdeführerin anders behandelt wurde als eine jüngere Frau behandelt worden wäre, weil letztere die Bewilligung zur Adoption wahrscheinlich erhalten hätte[733].

7. *Altersdiskriminierung in Erlassen der UNO*

7.1. *UNO-Pakt I*

Nach Art. 2 Abs. 2 des internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) verpflichten sich die Vertragsstaaten, «zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status ausgeübt werden.»

Im Jahr 1995 hat der UNO-Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte festgehalten, dass noch kein umfassendes Verbot der Diskriminierung wegen des Alters aus dem UNO-Pakt I abgeleitet werden könne[734].

7.2. *UNO-Pakt II*

Art. 26 des internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) hält fest, dass alle Menschen ohne Diskriminierung Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz haben. Im Unterschied zu Art. 8 BV nennt Art. 26 UNO-Pakt II das Alter (wie auch die Lebensform und die Behinderung) nicht explizit als Diskriminierungstatbestand. Der General Comment des UNO-Menschenrechtsausschusses zur Nichtdiskriminierung[735] enthält keine Ausführungen

733 Urteil des EGMR 25762/07 vom 10. Juni 2002 (Schwizgebel gegen die Schweiz), Ziff. 85: «The Court is of the opinion, by contrast, that the applicant may consider herself to have been treated differently from a younger single woman who, in the same circumstances, would be likely to obtain authorisation to receive a second child with a view to its adoption. Accordingly, the applicant may claim to be a victim of a difference in treatment between persons in analogous situations.».

734 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General Comment Nr. 6 , § 12: «The Committee notes that, while it may not yet be possible to conclude that discrimination on the grounds of age is comprehensively prohibited by the Covenant, the range of matters in relation to which such discrimination can be accepted is very limited.».

735 UNO-Menschenrechtsausschuss, General comment No. 18: Nondiscrimination.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zur Altersdiskriminierung. Es wird aber festgehalten, dass eine Diskriminierung nicht einzig aufgrund der in Art. 26 aufgelisteten Merkmale unzulässig ist[736].

Der UNO-Menschenrechtsausschuss entscheidet über Individualbeschwerden gegen jene Staaten, welche das Fakultativprotokoll zum UNO-Pakt II ratifiziert haben. Die Schweiz gehört nicht dazu[737]. Die Rechtsprechung des UNO-Menschenrechtsausschusses ist zur Auslegung des UNO-Paktes II nichtsdestotrotz zu berücksichtigen, weil sie den Gehalt des Diskriminierungsverbots in Art. 26 UNO-Pakt II konkretisiert. Der UNO-Menschenrechtsausschuss hat in mehreren Entscheidungen durchblicken lassen, dass Art. 26 UNO-Pakt II auch eine Diskriminierung wegen des Alters verbietet.

In einem Entscheid aus dem Jahr 2001 hat der Menschenrechtsausschuss festgehalten, dass ein Mindestalter von 60 Jahren für den Bezug eines Partnerausweises durch die LebenspartnerInnen von SeniorInnen (die ab 65 einen Seniorenausweis erhalten) keine Altersdiskriminierung darstellt[738].

Im Fall Love et al. gegen Australien aus dem Jahr 2003 hat der UNO-Menschenrechtsausschuss festgehalten, dass eine altersbedingte Ungleichbehandlung auf eine Diskriminierung i.S.v. Art. 26 UNO-Pakt II hinauslaufen könne, wenn sie nicht auf nachvollziehbaren und objektiven Gründen basiere[739]. Im konkreten Fall hat der Ausschuss für eine Altersbeschränkung von 60 Jahren für BerufspilotInnen jedoch nachvollziehbare und objektive Gründe, namentlich die Flugsicherheit, erkannt und deshalb eine Verletzung von Art. 26 UNO-Pakt II verneint[740]. Auch in der Abschaffung von Rentenzahlungen an Bezüger mit Kindern, die über 27 Jahre alt sind, hat der Ausschuss keine Verletzung von Art. 26 erkannt[741].

---

736 UNO-Menschenrechtsausschuss, General comment No. 18: Nondiscrimination , Ziff. 12: «In other words, the application of the principle of nondiscrimination contained in article 26 is not limited to those rights which are provided for in the Covenant.».

737 Botschaft betreffend den Beitritt der Schweiz zu den beiden internationalen Menschenrechtspakten von 1966 und zu einer Änderung des Bundesrechtspflegegesetzes vom 30. Januar 1999 (BBl 1991 I 1189), S. 1207.

738 Entscheid Schmitz-de-Jong gegen die Niederlande vom 16. Juli 2001 (Communication No. 855/1999), Ziff. 7.2: «In the present case, the Committee finds that the age limitation of allowing only partners who have reached the age of 60 years to obtain an entitlement to various rate reductions as a partner to a pensioner above the age of 65 years is an objective criterion of differentiation and that the application of this differentiation in the case of the author was not unreasonable».

739 Entscheid Love et al. gegen Australien vom 25. März 2003 (Communication No. 983/2001), Ziff. 8.2: «While age as such is not mentioned as one of the enumerated grounds of prohibited discrimination in the second sentence of article 26, the Committee takes the view that a distinction related to age which is not based on reasonable and objective criteria may amount to discrimination on the ground of «other status» under the clause in question, or to a denial of the equal protection of the law within the meaning of the first sentence of article 26».

740 Entscheid Love et al. gegen Australien vom 25. März 2003 (Communication No. 983/2001), Ziff. 8.3: «In the circumstances, the Committee cannot conclude that the distinction made was not, at the time of Mr. Love's dismissal, based on objective and reasonable considerations. Consequently, the Committee is of the view that it cannot establish a violation of article 26.».

741 Entscheid Althammer gegen Österreich vom 8. August 2003 (Communication No. 998/2001), Ziff. 10.2: «For these reasons, the Committee concludes that, in the circumstances of the instant case, the abolition of monthly household payments, even if examined in the light of previous changes of

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Auch in der Entlassung von Angestellten mit einem bestimmten Alter hat der UNO-Menschenrechtsausschuss keinen Verstoss gegen den UNO-Pakt II gesehen. Im Jahr 1991 hat die nationale Zollbehörde Perus einen Beschluss erlassen, wonach eine bestimmte Anzahl MitarbeiterInnen überzählig und deshalb zu entlassen sei. Die Entlassung erfolgte gestützt auf zwei Kriterien: die Anzahl Dienstjahre (25 Jahre oder mehr für Frauen und 30 für Männer[742]) und das Alter (55 Jahre oder älter für Frauen und 60 Jahre für Männer)[743]. Der Beschwerdeführer war 61 Jahre alt und während 11 Jahren angestellt. Damit erfüllte er die Kriterien und wurde entlassen.

Der UNO-Menschenrechtsausschuss prüfte diesen Fall unter dem Blickwinkel von Art. 25 lit. c UNO-Pakt II. Gemäss dieser Bestimmung hat jede StaatsbürgerIn das Recht und die Möglichkeit, ohne Unterschied nach den in Artikel 2 genannten Merkmalen (die den in Art. 26 UNO-Pakt II aufgeführten Merkmalen entsprechen) und ohne unangemessene Einschränkungen unter allgemeinen Gesichtspunkten der Gleichheit zu öffentlichen Ämtern seines Landes Zugang zu haben. Der Ausschuss hat allerdings festgehalten, dass die im Entscheid Love et al. gegen Australien zu Art. 26 UNO-Pakt II entwickelten Grundsätze zur Altersdiskriminierung auch bei der Anwendung von Art. 25 lit. c i.V.m. Art. 2 Abs. 1 gelten[744]. Der Ausschuss kam zum Schluss, dass es sich bei der Alterslimite in diesem Fall um ein objektives Unterscheidungskriterium handelte und dass dessen Anwendung im Rahmen einer Restrukturierung des öffentlichen Dienstes nicht unzumutbar gewesen sei[745]. Dementsprechend wurde keine Verletzung von Art. 25 lit. c UNO-Pakt II festgestellt[746].

In einer Dissenting Opinion zu diesem Entscheid haben vier RichterInnen des UNO-Menschenrechtsausschusses festgehalten, dass aus ihrer Sicht in diesem Fall eine Altersdiskriminierung und damit eine Verletzung des UNO-Paktes II

---

the Regulations of Service for Employees of the Social Insurance Board, does not amount to discrimination as prohibited in Article 26 of the Covenant».

742 Aus dem Entscheid geht nicht hervor, ob es sich um eine Höchst- oder um eine Mindestdauer der Anstellung handelt. Es ist auch unklar, ob die beiden Kriterien alternativ oder kumulativ erfüllt sein müssen.

743 Entscheid Hinostroza Solís gegen Peru vom 27. März 2006 (Communication No. 1016/2001), Ziff. 2.1.

744 Entscheid Hinostroza Solís gegen Peru vom 27. März 2006 (Communication No. 1016/2001), Ziff. 6.3: «While age as such is not mentioned as one of the grounds of discrimination prohibited in article 26, the Committee takes the view that a distinction related to age which is not based on reasonable and objective criteria may amount to discrimination on the ground of 'other status' under the clause in question, or to a denial of equal protection of the law within the meaning of the first sentence of article 26. This reasoning also applies to article 25 (c) in conjunction with article 2, paragraph 1, of the Covenant.».

745 Entscheid Hinostroza Solís gegen Peru vom 27. März 2006 (Communication No. 1016/2001), Ziff. 6.4: «The Committee considers that the age limit used in the present case for continued post occupancy was an objective distinguishing criterion and that its implementation in the context of a general plan for the restructuring of the civil service was not unreasonable.».

746 Entscheid Hinostroza Solís gegen Peru vom 27. März 2006 (Communication No. 1016/2001), Ziff. 6.4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vorgelegen habe[747]. Aus ihrer Sicht hätte der Ausschuss in diesem Fall untersuchen müssen, ob es verhältnismässige und objektive Gründe für die Heranziehung des Alters als Unterscheidungskriterium gab. Der Ausschuss habe dies unterlassen und sei damit von seinen im Entscheid Love et al. gegen Australien entwickelten Grundsätzen abgewichen. Für diese Abweichung gebe es keine Rechtfertigung[748]. Die Verwendung des Alters als Kriterium sei in diesem Fall aus mehreren Gründen nicht objektiv und verhältnismässig gewesen. Erstens habe es sich um eine Entlassung und nicht um eine Pensionierung gehandelt. Zweitens könne das Alter eine Entlassung nur dann rechtfertigen, wenn das Alter die Fähigkeit zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit beeinträchtige oder wenn die betroffene Person lange genug gearbeitet habe, um Anspruch auf eine vollständige oder zumindest umfassende Rentenleistungen zu haben. Der Staat habe jedoch nicht nachgewiesen, dass diese Voraussetzungen in diesem Fall erfüllt gewesen wären. Demnach habe hier eine Verletzung von Art. 25 lit. c UNO-Pakt II vorgelegen[749].

In einem weiteren Entscheid des UNO-Menschenrechtsausschusses im Zusammenhang mit Altersdiskriminierung ist dieser auf die Beschwerde eines mit 65 Jahren unfreiwillig pensionierten Professors nicht eingetreten. Grund dafür war, dass der Fall noch vor der Saskatchewan Human Rights Commission hängig war[750]. Damit war die Voraussetzung für das Individualbeschwerdeverfahren, wonach die Einzelperson alle zur Verfügung stehenden innerstaatlichen Rechtsbehelfe erschöpft haben muss[751], nicht erfüllt[752].

747 Individual opinion of Committee members Mr. Walter Kälin, Mr. Edwin Johnson, Mr. Michael O'Flaherty and Mr. Hipólito Solari-Yrigoyen (dissenting; S. 8 der Communication No. 1016/2001), Ziff. 2: «It is therefore our view that the author has been the subject of a violation of article 25 (c) of the Covenant».

748 Individual opinion of Committee members Mr. Walter Kälin, Mr. Edwin Johnson, Mr. Michael O'Flaherty and Mr. Hipólito Solari-Yrigoyen (dissenting; S. 8 der Communication No. 1016/2001), Ziff. 1: «As it did in the case of Love v. Australia, the Committee should have examined in the present case whether there were reasonable and objective grounds justifying the use of age as a distinguishing criterion. It did not do so and thus departed from the approach taken in the case of Love v. Australia in a way that cannot be justified in our view».

749 Individual opinion of Committee members Mr. Walter Kälin, Mr. Edwin Johnson, Mr. Michael O'Flaherty and Mr. Hipólito Solari-Yrigoyen (dissenting; S. 8 der Communication No. 1016/2001), Ziff. 2: «Furthermore, the use of the criterion of age as applied to the author is not objective and reasonable for several reasons. First, the case concerns a matter of dismissal and not retirement. Second, while age may justify dismissal in cases where age affects the ability of the person concerned to perform their functions or where the person concerned has worked long enough to have acquired full or at least substantial pension rights, the State party has not shown that in the case of the author who, notwithstanding his age, had been employed for just 11 years, any such reasons were present. It is therefore our view that the author has been the subject of a violation of article 25 (c) of the Covenant».

750 Entscheid Kly gegen Kanada vom 27. März 2009 (Communication No.1576/2007), Ziff. 6.3.

751 Art. 5 Abs. 2 lit. b des Fakultativprotokolls zum Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte.

752 Entscheid Kly gegen Kanada vom 27. März 2009 (Communication No.1576/2007), Ziff. 7.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der UNO-Menschenrechtsausschuss eine Altersdiskriminierung zwar als Verstoss gegen den UNO-Pakt II betrachtet, dass aber bis heute in keinem Fall eine Altersdiskriminierung erkannt wurde.

7.3. Behindertenrechtskonvention

Das UNO-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) ist für die Schweiz am 15. Mai 2014 in Kraft getreten[753]. Sowohl in der Präambel[754] als auch in verschiedenen Artikeln der Behindertenrechtskonvention[755] wird das Alter bzw. eine Behinderung aufgrund des Alters genannt. Da sowohl die UNO-Pakte als auch die EMRK und viele nationale Verfassungen keine Vorgaben zum Thema Altersdiskriminierung enthalten, ist die Erwähnung des Alters in der Behindertenrechtskonvention in vielen Jurisdiktionen das erste verbindliche Regelwerk, das explizit auch die Altersdiskriminierung erfasst.

Eine direkt am Alter anknüpfende Diskriminierung ist keine Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Weil ältere Menschen aber häufiger von einer Behinderung betroffen sind als jüngere[756], werden sie auch häufiger von einer Diskriminierung aufgrund von Behinderung benachteiligt. Eine Diskriminierung aufgrund von Behinderung trifft ältere Menschen dementsprechend stärker als jüngere und kann deshalb auch als indirekte Altersdiskriminierung betrachtet werden.

Nachfolgend werden die Bestimmungen der Behindertenrechtskonvention, welche sich zur Altersdiskriminierung äussern, vorgestellt. Auf die weiteren Bestimmungen wird bei der Behandlung der Behindertenrechtskonvention im Abschnitt zur Diskriminierung aufgrund von Behinderung eingegangen.

Das Alter wird zunächst im Artikel zur Bewusstseinsbildung thematisiert. Gemäss Art. 8 Abs. 1 lit. b BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten, «sofortige, wirksame und geeignete Massnahmen zu ergreifen, um Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschliesslich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen».

753 AS 2014 1119 .

754 Buchstabe p der Präambel: «Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens, [...] besorgt über die schwierigen Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung aufgrund [...] des Alters oder des sonstigen Status ausgesetzt sind; [...] haben Folgendes vereinbart:».

755 Art. 8 (Bewusstseinsbildung), 13 (Zugang zur Justiz), 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) BRK.

756 Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen vom 29. Juni 2016, S. 8.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Art. 16 BRK enthält sodann Vorgaben zur Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Art. 16 Abs. 2 BRK hält fest, dass die Vertragsstaaten «alle geeigneten Massnahmen [treffen], um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von das Geschlecht und das Alter berücksichtigender Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschliesslich durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können. Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass Schutzdienste das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen.»

Gemäss Art. 35 Abs. 1 BRK legt jeder Vertragsstaat innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Übereinkommens einen umfassenden Bericht über die Massnahmen, die er zur Erfüllung seiner Verpflichtungen aus dem Übereinkommen getroffen hat, und über die dabei erzielten Fortschritte vor. Danach legen die Vertragsstaaten gemäss Abs. 2 mindestens alle vier Jahre und darüber hinaus jeweils auf Anforderung des Ausschusses Folgeberichte vor.

Der erste Bericht des Bundesrates über die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2016 hält zwar fest, dass sich der Anteil der Menschen mit Behinderungen mit dem Alter deutlich erhöht[757], äussert sich danach aber nur an zwei Stellen und eher beiläufig zur Situation älterer Menschen: Im Zusammenhang mit Art. 20 BRK (Persönliche Mobilität) wird auf eine Regelung in der Verordnung über die Anforderungen an die Gestaltung des öffentlichen Verkehrs[758] hingewiesen[759]; allerdings existiert keine Verordnung mit diesem Namen[760]. Gemäss Bericht halte diese Verordnung fest, dass Menschen mit Behinderungen oder altersbedingten Beeinträchtigungen, die in der Lage sind, den öffentlichen Raum autonom und spontan zu benützen, auch Dienstleistungen des öffentlichen Verkehrs grundsätzlich autonom beanspruchen können sollen. Eine solche Regelung findet sich weder in der Verordnung über die behindertengerechte Gestaltung des ÖV noch in der Verordnung des UVEK über die technischen Anforderungen.

757 Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen vom 29. Juni 2016, S. 8.

758 Verordnung des UVEK über die technischen Anforderungen an die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs vom 23. März 2016 (VAböV).

759 Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen vom 29. Juni 2016, S. 35.

760 Stattdessen gibt es einerseits die Verordnung vom 12. November 2003 über die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs (VböV) und andererseits die Verordnung des UVEK vom 23. März 2016 über die technischen Anforderungen an die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs (VAböV).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bei den Ausführungen zu Art. 25 BRK (Gesundheit) werden sodann die nationalen Leitlinien Palliative Care[761] erwähnt, die ihrerseits festhalten, dass Palliativpflege für alle zur Verfügung stehen und den spezifischen Bedürfnissen wie Geschlecht, Alter, Herkunft, Behinderung oder Krankheit Rechnung tragen müsse[762]. Der Bericht verschweigt allerdings, dass die nationale Strategie Palliative Care zeitlich beschränkt und im Berichtszeitpunkt bereits ausgelaufen war[763].

7.4. *Frauenrechtskonvention*

Das UNO-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (UNO-Frauenrechtskonvention, häufig abgekürzt mit CEDAW[764]) ist für die Schweiz am 26. April 1997 in Kraft getreten[765]. Der Text der UNO-Frauenrechtskonvention erwähnt das Alter einzig im Zusammenhang mit dem «Recht auf soziale Sicherheit, insbesondere auf Leistungen bei Eintritt in den Ruhestand, bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität und *im Alter* oder bei sonstiger Arbeitsunfähigkeit [...]»[766].

In Anwendung von Art. 17 UNO-Frauenrechtskonvention wurde zur Prüfung der Fortschritte bei der Durchführung des Übereinkommens ein Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau eingesetzt. Dieser Ausschuss erarbeitet allgemeine Empfehlungen zu Themen, denen die Mitgliedstaaten besondere Aufmerksamkeit widmen sollen. Im Jahr 2010 hat der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau eine allgemeine Empfehlung zu älteren Frauen und dem Schutz ihrer Menschenrechte verabschiedet[767].

Im Abschnitt «Specific areas of concern» der Empfehlung werden die folgenden Punkte als besonders problematisch hervorgehoben: Ältere Frauen werden häufig durch eingeschränkte Möglichkeiten zur Teilnahme am politischen Entscheidfindungsprozess diskriminiert[768]. Weiter haben ältere Frauen häufig nicht die gleichen Möglichkeiten zum Erlernen des Umgangs mit moderner Informationstechnologie[769]. Viele ältere Frauen – insbesondere diejenigen, die alleine leben – sind nicht in der Lage, an kulturellen, Freizeit- und Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen, was sie isoliert und sich negativ auf ihr Wohlbefinden auswirkt[770].

761 BAG/GDK, Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2010.
762 Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen vom 29. Juni 2016 , S. 45.
763 Vgl. Webseite des BAG zu Palliative Care .
764 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.
765 AS 1999 1579.
766 Art. 11 Abs. 1 lit. e UNO-Frauenrechtskonvention, Hervorhebung hinzugefügt.
767 Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General recommendation No. 27: Older women and protection of their human rights .
768 CEDAW, General recommendation No. 27 , Rz. 17.
769 CEDAW, General recommendation No. 27 , Rz. 19.
770 CEDAW, General recommendation No. 27 , Rz. 23.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Häufig wird den Voraussetzungen für ein unabhängiges Leben, wie z.B. persönliche Unterstützung und angemessene Wohnform, nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt[771].

Die Empfehlung zu älteren Frauen und dem Schutz ihrer Menschenrechte enthält schliesslich allgemeine Empfehlungen sowie Empfehlungen betreffend Vorurteile, Gewalt, Teilnahme am öffentlichen Leben, Bildung, Arbeit und Rentenleistungen, Gesundheit, wirtschaftliche Partizipation, Sozialleistungen, ländliche und andere schutzbedürftige ältere Frauen sowie Ehe und Familienleben[772].

8. Altersdiskriminierung in Erlassen der EU

Auf EU-Ebene wurde das Verbot der Altersdiskriminierung im Jahr 1999 mit dem Vertrag von Amsterdam in den Vertrag über die Europäische Union aufgenommen[773] und befindet sich heute im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (VAEU). Gemäss Art. 10 VAEU zielt die Union bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik und ihrer Massnahmen «darauf ab, Diskriminierungen aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung zu bekämpfen.»

Auch die Grundrechtecharta der EU[774], welche mit dem Vertrag von Lissabon im Dezember 2009 in Kraft getreten ist, verbietet eine am Alter anknüpfende Diskriminierung. Nach Art. 21 Abs. 1 EU-Grundrechtecharta sind «Diskriminierungen insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung [...] verboten.»

Ausführliche Bestimmungen zur Altersdiskriminierung enthält sodann die Richtlinie zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie[775]). Die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie bezweckt gemäss Art. 1 «die Schaffung eines allgemeinen Rahmens zur Bekämpfung der Diskriminierung wegen der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder

771 CEDAW, General recommendation No. 27 , Rz. 23.
772 CEDAW, General recommendation No. 27 , Rz. 29–53.
773 Art. 2 Ziff. 7 des Vertrags von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte.
774 Charta der Grundrechte der Europäischen Union (ABl. 2016/C 202/02).
775 Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (ABl. L 303 vom 2.12.2000, S. 16–22).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

der sexuellen Ausrichtung in Beschäftigung und Beruf im Hinblick auf die Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung in den Mitgliedstaaten.» Art. 6 der Richtlinie nennt gerechtfertigte Ungleichbehandlung wegen des Alters. Nach Art. 6 Abs. 1 der Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie «können die Mitgliedstaaten vorsehen, dass Ungleichbehandlungen wegen des Alters keine Diskriminierung darstellen, sofern sie objektiv und angemessen sind und im Rahmen des nationalen Rechts durch ein legitimes Ziel, worunter insbesondere rechtmäßige Ziele aus den Bereichen Beschäftigungspolitik, Arbeitsmarkt und berufliche Bildung zu verstehen sind, gerechtfertigt sind und die Mittel zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich sind.»[776]

Die Vorgaben der Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie müssen durch die einzelnen Mitgliedstaaten in ihrem nationalen Recht umgesetzt werden[777]. In Deutschland wurde die Richtlinie mit dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG[778]) umgesetzt, in Frankreich mit dem Loi relative à la lutte contre les discriminations[779], in Österreich mit dem Gleichbehandlungsgesetz (GlBG[780]).

Die bisher ergangenen Urteile des EuGH zur Altersdiskriminierung betreffen allesamt Altersgrenzen im Arbeitsrecht[781] und sind daher für die Beurteilung einer Altersdiskriminierung im gesundheitlichen Kontext nicht relevant.

II. Behinderung

Das Diskriminierungsverbot in Art. 8 Abs. 2 BV umfasst auch die Diskriminierung «wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung». Demgegenüber ist die Behinderung weder in der EMRK noch im UNO-Pakt II in den Diskriminierungsverboten aufgeführt. Auf UNO-Ebene wird der Schutz vor Diskriminierung wegen einer Behinderung durch das UNO-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gewährleistet[782]. Dieses Abkommen ist für die Schweiz am 15. Mai 2014 in Kraft getreten.

Menschen am Lebensende sind Menschen, die i.d.R. aufgrund einer Erkrankung nicht mehr lange zu leben haben. In dieser Situation sind Menschen häufig körperlich, geistig oder psychisch beeinträchtigt; ohne Beeinträchtigung würden sie nicht sterben. Dementsprechend ist es denkbar, Menschen am Lebensende generell als behindert im Sinne des Diskriminierungsverbots zu betrachten und eine Ungleichbehandlung als Diskriminierung aufgrund der Behinderung zu erfassen. Dies entspricht jedoch nicht dem Sinn und Zweck des menschenrechtlichen Be-

776 Weiterführend: Chen, Diskriminierungsverbote, S. 261 f.
777 Art. 18 Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie.
778 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz vom 14. August 2006.
779 Loi n° 2001–1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations.
780 Bundesgesetz über die Gleichbehandlung (Gleichbehandlungsgesetz – GlBG).
781 Vgl. die Zusammenstellung bei Chen, Diskriminierungsverbote, S. 235 ff.
782 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hindertendiskriminierungsverbots. Der verfassungsrechtliche Begriff der Behinderung stellt nicht auf medizinisch erfassbare körperliche Defizitvorstellungen ab, sondern erfasst Beeinträchtigungen aufgrund sozialer Interaktionen[783]. Unter den Schutz sollen Menschen fallen, denen wegen einer Anormalität eine Stigmatisierung oder ein gesellschaftlicher Ausschluss droht[784]. Dies trifft auf Menschen, die erst kurz vor dem Tod an einer entsprechenden Beeinträchtigung leiden, nicht generell zu.

Nichtsdestotrotz sind viele Menschen in den letzten Monaten oder Jahren ihres Lebens von einer Behinderung betroffen. In der Schweiz haben 45 Prozent der über 85-jährigen Menschen eine Behinderung[785]. Auch wenn Menschen am Lebensende nicht generell vom Schutz des Behindertendiskriminierungsverbots erfasst sind, ist ein Grossteil von ihnen unabhängig von der Lebensende-Situation von einer Behinderung betroffen. So setzen sich insbesondere die Alzheimer-Vereinigungen auf schweizerischer und europäischer Ebene für einen «rights-based approach» für ein besseres Leben mit Demenz ein und fokussieren hierbei auf die Behindertenrechtskonvention[786].

Der Begriff der Behinderung wird im Behindertengleichstellungsgesetz folgendermassen definiert (Art. 2 Abs. 1 BehiG[787]): «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.» Viele Menschen am Lebensende werden aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung nur erschwert alltägliche Verrichtungen vornehmen können. Trotzdem ist nicht davon auszugehen, dass sämtliche Menschen am Lebensende von dieser Definition erfasst sind. So können z.B. Menschen mit einer unheilbaren und voraussichtlich bald zum Tod führenden Krankheit häufig noch bis wenige Wochen vor ihrem Tod die Tätigkeiten der obigen Definition selbständig bestreiten. Demgegenüber sind BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen regelmässig von der Definition erfasst, weil sie wegen einer oder mehreren der aufgelisteten Beeinträchtigungen überhaupt in einem Heim wohnen.

Vorliegend geht es nicht um eine Diskriminierung als direkte Folge des Alters oder einer Behinderung, sondern um eine mögliche Diskriminierung infolge der Tatsache, dass die betroffenen Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim

783 Schweizer/Bigler-Eggenberger/Kägi-Diener, St.Galler Kommentar, Art. 8 N 137.
784 BSK BV-Waldmann, Art. 8 N 81; Schefer/Hess-Klein, Behindertengleichstellungsrecht, S. 12.
785 Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderungen vom 29. Juni 2016, S. 8 f.
786 Siehe dazu den Beitrag von Ulrich Gut vom 16. November 2016 auf unser-recht.ch: «Rights-based approach» für ein besseres Leben mit Demenz.
787 Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wohnen. Es handelt sich um eine Benachteiligung aufgrund eines neutralen Kriteriums (Wohnen im Alters- oder Pflegeheim), das aber faktisch überwiegend Menschen mit einem Merkmal (Alter, Behinderung) trifft, welches als Anknüpfungskriterium verpönt ist. In solchen Fällen spricht man von einer indirekten Diskriminierung[788].

Der Staat hat gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen eine Schutzpflicht[789]. Gegenüber Pflegebedürftigen, die sich in Heimen, Spitälern und Kliniken in staatlicher Obhut befinden, ist die Schutzpflicht besonders hoch[790]. Der Staat muss dafür sorgen, dass die Modalitäten des Wohnens in diesen Institutionen nicht auf eine systematische Schlechterstellung der BewohnerInnen gegenüber Menschen, die nicht in einer solchen Institution wohnen, hinauslaufen. Dies ist insbesondere mit Blick auf das Recht auf Leben und das Selbstbestimmungsrecht von zentraler Bedeutung. Da es sich bei diesen um eigenständige Menschenrechte handelt, werden sie im jeweiligen Abschnitt abgehandelt.

§ 6 Recht auf Leben

Das Recht auf Leben wird durch die Bundesverfassung, die EMRK, den UNO-Pakt II sowie die BRK geschützt[791] und bildet Ausgangspunkt und Voraussetzung für alle anderen Grundrechte[792]. Schutzobjekt des Rechts auf Leben ist das menschliche Leben selbst und nicht der Entscheid des Einzelnen, sein Leben weiterführen zu wollen oder nicht[793]. Das Recht auf Leben verbietet jede staatliche Handlung, welche primär den Tod eines Menschen beabsichtigt[794].

Das Recht auf Leben beinhaltet zunächst einen Abwehranspruch gegen staatliche Tötungshandlungen sowie einen Leistungsanspruch auf diejenige staatliche Unterstützung, die zur Erhaltung des Lebens notwendig ist[795]. Sodann ergeben sich aus dem Recht auf Leben auch staatliche Schutzpflichten. Der Staat muss das Leben schützen, indem er die Lebensgefährdung oder Tötung verbietet und Zuwiderhandlungen verfolgt und bestraft[796]. Gemäss Merkel «[bezweckt]

788 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 450.
789 Pärli, Zwangsmassnahmen, S. 361.
790 Kiener, Suizidhilfe, S. 280.
791 Art. 10 Abs. 1 BV, Art. 2 EMRK, Art. 6 Abs. 1 UNO-Pakt II, Art. 10 BRK.
792 BGE 136 II 415 E. 3.2; Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 37; Hottelier, Droits de l'homme, S. 87; Opsahl, Right to Life, S. 207.
793 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 46.
794 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 49.
795 Biaggini, BV-Kommentar, Art. 10 N 8a; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 13 und 17; HK EMRK-Meyer-Ladewig/Huber, Art. 2 N 11.
796 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 38; Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux, Rz. 284; Hangartner, Sterbehilfe, S. 73; Kiener, Suizidhilfe, S. 279; Kiener/Kälin, Grundrechte, S. 135; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 53 ff.; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 20; Steffen, Droit aux soins, S. 38.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

der verfassungsrechtlich garantierte Schutz des Lebens [...] primär den Erhalt menschlicher Selbstbestimmung – und sei es auch nur das Potential hierzu.»[797]

Die EMRK und der UNO-Pakt II verpflichten die Mitgliedstaaten explizit zum gesetzlichen Schutz des Rechts auf Leben[798]. Zudem fliesst aus dem Recht auf Leben auch eine Schutzpflicht zur Verhinderung von unüberlegten Suiziden[799].

Im Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich zeigte sich der EGMR im Jahr 2002 «nicht überzeugt» davon, dass das Recht auf Leben einen negativen Aspekt beinhalte[800]. Aus dem Recht auf Leben könne jedenfalls kein Recht auf den Tod abgeleitet werden[801].

Das Recht auf Leben wird nicht nur durch eine Tötung verletzt. Der EGMR hat in einem Urteil aus dem Jahr 2009 festgehalten, dass auch die zu einer tödlichen Erkrankung führende Handlung das Recht auf Leben verletzen kann[802].

I. Tötung ohne Verlangen

Die Straffreiheit der Tötung eines Menschen gegen dessen Willen kann, abgesehen von Notwehr und polizeilichen oder militärischen Szenarien, nie gerechtfertigt sein[803].

Weniger eindeutig ist die Rechtslage jedoch bereits bei der Mitleidstötung bei fehlender Information über den Patientenwillen. Auch hier handelt es sich um eine Tötung ohne Verlangen, nicht aber unbedingt um eine Tötung gegen den Willen des betroffenen Menschen. Es wird vertreten, dass aus dem Recht auf Leben gemäss Art. 2 EMRK kein Argument für oder gegen die Zulässigkeit der Mitleidstötung abgeleitet werden könne[804]. Korff leitet aus der Empfehlung der parlamentarischen Versammlung des Europarats zum Schutz der Menschenrechte

797 Merkel, Lebensschutz, S. 6.

798 Art. 2 Abs. 1 Satz 1 EMRK: «Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt.»; Art. 6 Abs. 1 Satz 2 UNO-Pakt II: «Dieses Recht ist gesetzlich zu schützen.».

799 BGE 133 I 58 E. 6.2.1; Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 178; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 19; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.

800 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 39: «The Court is not persuaded that 'the right to life' guaranteed in Article 2 can be interpreted as involving a negative aspect.».

801 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 39: «Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life.».

802 Urteil des EGMR 77144/01 und 35493/05 vom 5. März 2009 (Colak und Tsakiridis gegen Deutschland), Ziff. 29: «An event, however, which does not result in death may only in exceptional circumstances disclose a violation of Article 2 of the Convention (see [...]). Those may be found in a lethal disease.».

803 Baumgarten, Right to Die, S. 127; Hottelier, Droits de l'homme, S. 88.

804 Opsahl, Right to Life, S. 222: «Where the person is unconscious and has not expressed any wish to die, the question of euthanasia, the ending of life out of mery or pity over the person's suffering, may arise. The safest interpretatione seems to be that no argument may as yet be drawn from Article 2 in this respect.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und der Würde von terminal Erkrankten ab, dass Mitleidstötungen nicht akzeptiert seien[805]. Die Empfehlung äussert sich nicht explizit zur Mitleidstötung, verneint aber einen Anspruch auf Getötetwerden auch bei explizitem Wunsch[806]. Korff hält es für möglich bis wahrscheinlich, dass der EGMR die Zulassung der Mitleidstötung als Verletzung der Pflicht zum Schutz des Lebens beurteilen würde[807].

Befragungen von ÄrztInnen zeigen, dass in der Schweiz ungeachtet der Strafbarkeit Tötungen ohne expliziten Wunsch der Betroffenen vorkommen: So wurde im Jahr 2001 in der Schweiz in 15 von 4991 untersuchten Fällen und im Jahr 2013 in 25 von 4998 untersuchten Fällen nach Auskunft der Befragten das Leben aktiv und ohne expliziten Wunsch der Betroffenen beendet[808].

II. Tötung auf Verlangen

Sowohl bei der Tötung auf explizites Verlangen als auch bei der Tötung aufgrund eines lediglich mutmasslichen Willens der betroffenen Person gehen die Meinungen zur Vereinbarkeit mit dem Recht auf Leben auseinander. Rechtsprechung zu diesen Fragen ist nahezu inexistent[809]. In der strafrechtlichen Literatur wird losgelöst von verfassungsrechtlichen Überlegungen über die Gründe für das absolute Tötungsverbot (Art. 114 StGB) diskutiert[810].

Eine Umfrage unter PalliativmedizinerInnen in der Schweiz hat ergeben, dass drei Prozent der Befragten bereits eine Tötung auf Verlangen durchgeführt hatten[811]. Untersuchungen von je ca. 3200 Todesfällen in der Schweiz haben im Jahr 2001 acht und im Jahr 2013 elf Fälle von Tötung auf Verlangen ergeben[812].

805 Korff, Right to life, S. 16.

806 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999) , Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9.c.3: «[...] a terminally ill or dying person's wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death.».

807 Korff, Right to life, S. 16 f.: «Here, too, there is somewhat clearer ground, in the sense that such 'mercy killings' are clearly not regarded as acceptable in Recommendation 1418 (1999) [...] it is possible (perhaps even probable) that the Court, if confronted with this question, would feel that States that would allow this may fail in their duty to protect life – but much would depend on the circumstances of the case.».

808 Bosshard et al., Comparison, S. 556: «Euthanasia and ending of life without the patient's explicit request also increased, but the number of studied cases of the 2 categories was small, at 8 and 15 cases in 2001, and at 11 and 25 cases in 2013, respectively».

809 Eine Ausnahme bildet das bei § 4, III, 1. besprochene Urteil des Tribunal de police du district de Boudry vom 6. Dezember 2010.

810 Stratenwerth, Strafrecht AT, S. 228 f.; Weissenberger, Einwilligung, S. 122 ff.

811 Bittel et al., Euthanasia, S. 267: «With reference to personal experiences, 8% of the physicians reported having practised [physician-assisted suicide], 4% [life-terminating act without explicit request] and 3% [direct active euthanasia].».

812 Bosshard et al., Comparison, S. 556: «Euthanasia and ending of life without the patient's explicit request also increased, but the number of studied cases of the 2 categories was small, at 8 and 15 cases in 2001, and at 11 and 25 cases in 2013, respectively».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. *Muss der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten?*

Bei der Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen gehen die Meinungen zur Frage, ob diese als Ausfluss des Rechts auf Leben in jedem Fall verboten sein muss, auseinander. Ein erstaunlich grosser Teil der Literatur zum Recht auf Leben äussert sich gar nicht zur Tötung auf Verlangen[813]. Einzelne AutorInnen und auch die Botschaft zur Bundesverfassung[814] erachten die Tötung auf Verlangen als unvereinbar mit dem Recht auf Leben[815].

Ein grosser Teil der Lehre vertritt die Auffassung, dass ein absolutes Verbot der Tötung auf Verlangen verfassungs-[816] bzw. völkerrechtlich[817] nicht gefordert sei. Das Recht auf Leben verbiete zwar grundsätzlich die direkte aktive Sterbehilfe, diese könne jedoch in bestimmten Fällen allenfalls aufgrund des Verbots unmenschlicher Behandlung in Frage kommen[818]. Es wird auch vertreten, dass bei einer Einwilligung in eine Tötung gar kein Eingriff in den Schutzbereich des Rechts auf Leben vorliege[819]. Teilweise wird die Rechtfertigung einer Tötung auf Verlangen bereits gestützt auf den mutmasslichen Willen und umso mehr bei explizitem Wunsch der betroffenen Person bejaht[820]. Es wird auch vertreten, dass

813 Biaggini, BV-Kommentar, Art. 10; Borghi, Mort, S. 27 ff.; Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 177 ff.; Kiener/Kälin, Grundrechte, S. 133 ff.; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 45 ff.; bei den Ausführungen zu Art. 10 Abs. 2 BV halten Letztere auf S. 154 f. fest, dass keine verfassungsrechtliche Pflicht zur generellen Bestrafung von aktiver Sterbehilfe bestehe, stützen sich dabei aber auf Quellen, die sich ausschliesslich zur Suizidhilfe und damit nicht zur aktiven Sterbehilfe äussern; gemäss Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux 2013, S. 139, können das Verfassungs- und Völkerrecht von vornherein keinen Beitrag zu den Rechtsproblemen im Zusammenhang mit «euthanasia» leisten.

814 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 146: «Die aktive Sterbehilfe ist in jedem Fall untersagt, weil sie das Grundprinzip des Verbots der vorsätzlichen Tötung verletzt.».

815 Rhinow/Schefer/Uebersax, Verfassungsrecht, Rz. 1272 (aktive Sterbehilfe ist ein Eingriff in den Kerngehalt des Rechts auf Leben); gemäss Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22, verbietet Art. 10 Abs. 1 BV in jedem Fall die direkte aktive Sterbehilfe (mit Hinweisen auf mehrere Quellen, welche diese Aussage allerdings nicht stützen); Steffen, Droit aux soins, S. 39.

816 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 24; Donatsch, Sterbehilfe, S. 141; Geth, Sterbehilfe, S. 7; für Deutschland: Seibert, Sterbehilfe, S. 70.

817 Candreia/Scholl, Rahmenbedingungen, S. 267; Jacob, Aktive Sterbehilfe, S. 456; Negri, Universal Human Rights, S. 21; Nowak, CCPR-Kommentar, Art. 6 N 37; Opsahl, Right to Life, S. 222: «At most there could be a legalization, permission or non-prosecution for 'active death help', as a further, purpose-oriented exception from the prohibition of intentional deprivation of life.».

818 Candreia/Scholl, Rahmenbedingungen, S. 256; Hangartner, Sterbehilfe, S. 78; Schubarth, Tötung, S. 12.

819 Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 182: «[...] dass bei einer Einwilligung des im Einzelfall vom Schutzbereich von Art. 2 EMRK erfassten Individuums von vornherein kein Grundrechtseingriff vorliegt. Denn Schutzgut von Art. 2 EMRK ist sowohl nach dessen Wortlaut als auch nach dem Gerichtshof nicht das Leben, sondern das Recht auf Leben.» Siehe auch Kneihs, Grundrechte, S. 258: «Eine mit Einwilligung des Rechtsträgers vorgenommene Massnahme ist nicht als Eingriff zu qualifizieren.» Für Deutschland: Bernert-Auerbach, Aktive Sterbehilfe, S. 203: «Die Änderung des § 216 StGB würde keinen Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechts auf Leben darstellen.».

820 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 24: «Erfolgt die Sterbehilfe mit tatsächlicher oder mutmasslicher Einwilligung des Sterbewilligen, so liegt [...] ein wirksamer Grundrechtsverzicht vor.» Gemäss Donatsch, Sterbehilfe, S. 141, lässt sich aus dem Recht auf Leben kein Verbot von Eingriffen im Einverständnis mit dem Betroffenen ableiten.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nur eine Tötung bei expliziter Einwilligung, nicht aber eine auf den mutmasslichen Willen gestützte Tötung, gerechtfertigt werden könne[821].

1.1. Europarat

Die parlamentarische Versammlung des Europarats hat in einer Empfehlung aus dem Jahr 1999 festgehalten, dass der Sterbewunsch eines terminal kranken Menschen keine auf den Tod abzielende Handlungen rechtfertige[822]. Im April 2005 wurde der Entwurf für eine Resolution betreffend PatientInnen am Lebensende im Anschluss an die Diskussion und Abstimmung über 70 Änderungsanträge von der parlamentarischen Versammlung verworfen[823]. In dieser letztlich nicht verabschiedeten Resolution wären die Mitgliedstaaten des Europarats dazu aufgefordert worden, sich mit den in den Niederlanden und in Belgien eingeführten Gesetzen, mit denen die Tötung auf Verlangen in gewissen Fällen legalisiert wurde, auseinanderzusetzen[824]. Dem Explanatory Memorandum von Dick Marty lässt sich im Rahmen einer rhetorischen Frage entnehmen, dass der Autor die Legalisierung der Tötung auf Verlangen als zulässig erachtet[825]. In einer Resolution aus dem Jahr 2012 hat die parlamentarische Versammlung des Europarats festgehalten, dass «Euthanasia» immer verboten sein müsse. Mit dem Begriff «Euthanasia» scheint hier aber ausnahmsweise nicht die Tötung auf Verlangen gemeint zu sein, sondern die Tötung gestützt auf mutmassliche Interessen («alleged benefit»)[826].

---

821 Schefer, Kerngehalte, S. 409: «Kerngehalte stehen daher aktiver Sterbehilfe dann jedenfalls nicht entgegen, wenn diese die einzige Möglichkeit darstellt, um die Würde des Betroffenen zu wahren und er darin eingewilligt hat».

822 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999), Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9.c.3: «recognising that a terminally ill or dying person's wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death».

823 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Report of debates, 2005 Ordinary Session, Wednesday 27 April 2005 : «The draft resolution in Document 10455, as amended, is rejected.».

824 Council of Europe, Report from the Social, Health and Family Affairs Committee, Assistance to patients at end of life, 9 February 2005 (Doc. 10455), I. Draft resolution, Ziff. 6.i.: «The Assembly, being perfectly well aware that in the current situation and in view of the diversity of cultural and religious sensitivities in the member States, it is hardly possible to recommend a universal model for all to follow, nevertheless recommends that member States of the Council of Europe should: analyse objectively and in depth the experience with the legislation introduced in the Netherlands and Belgium and the bills on the subject currently being discussed in other countries;».

825 Council of Europe, Report from the Social, Health and Family Affairs Committee, Assistance to patients at end of life, 9 February 2005 (Doc. 10455), II. Explanatory memorandum by Mr Marty, Ziff. 51: «Will we, can we seriously contend that by partially decriminalising euthanasia the parliaments of these two countries are treating human life with contempt or indifference, or are indeed guilty of grave neglect in their duty to protect such life?».

826 Council of Europe, Parliamentary Assembly, Resolution 1859 (2012) : Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients, Ziff. 5: «Euthanasia, in the sense of the intentional killing by act or omission of a dependent human being for his or her alleged benefit, must always be prohibited.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.2. Rechtsprechung des EGMR

Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat sich bis heute nie explizit zur Tötung auf Verlangen geäussert[827]. Die Tötung auf Verlangen («Euthanasia») wurde einzig im Entscheid Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich aus dem Jahr 2015 thematisiert. Paul Lamb sah im Verbot der Tötung auf Verlangen eine Verletzung von Art. 8 und 14 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens und Diskriminierungsverbot)[828]. Der Gerichtshof trat nicht auf die Beschwerde ein[829], weil der Beschwerdeführer im Verfahren vor dem UK Supreme Court lediglich das Verbot der Suizidbeihilfe und nicht das Verbot der Tötung auf Verlangen beanstandet hatte[830]. Mit dem Entscheid des EGMR wurde auch auf eine weitere Beschwerde nicht eingetreten, bei der es um die Zulässigkeit des Verbots des Suizidbeihilfe ging[831]. Die diesbezüglichen Erwägungen des Gerichts werden im Abschnitt zur Suizidhilfe dargestellt.

Gemäss Mathieu beginnt sich der Gerichtshof von der Auffassung, wonach ein absolutes Verbot der Tötung auf Verlangen zulässig sei, zu entfernen[832]. Mathieu leitet aus dem Pretty-Urteil des EGMR sogar ab, dass nationales Recht in bestimmten Fällen die Tötung auf Verlangen zulassen sollte[833].

1.3. UNO-Pakt II

Der General Comment zum Recht auf Leben (Art. 6 UNO-Pakt II) hält fest, dass Vertragsstaaten, die dem medizinischen Fachpersonal lebensverkürzende Handlungen gestatten, solide rechtliche und institutionelle Garantien sicherstellen

827 Negri, Universal Human Rights, S. 21; Rainey/Wicks/Ovey, ECHR, S. 180; vgl. auch die Zusammenstellung der EGMR-Urteile zum Thema «End of life and the European Convention on Human Rights» (Stand Januar 2018).

828 Urteil des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 87. Darüber hinaus machte der Beschwerdeführer auch eine Verletzung von Art. 6 und 13 EMRK (Recht auf ein faires Verfahren und Recht auf wirksame Beschwerde) geltend.

829 Urteil des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 95.

830 Urteil des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 93: «However, it is clear that before the Supreme Court the applicants pursued grounds of appeal concerning the prohibition on assisted suicide only. [...] The second applicant has not explained why he did not pursue before the Supreme Court his argument that there should be a judicial procedure to authorise voluntary euthanasia in certain circumstances.».

831 Urteil des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 86.

832 Mathieu, Right to life, S. 70 f.: «The very few relevant constitutional-court judgments support the ban on euthanasia on the ground that it constitutes a violation of the basic prohibition on intentional killing. The European Court of Human Rights, however – probably in response to legislative developments in some European countries – is beginning to move away from that approach. In effect, the question now being asked concerns the existence of a right to death.».

833 Mathieu, Right to life, S. 78: «By refusing to condemn it, the court implicitly acknowledged that national law should, in certain cases, permit intentional killing even though the Convention strictly forbade it.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

müssen. Diese müssen gewährleisten, dass das medizinische Personal in Übereinstimmung mit einer frei getroffenen, informierten, ausdrücklichen und unmissverständlichen Entscheidung der PatientInnen handelt. PatientInnen sollen so vor Druck und Missbrauch geschützt werden[834].

Das UN Human Rights Committee hat in der Zulassung der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden keine Verletzung des Rechts auf Leben erkannt[835]. In seinen Concluding observations betreffend die Niederlande hat es im Jahr 2001 lediglich empfohlen, einzelne Punkte des niederländischen Gesetzes zu revidieren, um sicherzustellen, dass die darin aufgestellten Kriterien nicht aufgrund unzulässigen Drucks umgangen werden[836]. Es hat zudem seine Besorgnis dahingehend ausgedrückt, dass eine solche Praxis im Laufe der Zeit zur Routine und zu einer kaum voraussehbaren Nichtbeachtung der strikten Voraussetzungen führen könnte. Aufgrund der hohen Fallzahlen äusserte es sodann Bedenken hinsichtlich der Frage, ob die Tötung auf Verlangen tatsächlich nur in Extremfällen, in denen alle Voraussetzungen zweifellos erfüllt seien, durchgeführt werde[837]. Weitere Vorbehalte betrafen die Anwendbarkeit des Gesetzes auf Minderjährige[838] und die Tatsache, dass Tötungen auf Verlangen lediglich einer ex-post-Prüfung unterzogen werden[839]. Im Jahr 2009 hat das UN Human Rights Committee in seinen Concluding observations zum vierten Bericht an diesen Empfehlungen festgehalten und darauf gedrängt, dass die niederländische Gesetzgebung im Lichte der Anerkennung des Rechts auf Leben überprüft werde[840].

834 UNO-Menschenrechtsausschuss, General comment No. 36: Right to life , Ziff. 9: «States parties that allow medical professionals to provide medical treatment or the medical means in order to facilitate the termination of life of afflicted adults, such as the terminally ill, who experience severe physical or mental pain and suffering and wish to die with dignity, must ensure the existence of robust legal and institutional safeguards to verify that medical professionals are complying with the free, informed, explicit and, unambiguous decision of their patients, with a view to protecting patients from pressure and abuse.».

835 Focarelli, Euthanasia , N 31.

836 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Netherlands, 27 August 2001 (CCPR/CO/72/NET), Ziff. 5 (b): «The Committee is concerned lest such a system may fail to detect and prevent situations where undue pressure could lead to these criteria being circumvented.».

837 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Netherlands, 27 August 2001 (CCPR/CO/72/NET), Ziff. 5 (b): «The large numbers involved raise doubts whether the present system is only being used in extreme cases in which all the substantive conditions are scrupulously maintained.».

838 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Netherlands, 27 August 2001 (CCPR/CO/72/NET), Ziff. 5 (c).

839 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Netherlands, 27 August 2001 (CCPR/CO/72/NET), Ziff. 5 (d).

840 Human Rights Committee, Concluding observations of the Human Rights Committee: Netherlands, 25 August 2009 (CCPR/C/NLD/CO/4), Ziff. 7.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.4. Belgien und die Niederlande

In Belgien und den Niederlanden haben der Conseil d'État[841] bzw. der Raad van State[842] die jeweiligen Gesetze zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen als EMRK-konform beurteilt[843]. In Belgien hat der Conseil d'État in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2001 festgehalten, dass der Entwurf für ein Euthanasie-Gesetz[844] mit Art. 2 EMRK vereinbar sei[845]. Auch in den Niederlanden ist der Raad van State zum Schluss gekommen, dass das Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung EMRK-konform sei[846]. In der Literatur wird die Vereinbarkeit dieser Regelungen mit dem Recht auf Leben – soweit ersichtlich – nicht thematisiert[847].

1.5. Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe

Die Frage, ob die Legalisierung der Tötung auf Verlangen mit dem Recht auf Leben vereinbar ist, hätte im Rahmen des Berichts zur Motion Ruffy geprüft werden sollen. Im Jahr 1994 verlangte diese Motion, dass aktive Sterbehilfe durch ÄrztInnen auf Wunsch von unheilbar Kranken unter bestimmten engen Bedingungen in der Schweiz straffrei werden sollte[848]. Gestützt darauf wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die im März 1999 vorschlug, bei der Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen von einer Strafverfolgung abzusehen[849].

841 Beim belgischen Conseil d'État (www.raadvst-consetat.be) handelt es sich um ein beratendes und rechtsprechendes Organ an der Schnittstelle der legislativen, exekutiven und judikativen Gewalt.

842 Der niederländische Raad van State (www.raadvanstate.nl) berät einerseits die Regierung und das Parlament in Sachen Gesetzgebung und amtet andererseits als Verwaltungsgerichtshof.

843 Council of Europe, Report from the Social, Health and Family Affairs Committee, Assistance to patients at end of life, 9 February 2005 (Doc. 10455), II. Explanatory memorandum by Mr Marty, Ziff. 11.

844 Loi relative à l'euthanasie .

845 Conseil d'État de Belgique, Avis du 2 Juillet 2001 (Proposition de loi relative à l'euthanasie), Ziff. 10: «En résumé, il résulte de ce qui précède que même si elle prévoit une limitation de la protection du droit à la vie accordée jusqu'à présent par la loi, la proposition de loi relative à l'euthanasie soumise pour avis reste dans les limites imposées à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP. En d'autres termes, la proposition de loi n'est pas incompatible avec les dispositions de la convention et du pacte précités».

846 Council of Europe, Report from the Social, Health and Family Affairs Committee, Assistance to patients at end of life, 9 February 2005 (Doc. 10455), II. Explanatory memorandum by Mr Marty, Ziff. 24.

847 Englert, Belgium, S. 13 ff.; van Delden, Netherlands, S. 65 ff.; van der Heide, Netherlands, S. 21 ff.

848 Motion Ruffy (Geschäftsnr. 94.3370): Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches.

849 Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an das EJPD (März 1999), S. 48 (Vorschlag für einen neuen Absatz 2 von Art. 114 StGB): «Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Frage nach der Vereinbarkeit einer solchen Regelung mit dem Recht auf Leben wurde im ausführlichen Bericht dieser Arbeitsgruppe erstaunlicherweise nicht vertieft geprüft. Dies, obwohl in der Botschaft zur Bundesverfassung festgehalten ist, dass die aktive Sterbehilfe in jedem Fall untersagt ist[850]. Dem Bericht lässt sich unter dem Titel «Recht auf Leben» lediglich entnehmen, dass die Pflicht des Staates, das Recht auf Leben zu respektieren und zu schützen, in bestimmten Situationen relativiert werden müsse und dass ein Eingriff in das Recht auf Leben dann auf absolute Grenzen stosse, wenn er sich mit der Menschenwürde nicht mehr vereinbaren lasse[851].

2. *Darf der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten?*

Auch die Frage, ob der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten darf, ist umstritten. Wenn man der Auffassung folgt, wonach der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten *muss*, erübrigt sich die Frage nach der Zulässigkeit eines Verbots. Wird eine Pflicht des Staates zur Bestrafung der Tötung auf Verlangen verneint, ist damit aber noch nichts zur Zulässigkeit eines absoluten Verbots gesagt.

Gemäss Breitenmoser ist denkbar, dass ein gesetzliches Verbot der Tötung auf Verlangen nicht oder nur beschränkt zulässig ist[852]. In einem Kommentar zu Art. 6 UNO-Pakt II wird die Frage offengelassen, ob es Staaten erlaubt ist, die Tötung auf Verlangen zuzulassen. Wenn es erlaubt wäre, müsste der Staat dafür sorgen, dass die Einwilligung authentisch sei und es müsste genau festgelegt werden, in welcher Form der Verzicht auf das Lebensrecht erfolgen müsste, um gültig zu sein[853].

Insgesamt erachtet eine Mehrheit der Stimmen in der Lehre ein Verbot der Tötung auf Verlangen als zulässig. Die Diskussion zur Diskriminierung von Menschen, welche ihr Leben nicht ohne Hilfe Dritter beenden können, betrifft in erster Linie Jurisdiktionen, in denen die Suizidhilfe verboten ist. In der Schweiz ist die Suizidhilfe auch dann straffrei, wenn die Drittperson ein Glas mit dem Sterbemittel zum Mund führt oder ein Röhrchen an den Mund setzt[854]. Somit hat das Verbot der Tötung auf Verlangen nicht zur Folge, dass z.B. TetraplegikerInnen die Beendigung des eigenen Lebens verunmöglicht wird.

850 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 146.
851 Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an das EJPD (März 1999), S. 22.
852 Breitenmoser, Privatsphäre, S. 135.
853 Dinstein, Right to Life, S. 121: «If a state is permitted to excuse euthanasia, it is indispensable to assure that the consent is authentic and to set the precise form in which waiver of the right to life must be expressed to be valid.».
854 BSK StGB-Schwarzenegger, Art. 115 N 11.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

III. Abbruch oder Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen

Nachfolgend wird zunächst auf die EMRK-Konformität der Strafbarkeit des Behandlungsabbruchs bzw. -verzichts im schweizerischen Recht eingegangen. Daran anschliessend wird untersucht, unter welchen Voraussetzungen der Abbruch bzw. die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen gegen den Willen der betroffenen Person, auf Wunsch der betroffenen Person sowie bei fehlender Information über den Patientenwillen zulässig ist. Abschliessend wird das Urteil des EGMR im Fall Lambert gegen Frankreich dargestellt und dessen Bedeutung für die Rechtslage in der Schweiz untersucht.

1. EMRK-Konformität der StGB-Regelung

Die Europäische Kommission für Menschenrechte[855] hat im Jahr 1993 festgehalten, dass die Schweiz ihre Pflicht zum Schutz des Lebens mit den Bestimmungen des Strafgesetzbuches zur Strafbarkeit von Tötungsdelikten erfüllt[856]. Der Beschwerdeführer hatte argumentiert, dass das schweizerische Recht nicht erlaube, Fälle von passiver Sterbehilfe angemessen zu untersuchen. Es gäbe viele Fälle, in denen Menschen infolge passiver Sterbehilfe stürben, ohne dass der Tatbestand der fahrlässigen Tötung erfüllt sei. In diesen Fällen würde das Recht auf Leben der betroffenen Personen verletzt, ohne dass diese Verletzung strafrechtlich verfolgt würde[857]. Der Beschwerdeführer rügte darüber hinaus auch eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens und des Rechts auf wirksame Beschwerde[858]. Die EKMR hat in ihrem Entscheid festgehalten, dass das schweizerische Strafgesetzbuch dem von der EMRK verlangten gesetzlichen Schutz des Lebens entspricht. Dem schweizerischen Gesetzgeber könne daher nicht vorgeworfen werden, dass er keine Bestimmung zur Bestrafung der passi-

855 Die Europäische Kommission für Menschenrechte war ein Organ des Europarats und wurde mit dem Inkrafttreten des Protokolls Nr. 11 zur EMRK über die Umgestaltung des durch die Konvention eingeführten Kontrollmechanismus per 1. November 1998 abgeschafft bzw. durch den ständigen Gerichtshof abgelöst.

856 Entscheid der EKMR 20527/92 vom 10. Februar 1993 (Widmer gegen Schweiz), E. 1: «La Commission note que le Code pénal suisse punit les atteintes à la vie, notamment dans les cas où le comportement d'une personne remplit les éléments constitutifs de l'homicide par négligence, soit le fait d'avoir causé la mort d'une personne par une imprévoyance coupable en n'usant pas des précautions commandées par les circonstances ou par la situation personnelle de l'auteur. La Commission estime que cette protection accordée par la loi est suffisante pour permettre de dire que l'Etat défendeur a satisfait à l'obligation de protéger la vie, que lui impose l'article 2 (art. 2) de la Convention. Le législateur suisse ne saurait donc être critiqué pour s'être abstenu d'édicter une disposition punissant l'euthanasie passive.».

857 Entscheid der EKMR 20527/92 vom 10. Februar 1993 (Widmer gegen Schweiz), Beschwerdepunkt 1: «Il y aurait de nombreux cas où par euthanasie passive, une personne sera décédée, alors que des soins normaux eussent pu la sauver sans que cela ne soit constitutif d'homicide par négligence.».

858 Entscheid der EKMR 20527/92 vom 10. Februar 1993 (Widmer gegen Schweiz), Beschwerdepunkte 2 und 3.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ven Sterbehilfe erlassen habe[859]. Aus dem Entscheid geht leider nicht hervor, ob beim Vater des Beschwerdeführers passive Sterbehilfe auf dessen Wunsch geleistet wurde und ob dies aus Sicht der EKMR für die Vereinbarkeit mit dem Recht auf Leben relevant war.

2. *Abbruch oder Nichtaufnahme gegen den Willen der betroffenen Person*

Der Abbruch und die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen verstossen dann gegen das aus dem Recht auf Leben fliessende Tötungsverbot, wenn sie gegen den Willen der betroffenen Person erfolgen und kausal für den Todeseintritt sind[860]. Bei der Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen ist für eine Strafbarkeit darüber hinaus eine Garantenstellung der nicht handelnden Person erforderlich[861]. Je nachdem, ob die für den Abbruch oder die Nichtaufnahme verantwortliche Person mit Vorsatz oder fahrlässig handelt, erfüllt sie den Straftatbestand der vorsätzlichen (Art. 111 StGB) oder der fahrlässigen Tötung (Art. 117 StGB). In besonderen Fällen ist auch eine Strafbarkeit wegen Mordes (Art. 112 StGB) oder Totschlags (Art. 113 StGB) möglich.

Intensivmedizinische Massnahmen dürfen allerdings nur begonnen oder fortgesetzt werden, wenn Aussicht darauf besteht, dass ein Weiterleben mit angemessener Lebensqualität ausserhalb des akutmedizinischen Umfelds ermöglicht wird[862]. Wenn der Tod unabhängig von der Aufnahme oder Weiterführung lebenserhaltender Massnahmen unmittelbar bevorsteht, sind Abbruch oder Nichtaufnahme von intensivmedizinischen Massnahmen somit auch gegen den Willen der betroffenen Person zulässig[863]. Aufgrund ihrer Wirkungslosigkeit handelt es sich bei diesen Massnahmen nicht um lebenserhaltende Massnahmen[864]. Aus dem Recht auf Leben lässt sich m.a.W. kein Anspruch auf wirkungslose intensivmedizinische Massnahmen ableiten[865].

Auf die Frage, wann eine medizinische Massnahme wirkungslos ist, gibt es keine eindeutige Antwort. In den Richtlinien der SAMW zum Umgang mit Sterben und Tod wird die Wirkungslosigkeit als Verschlechterung des Zustands der

859 Entscheid der EKMR 20527/92 vom 10. Februar 1993 (Widmer gegen Schweiz), E. 1: «Le législateur suisse ne saurait donc être critiqué pour s'être abstenu d'édicter une disposition punissant l'euthanasie passive.».
860 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 48 ff.
861 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 48; beim Abbruch einer lebenserhaltenden Massnahme ergibt sich die Garantenstellung aus Ingerenz.
862 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.1.1. (Unterlassung und Abbruch lebenserhaltender Massnahmen).
863 Candreia/Scholl, Rahmenbedingungen, S. 252; Rehberg, Arzt und Strafrecht, S. 319.
864 Der Begriff «lebenserhaltende Massnahmen» wird jedoch häufig als Sammelbegriff u.a. für künstliche Beatmung oder Ernährung verwendet, unabhängig von der tatsächlichen Wirkung dieser Massnahmen.
865 Urteil des Bundesgerichts 2P.207/1997 vom 16. Januar 1998, E. 2b; Hangartner, Sterbehilfe, S. 82; Mathieu, Right to life, S. 77.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

PatientIn unter voller Intensivtherapie definiert. Demgegenüber ist Aussichtslosigkeit dann gegeben, wenn keine Aussicht auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld mehr besteht[866].

Die Nichtaufnahme oder der Abbruch wirkungsloser medizinischer Massnahmen verstossen nicht gegen das Recht auf Leben, da sie keinen Einfluss auf den Todeszeitpunkt haben. Somit sind diese Handlungen oder Unterlassungen vor dem Hintergrund der Rechts auf Leben auch dann zulässig, wenn sie gegen den Willen des sterbenden Menschen vorgenommen werden. Die Menschenwürde gebietet es jedoch, dass vor dem Abbruch einer wirkungslosen Therapie das Gespräch mit dem sterbenden Menschen und ggf. mit den Angehörigen geführt wird. Der Abbruch einer wirkungslosen Massnahme ist anschliessend aber auch dann zulässig, wenn der sterbende Mensch oder die Angehörigen die Weiterführung verlangen. Die Weiterführung wirkungsloser medizinischer Massnahmen kann auch gegen das Recht auf Schutz vor unmenschlicher Behandlung (Art. 10 Abs. 3 BV) verstossen. Diese Thematik wird im entsprechenden Kapitel behandelt[867].

Anders zu bewerten sind der Abbruch oder die Nichtaufnahme medizinischer Massnahmen, die nicht wirkungslos, sondern lediglich aussichtslos sind. Aussichtslosigkeit ist gemäss SAMW-Richtlinien dann gegeben, wenn keine Aussicht auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld mehr besteht[868]. Bei dieser Definition fliessen im Unterschied zur klarer festgelegten Wirkungslosigkeit (Verschlechterung des Zustands unter voller Intensivtherapie) persönliche Wertungen mit ein. Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen davon, was ein angemessenes Lebensumfeld ist. Der Abbruch oder die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen sind bei Aussichtslosigkeit deshalb nur mit dem Einverständnis der betroffenen Person oder, wenn diese urteilsunfähig ist, ihrer Angehörigen zulässig. Die entsprechende Regelung im Erwachsenenschutzrecht ist unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben nicht zu beanstanden[869]. Der Abbruch oder die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen verstösst m.a.W. trotz Aussichtslosigkeit gegen das Recht auf Leben, wenn die betroffene Person im Wissen um die Aussichtslosigkeit (d.h. die fehlende Aussicht auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld) die Aufnahme oder Weiterführung dieser Massnahmen wünscht. Denn das künstlich verlängerte Leben darf auch bei Sterbenden nicht als sinnlos qualifiziert werden[870]. Es besteht immer die Möglichkeit, dass das Lebensumfeld nur aus Sicht des Behandlungsteams kein angemessenes

866 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.1. (Glossar).
867 § 10, II (Verbot unmenschlicher Behandlung).
868 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.1. (Glossar, S. 32).
869 Zoryan, Patientenverfügung, S. 83 und 101 f.
870 Donatsch, Ernähren, S. 1049.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mehr ist, während die betroffene Person dasselbe Lebensumfeld als angemessen empfindet.

Für zerebral schwerst geschädigte Menschen gilt nichts anderes. Weil diese in der Regel nicht (mehr) kommunizieren können[871], ist es ihnen nicht möglich, einen allenfalls bestehenden Willen auf Weiterführung lebenserhaltender Massnahmen auszudrücken. Der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen ist auch bei zerebral schwerst geschädigten Menschen nur zulässig, wenn dies ihrem mutmasslichen Willen entspricht.

3. *Abbruch oder Nichtaufnahme auf Wunsch der betroffenen Person*

Das Recht auf Leben ist nicht verletzt, wenn eine lebenserhaltende Massnahme auf Wunsch der betroffenen Person abgebrochen oder gar nicht erst aufgenommen wird[872]. Dieser Wunsch kann von einer urteilsfähigen Person direkt geäussert werden oder bei fehlender Urteilsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt geäussert worden sein. Die Biomedizinkonvention sieht in Art. 9 explizit vor, dass früher geäusserte Wünsche im Hinblick auf eine medizinische Intervention zu berücksichtigen sind. Die parlamentarische Versammlung des Europarats hat in ihrer Empfehlung zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von terminal Erkrankten und Sterbenden festgehalten, dass die Ablehnung spezifischer medizinischer Behandlungen in einer Patientenverfügung zu beachten ist[873].

Der Entscheid, auf eine lebenserhaltende Behandlung zu verzichten, ist sowohl durch das Recht auf Leben als auch durch das Recht auf persönliche Freiheit und die Menschenwürde geschützt[874]. Die EMRK schützt diesen Entscheid im Rahmen des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens[875]. Dies gilt selbstverständlich nur unter der Voraussetzung, dass die Person von der lebenserhaltenden Funktion des Massnahme weiss und dementsprechend den Tod als

871 In der Präambel der SAMW-Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten werden diese wie folgt definiert: «Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten sind Menschen, bei welchen krankheits- oder verletzungsbedingte Hirnschädigungen zu einem langdauernden Zustand persistierender Bewusstlosigkeit oder schwerster Beeinträchtigung des Bewusstseins mit höchstwahrscheinlich irreversiblem Verlust der Kommunikationsfähigkeit geführt haben. Ein Wiedererlangen des Bewusstseins oder selbstständiger Willensäusserungen ist kaum mehr zu erwarten.».

872 Hangartner, Sterbehilfe, S. 76; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 119; Kiener, Suizidhilfe, S. 275; Mathieu, Right to life, S. 74 f.; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 153.

873 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999), Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9.b.4: «to ensure that a currently incapacitated terminally ill or dying person's advance directive or living will refusing specific medical treatments is observed.».

874 Hangartner, Sterbehilfe, S. 79.

875 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 63; Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK, N 270.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Folge des Abbruchs in Kauf nimmt[876]. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, liegt ein wirksamer Grundrechtsverzicht vor[877]. Der Staat muss sicherstellen, dass ein Entscheid über die Beendigung des Lebens tatsächlich dem freien Willen des Sterbewilligen entspricht[878].

Die fehlende Einwilligung in die Fortführung oder Aufnahme einer lebenserhaltenden Massnahme ist unabhängig von der Nachvollziehbarkeit des Sterbewillens zwingend zu beachten. Dies gilt somit auch in Situationen, in denen ein Mensch bei Aufnahme oder Weiterführung der lebenserhaltenden Massnahme noch lange und ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterleben würde. Die Auffassung, wonach der Wille zum Behandlungsabbruch nur beim Leiden an einer unheilbaren Krankheit verbindlich sein soll[879], ist in Übereinstimmung mit der ganz überwiegenden Meinung zu dieser Frage[880] abzulehnen.

Bei entsprechendem Wunsch der betroffenen Person sind der Abbruch oder die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen nicht nur zulässig, es besteht vielmehr ein Anspruch darauf[881]. Das in Art. 10 Abs. 2 BV und in Art. 8 EMRK verankerte Recht auf persönliche Freiheit geht dem Recht auf Leben vor und führt zu einem Anspruch auf Abbruch bzw. Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen. Die Aufnahme oder Weiterführung von lebenserhaltenden Massnahmen gegen den Willen der betroffene Person verletzen nicht nur deren Recht auf persönliche Freiheit, sondern infolge fehlender bzw. weggefallener Einwilligung auch das Recht auf körperliche Integrität. Aus dem Anspruch auf Abbruch oder Nichtaufnahme von lebenserhaltenden Massnahmen ergibt sich eine staatliche Schutzpflicht zur Gewährleistung, dass der entsprechende Wunsch respektiert wird[882].

Es kommt vor, dass eine Person in der Vergangenheit festgelegt hat, dass sie unter gewissen Voraussetzungen die Aufnahme oder Weiterführung lebenserhaltender Massnahmen ablehnt und beim Eintritt dieser Voraussetzungen nicht mehr urteilsfähig ist. Wenn Anzeichen dafür bestehen, dass die Person in dieser Situation weiterleben möchte, gebietet es das Recht auf Leben, die lebenserhaltenden Massnahmen weiterzuführen bzw. aufzunehmen. Schwierig zu beurteilen sind jedoch Situationen, in denen keine konkreten Äusserungen mehr möglich

876 Hangartner, Sterbehilfe, S. 73: «Es ist aber darauf zu achten, dass der Wunsch eines Patienten, ihn sterben zu lassen, tatsächlich seinem Willen entspricht.».
877 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 24.
878 Hangartner, Sterbehilfe, S. 73; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 119.
879 Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
880 Arzt, Tod, S. 310 f.; Burkart, Würde, S. 126; Hangartner, Sterbehilfe, S. 79; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 120; Kiener, Suizidhilfe, S. 275; Mathieu, Right to life, S. 75; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 153; Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK, N 270.
881 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 63; Candreia/Scholl, Rahmenbedingungen, S. 251; Hangartner, Sterbehilfe, S. 72; Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK, N 272.
882 Hangartner, Sterbehilfe, S. 73.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sind, wie zum Beispiel bei einer fortgeschrittenen Demenz. Es ist umstritten, ob in solchen Fällen von einer allgemeinen Zufriedenheit auf einen Willen zum Weiterleben geschlossen werden muss, welcher den im Vorfeld geäusserten Willen umstösst. Während Geth in solchen Fällen das Sterbenlassen von Dementen trotz sichtbarer Lebensfreude bei einem sogenannten «Identitätsbruch» befürwortet[883], können gemäss Aebi-Müller die Äusserungen von Urteilsunfähigen im Rahmen der Bestimmung des mutmasslichen Willens «durchaus von entscheidender Bedeutung sein»[884].

4. *Abbruch oder Nichtaufnahme bei fehlender Information über den Patientenwillen*

Häufig ist nicht bekannt, ob Menschen, deren Leben von der Aufnahme oder Weiterführung lebenserhaltenden Massnahmen abhängt, diese Massnahmen wünschen oder nicht. Aus dem Recht auf Leben fliesst eine staatliche Schutzpflicht zur Festlegung des Vorgehens bei unbekanntem Patientenwillen[885]. Bei Konstellationen, in denen der Abbruch oder die Nichtaufnahme selbst gegen den Willen der betroffenen Person zulässig sind (vgl. oben), ist dies auch bei fehlender Information über den Patientenwillen erlaubt. Der Abbruch oder die Nichtaufnahme von lebenserhaltenden Massnahmen ist auch bei urteilsunfähigen Menschen zulässig, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass dies ihrem Willen entspricht. Solche Anhaltspunkte können sich aus einer Patientenverfügung oder aus früheren Gesprächen mit Angehörigen oder mit dem Behandlungspersonal ergeben[886].

Der Begriff des mutmasslichen Willen ist jedoch breiter und lässt auch die Berücksichtigung von wenig konkreten Anhaltspunkten wie z.B. allgemeinen Präferenzen der betroffenen Person zu. Hinzu kommt die Möglichkeit, dass sich häufig nicht überprüfen lässt, was Angehörige oder Dritte von der betroffenen Person behaupten gehört zu haben[887]. Aus diesem Grund ist die Figur des mutmasslichen Willens als Grund für den Abbruch oder die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen gemäss Hangartner grundrechtlich bedenklich[888]. Unter den Begriff des mutmasslichen Willens fällt sowohl der kurz vor Eintritt einer Bewusstlosigkeit klar geäusserte und auf umfassender Information basierende Wille als auch ein mutmasslicher Wille, der auf wenig konkreten und vor langer Zeit empfundenen Präferenzen basiert. Dies ist bei der Zulässigkeit des Ab-

883 Geth, Sterbehilfe, S. 80 ff.
884 Aebi-Müller et al., Arztrecht, S. 189.
885 Zoryan, Patientenverfügung, S. 83.
886 Mathieu, Right to life, S. 79.
887 Siehe dazu Rixen, Euthanasie, S. 697 («Der mutmaßliche Wille als Einfallstor der Fremdbestimmung»).
888 Hangartner, Sterbehilfe, S. 81.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bruchs oder der Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen und der dazu erforderlichen Abwägung zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf persönliche Freiheit zu berücksichtigen. Es ist m.a.W. zulässig, lebenserhaltende Massnahmen gestützt auf einen hinreichend konkreten mutmasslichen Willen abzubrechen oder gar nicht erst aufzunehmen. Demgegenüber ist umstritten, ob das Recht auf Leben verletzt ist, wenn solche Massnahmen lediglich gestützt auf diffuse und/oder vor langer Zeit geäusserte Präferenzen der betroffenen Person eingestellt bzw. nicht aufgenommen werden. Nach Ansicht von Schweizer ist fremdbestimmte passive Sterbehilfe «nur in einem eng begrenzten Kreis von Fällen rechtlich zulässig»[889]. Gemäss Hangartner «[trägt] die Berufung auf den mutmasslichen Willen [...] die Tendenz in sich, die Fälle passiver Sterbehilfe unangemessen auszudehnen und damit das Grundrecht auf Leben zu verletzen»[890]. Jaag/Rüssli bejahen die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs oder -verzichts gestützt auf den mutmasslichen Willen nach dem Einsetzen des Sterbeprozesses sowie bei zerebral schwerst Geschädigten und lassen offen, ob allenfalls sogar ein Anspruch darauf besteht[891].

Der EGMR hat in einem Urteil aus dem Jahr 2015 eine Verletzung des Rechts auf Leben durch die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen verneint und in der Begründung unter anderem einen Satz aus dem Urteil der Vorinstanz (Conseil d'État, Frankreich) zitiert. Der Conseil d'État hatte festgehalten, «dass dann, wenn die Wünsche eines Patienten unbekannt sind, nicht angenommen werden könne, er würde es ablehnen, am Leben erhalten zu werden»[892]. Aus dem Urteil des EGMR geht jedoch nicht hervor, ob er sich dieser Auffassung vollumfänglich anschliesst und ob das Recht auf Leben verletzt wäre, wenn die Wünsche einer PatientIn unbekannt sind. Er hält lediglich fest, dass das französische Gesetz und seine Interpretation durch den Conseil d'État den Anforderungen von Art. 2 EMRK genügen[893]. Das Urteil des EGMR wird im Folgenden ausführlich besprochen[894].

In einem Fall aus dem Jahr 2004 hat der EGMR die Rechtmässigkeit eines Rea-Nein-Eintrags ohne Rücksprache mit dem Betroffenen bzw. dessen Mutter nicht geprüft, weil er aus anderen Gründen (Gabe von Morphium trotz Ablehnung durch die Mutter) eine Verletzung von Art. 8 EMRK festgestellt hat[895].

889 Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22, wobei der Autor kurz davor auch schreibt, dass der Wille des Kranken auf Verzicht lebenserhaltender Massnahmen klar erkennbar sein müsse, was die fremdbestimmte passive Sterbehilfe gänzlich ausschliessen würde.
890 Hangartner, Sterbehilfe, S. 82.
891 Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 121.
892 Zitiert aus der deutschen Übersetzung des EGMR-Urteils (NLMR 3/2015), Ziff. 159.
893 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 160.
894 § 6, III, 5 (Urteil des EGMR zum Behandlungsabbruch).
895 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 83: «In view of that conclusion, it does not consider it necessary to examine separately the applicants' com-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5. Urteil des EGMR zum Behandlungsabbruch

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat im Urteil Lambert et al. gegen Frankreich den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen bei einer dauernd kommunikationsunfähigen PatientIn als EMRK-konform beurteilt und eine Verletzung des Rechts auf Leben verneint[896].

Vincent Lambert erlitt bei einem Autounfall im Jahr 2008 schwere Kopfverletzungen, war seither Tetraplegiker (gleichzeitige Lähmung aller vier Gliedmassen) und befand sich in einem Zustand völliger Abhängigkeit[897]. Im Jahr 2011 wurde sein Status als minimal-bewusst und im Jahr 2014 als chronisch vegetativ beurteilt[898]. Gestützt auf das französische Gesetz zu Patientenrechten und Lebensende[899] entschied der zuständige Arzt im Jahr 2012 unter Einbezug der Ehefrau von Vincent Lambert, die Ernährung einzustellen und die Flüssigkeitszufuhr zu reduzieren[900]. Diese Entscheidung wurde u.a. von den Eltern des Betroffenen angefochten. Es folgten mehrere Gerichtsentscheide[901], wobei der Conseil d'État als letzte innerstaatliche Instanz mit Urteil vom 24. Juni 2014 festhielt, dass die Entscheidung des Arztes zur Einstellung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr rechtmässig sei[902]. Dieses Urteil wurde sodann an den EGMR weitergezogen, der zunächst das entsprechende Gesetz unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben überprüfte und dann sowohl das Gesetz als auch die Umsetzung im konkreten Fall als EMRK-konform beurteilte.

5.1. Allgemeine Erwägungen des Gerichtshofs

Der Gerichtshof hält zunächst fest, dass die vom Conseil d'État erlaubte Einstellung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht gegen die (negative) staatliche Pflicht zur Unterlassung von Tötungen verstosse[903]. In der Folge wird untersucht, ob der Staat seine aus dem Recht auf Leben fliessenden (positiven) Schutzpflichten wahrgenommen hat. Art. 2 EMRK verpflichtet den Staat zum Treffen geeigneter Vorkehrungen zum Schutz des Lebens. Im Bereich Public Health verlangen diese Verpflichtungen von Staaten, dass sie Regulierungen er-

plaint regarding the inclusion of the DNR notice in the first applicant's case notes without the consent and knowledge of the second applicant.».

896 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 182.
897 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 11.
898 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 11 und 13.
899 Loi no 2005–370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
900 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 14.
901 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 16–44.
902 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 45–51.
903 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 124.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lassen, die öffentliche und private Spitäler dazu zwingen, geeignete Massnahmen für den Schutz des Lebens ihrer PatientInnen zu ergreifen[904].

Die Prüfung der Einhaltung staatlicher Schutzpflichten durch den EGMR erfolgt in drei Schritten: Zunächst wird untersucht, ob im inländischen Recht ein regulatorischer Rahmen besteht, der mit den Anforderungen von Art. 2 EMRK kompatibel ist. Sodann wird überprüft, ob zu einem früheren Zeitpunkt geäusserte Wünsche des Betroffenen und von ihm nahestehenden Personen sowie von weiterem medizinischem Personal berücksichtigt wurden. Schliesslich müssen Möglichkeiten zur Anrufung eines Gerichts gegeben sein, für den Fall, dass Zweifel hinsichtlich der für die PatientIn besten Entscheidung bestehen[905].

Vor der Anwendung auf den konkreten Fall weist der Gerichtshof darauf hin, dass unter den Mitgliedstaaten des Europarats kein Konsens hinsichtlich der Zulässigkeit eines Verzichts auf künstliche lebensverlängernde Behandlung besteht, wenngleich dies in der Mehrheit der Staaten erlaubt ist[906]. Dementsprechend muss den Mitgliedstaaten im Bereich des Lebensendes ein Beurteilungsspielraum («margin of appreciation») zugestanden werden, der sich nicht nur auf die Zulässigkeit des Abbruchs künstlicher lebenserhaltender Massnahmen und deren Regelung bezieht, sondern auch auf die Mittel zum Ausgleich zwischen dem Schutz des Rechts auf Leben und dem Schutz des Rechts auf Achtung des Privatlebens und der Selbstbestimmung. Nichtsdestotrotz ist der Beurteilungsspielraum nicht unbegrenzt, weshalb sich der Gerichtshof die Befugnis zur Überprüfung des Einhaltung von Pflichten aus Art. 2 EMRK durch die Staaten vorbehält[907].

5.2. Gesetzlicher Rahmen in Frankreich

Zum gesetzlichen Rahmen hält der Gerichtshof fest, dass der Anwendungsbereich des Gesetzes im Urteil des Conseil d'État festgelegt worden ist. Dieser hatte festgehalten, dass sowohl aus dem Wortlaut der entsprechenden Bestimmungen als auch aus den parlamentarischen Beratungen klar hervorgehe, dass die Bestimmungen auf alle NutzerInnen des Gesundheitssystems anwendbar sind, unabhängig davon, ob diese sich am Lebensende befinden oder nicht. Auch der Berichterstatter des Gesetzes zu Patientenrechten und Lebensende bestätigte, dass dieses auf PatientInnen mit einer Hirnschädigung anwendbar sei, die sich in einem schlechten und unheilbaren Zustand befinden, ohne dass sie darüber hinaus am Lebensende stehen müssen[908].

904 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 140.
905 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 143.
906 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 147.
907 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 148.
908 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 152 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Unter dem Titel «The concept of treatment» äussert sich der Gerichtshof zur Frage, ob die Einstellung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr vom Gesetz erfasst wird. Dies hängt davon ab, ob die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als Behandlung qualifiziert wird, weil das Gesetz nur die Beschränkung oder den Abbruch einer *Behandlung* zulässt und die Beschwerdeführer argumentiert haben, bei der künstlichen Ernährung handle es sich um eine Form von *Pflege*. Der Gerichtshof zitiert zunächst den Conseil d'État, der gestützt auf den Gesetzestext und die parlamentarischen Beratungen festhielt, dass auch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als Form der Behandlung gelten[909]. Sodann verweist der Gerichtshof auf den Leitfaden des Europarats zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. Dieser hält fest, dass nicht nur Eingriffe mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands als Behandlungen gelten, sondern auch Massnahmen, die sich einzig auf die Symptome auswirken oder Eingriffe als Reaktion auf Organdysfunktionen[910]. Im Leitfaden wird auch darauf hingewiesen, dass die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in einzelnen Mitgliedstaaten als (unter gewissen Voraussetzungen einstellbare) Behandlung und in anderen als Pflege, die nur im Endstadium und auf Wunsch der PatientIn eingestellt werden darf, qualifiziert wird[911].

Nach dem französischen Gesundheitsgesetz gilt eine Behandlung als therapeutischer Übereifer («obstination déraisonnable»), wenn sie nutzlos oder unverhältnismässig ist oder keinen anderen Effekt als eine künstliche Lebenserhaltung hat[912]. Im Fall von Vincent Lambert wurde das letzte dieser drei Kriterien angewendet und die BeschwerdeführerInnen machten geltend, dieses sei zu unpräzise. Im Verfahren vor dem Conseil d'État äusserte sich der Berichterstatter des Patientenrechte- und Lebensende-Gesetzes dahingehend, dass mit dieser Formulierung eine künstliche Lebenserhaltung «im rein biologischen Sinn, unter Umständen, wo erstens der Patient einen schweren irreversiblen Hirnschaden hat und zweitens sein Zustand keine Aussicht auf Wiedererlangen von Selbstwahrnehmung oder Beziehungen mit anderen erwarten lässt»[913], gemeint sei. In die

909 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 154.

910 Europarat, Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende, S. 13.

911 Europarat, Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende, S. 14.

912 Art. L. 1110–5 Abs. 2 Code de la santé publique: «Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.».

913 Originalzitat aus der französischsprachigen Fassung des Urteils, Ziff. 157: «M. Leonetti a précisé que cette formulation, plus stricte que celle initialement envisagée de traitement « qui prolonge artificiellement la vie », était plus restrictive et faisait référence au maintien artificiel de la vie « au sens purement biologique, avec la double caractéristique qu'il s'agit d'un patient présentant des lésions cérébrales majeures et irréversibles et que son état ne présente plus de possibilité de conscience de soi et de vie relationnelle ».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gleiche Richtung äusserte sich der Conseil national de l'ordre des médecins: Wenn ein pathologischer Zustand chronisch geworden sei und dies zu einer physiologischen Verschlechterung und dem Verlust der kognitiven und relationalen Fähigkeiten geführt habe, könne die Weiterbehandlung als therapeutischer Übereifer angesehen werden, sofern keine Anzeichen zur Verbesserung ersichtlich seien[914].

In der Entscheidung des Conseil d'État äusserte sich dieser zu den Faktoren, welche die Ärzteschaft bei der Beurteilung des Vorliegens von therapeutischem Übereifer zu berücksichtigen hat: Dies sind einerseits medizinische Faktoren, die während einer ausreichend langen Zeitspanne gegeben sein, gemeinsam beurteilt werden und sich auf den aktuellen Zustand der PatientIn beziehen müssen, sowie die Änderungen dieses Zustands, das Ausmass des Leidens und die klinische Prognose. Andererseits sind auch nichtmedizinische Faktoren zu berücksichtigen, insbesondere die Wünsche der PatientIn, die durch die ÄrztIn besonders zu gewichten sind, und die Ansicht der Vertrauensperson, der Familie oder der PatientIn nahestehender Personen[915].

Der Gerichtshof weist darauf hin, dass der Conseil d'État in seinem Urteil zwei wichtige Schutzmechanismen aufgestellt hat: Erstens hielt er fest, der alleinige Umstand, dass eine Person irreversibel bewusstlos ist oder, a fortiori, dass die Person ihre Autonomie unwiederbringlich verloren hat und demzufolge von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr abhängig ist, führt für sich alleine nicht zu einer Situation, bei der die Fortführung der Behandlung als therapeutischer Übereifer ungerechtfertigt wäre. Zweitens hatte der Conseil d'État festgehalten, dass bei fehlendem Wissen über die Patientenwünsche nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese die Ablehnung einer lebensverlängernden Behandlung umfassen[916].

Gestützt auf diese Analyse erachtet der Gerichtshof das französische Gesetz zu Patientenrechten und Lebensende unter Berücksichtigung der Auslegung durch den Conseil d'État als genügend klaren gesetzlichen Rahmen mit Blick auf Art. 2 EMRK. Das Gesetz reguliert präzis die Entscheidungen der ÄrztInnen in Situationen wie jener von Vincent Lambert. Der Gerichthof kommt daher zum Ergebnis, dass Frankreich mit diesem Gesetz einen angemessenen regulatorischen Rahmen zum Schutz des Lebens der Patientinnen und Patienten erlassen hat[917].

914 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 157.
915 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 158.
916 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 159.
917 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 160.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.3. Der Entscheidprozess

Der Gerichtshof hält fest, dass trotz der Bezeichnung des Entscheidprozesses im französischen Recht als «kollektiv» und des Ablaufs mit verschiedenen Konsultationsphasen es letztlich die ÄrztIn ist, die alleine entscheidet. Die Patientenwünsche müssen berücksichtigt werden und die Entscheidung muss begründet und im Patientendossier abgelegt werden[918]. In Ländern, die einen Behandlungsabbruch zulassen, ohne dass eine Patientenverfügung vorliegt, existiert eine grosse Bandbreite von Regelungen zur finalen Entscheidung betreffend den Behandlungsabbruch. Die Entscheidung kann durch die ÄrztIn gefällt werden (dies ist die häufigste Variante), gemeinsam durch ÄrztIn und Familie, durch die Familie, eine Rechtsvertretung oder durch Gerichte[919].

Der Gerichtshof weist darauf hin, dass das kollektive Verfahren im vorliegenden Fall von September 2013 bis Januar 2014 gedauert hat und dass in jedem Stadium seiner Implementierung die gesetzlichen Anforderungen übertroffen wurden. Während das Verfahren die Konsultation einer zusätzlichen ÄrztIn und ggf. einer weiteren vorsieht, hat der zuständige Arzt vorliegend sechs weitere MedizinerInnen konsultiert, wobei eine davon durch die BeschwerdeführerInnen bestimmt wurde. Er hat zudem ein Treffen mit dem gesamten Pflegeteam sowie zwei Treffen mit der Familie (Ehefrau, Eltern und die acht Geschwister) durchgeführt. Nach diesen Besprechungen sprachen sich die Ehefrau des Betroffenen sowie sechs seiner Geschwister für einen Behandlungsabbruch aus, ebenso fünf der sechs hinzugezogenen ÄrztInnen, während sich die BeschwerdeführerInnen gegen diesen Schritt stellten. Der zuständige Arzt diskutierte die Situation auch mit dem Neffen von Vincent Lambert. Seine Entscheidung umfasste dreizehn Seiten (wobei eine gekürzte Version der Familie vorgelesen wurde) und enthielt eine sehr detaillierte Begründung. Der Conseil d'État hielt in seiner Entscheidung fest, dass die Begründung keine Unregelmässigkeit enthielt[920].

Der Conseil d'État kam zum Schluss, dass der Arzt im Einklang mit dem Erfordernis zum Einbezug der Familie gehandelt hatte und dass es rechtmässig gewesen ist, die Entscheidung trotz fehlender Einstimmigkeit so zu treffen. Der Gerichtshof hält fest, dass das französische Gesetz die Anhörung der Familie vorsieht (d.h. keine Teilnahme beim Fällen der Entscheidung), ohne für den Fall von Uneinigkeit das Herbeiführen einer Einigung zu verlangen. Auch sieht es keine bestimmte Reihenfolge der Gewichtung der Ansichten von Angehörigen vor, wie dies in anderen Ländern der Fall ist[921].

---

918 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 163.
919 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 165.
920 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 166.
921 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 167.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Der Gerichtshof weist auf das Fehlen einer Einigung zu diesem Thema hin und hält fest, dass die Organisation des Entscheidfindungsprozesses mitsamt der Bezeichnung der Person, welche die finale Entscheidung fällt, in den staatlichen Beurteilungsspielraum («margin of appreciation») fällt. Er weist darauf hin, dass das Verfahren im vorliegenden Fall lang und sorgfältig ausgefallen ist, wobei die gesetzlichen Anforderungen übertroffen worden sind und hält fest, dass das Verfahren trotz der fehlenden Zustimmung zum Ergebnis durch die Beschwerdeführer den Anforderungen von Art. 2 EMRK genügt[922].

5.4. Rechtsschutz

Schliesslich untersucht der Gerichtshof die Rechtsbehelfe, welche die Beschwerdeführer ergreifen konnten. Der Gerichtshof weist darauf hin, dass der Conseil d'État den Fall in Vollbesetzung (17 Mitglieder) behandelt habe, was bei Massnahmenverfahren höchst unüblich sei. In seinem Urteil habe der Conseil d'État festgestellt, dass die Untersuchung am Universitätsspital Liège bereits zweieinhalb Jahre zurücklag und befand es für notwendig, möglichst vollständige Informationen zu Vincent Lamberts Gesundheitszustand zu haben. Dazu habe er einen medizinischen Expertenbericht durch drei anerkannte Neurowissenschaftler angeordnet. Zudem habe er aufgrund des Ausmasses und der Schwierigkeit der aufgeworfenen Fragen die nationale Medizinakademie, die nationale Ethikkommission, den nationalen medizinischen Rat und Herrn Jean Leonetti (den Autor des Gesetzes) angefragt, allgemeine Beobachtungen als Amici Curiae einzureichen, um insbesondere die Konzepte von therapeutischem Übereifer und künstlicher Lebenserhaltung zu erläutern[923]. Der Gerichtshof weist weiter darauf hin, dass der Expertenbericht sehr fundiert erarbeitet worden sei. Der Conseil d'État habe in seinem Urteil zunächst die Vereinbarkeit der angewendeten Bestimmungen mit Art. 2, 8, 6 und 7 EMRK geprüft und anschliessend die Übereinstimmung der Entscheidung des zuständigen Arztes, Dr. Kariger, mit diesen Bestimmungen beurteilt. Dabei habe er insbesondere festgehalten, dass es aufgrund der Ergebnisse der Experten klar sei, dass Vincent Lamberts klinischer Zustand einem chronisch vegetativen Status entspreche, dass er ernsthafte und grosse Schädigungen erlitten habe, welche in Kombination mit der Zeitspanne von fünfeinhalb Jahren seit dem Unfall zum Ergebnis führten, dass der Zustand irreversibel sei und dass eine schlechte klinische Prognose bestehe. Aus Sicht des Conseil d'État bestätigten diese Ergebnisse diejenigen von Dr. Kariger[924].

922 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 168.
923 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 173.
924 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 175.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Der EGMR stellt fest, dass der Conseil d'État danach strebte, die Wünsche von Vincent Lambert festzustellen. Weil dieser weder eine Patientenverfügung erstellt noch eine Vertretungsperson bestimmt hatte, berücksichtigte der Conseil d'État die Aussagen seiner Frau. Er hielt fest, dass beide als Pflegefachpersonen tätig waren und dementsprechend Erfahrung mit PatientInnen mit lebenserhaltenden Massnahmen und mit Mehrfachbehinderungen hatten, häufig über ihre professionellen Erfahrungen diskutierten und Vincent Lambert den Wunsch geäussert habe, in einem Zustand hochgradiger Abhängigkeit nicht künstlich am Leben erhalten zu werden. Der Conseil d'État hielt fest, dass diese Aussagen, die im Kern von einem der Brüder von Vincent Lambert bestätigt wurden, von Lamberts Frau detailliert und mit den entsprechenden Daten geschildert worden seien. Er berücksichtigte auch, dass mehrere Geschwister von Vincent Lambert angaben, dass diese Schilderungen mit der Persönlichkeit, früheren Erfahrungen und Ansichten ihres Bruders übereinstimmten. Er stellte auch fest, dass die BeschwerdeführerInnen nicht geltend machten, dass Vincent Lambert sich in gegenteiliger Art geäussert hätte. Der Conseil d'État befolgte somit den vom Gesetz verlangten Einbezug der Familie[925]. Schliesslich hält der Gerichtshof fest, dass der Conseil d'État dazu berechtigt war, davon auszugehen, dass die eingereichten Aussagen genügend präzis waren, um festzustellen, welches die Wünsche von Vincent Lambert bezüglich des Abbruch oder der Weiterführung seiner Behandlung waren[926].

5.5. Schlussbemerkungen

Abschliessend weist der Gerichtshof nochmals darauf hin, dass es primär Sache der innerstaatlichen Behörden sei, zu verifizieren, ob die Entscheidung zum Abbruch einer Behandlung mit der innerstaatlichen Gesetzgebung und der EMRK vereinbar sei, und die Wünsche der PatientIn entsprechend dem nationalen Recht festzustellen. Die Rolle des Gerichtshofs bestand darin, zu überprüfen, ob der Staat seine Schutzpflichten gemäss Art. 2 EMRK eingehalten habe. Auf dieser Grundlage kommt der Gerichtshof zum Ergebnis, dass sowohl der gesetzliche Rahmen des nationalen Rechts in seiner Auslegung durch den Conseil d'État als auch der Entscheidfindungsprozess mit Art. 2 EMRK vereinbar sind. Hinsichtlich der Rechtsbehelfe kommt der Gerichtshof zum Ergebnis, dass der Fall Gegenstand einer detaillierten Untersuchung war, in deren Verlauf alle Ansichten eingebracht und alle Aspekte ausgeglichen berücksichtigt wurden. Damit kommt der Gerichtshof zum Ergebnis, dass die innerstaatlichen Behörden unter Berücksich-

925 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 176.
926 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 180.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tigung des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraum ihren aus Art. 2 EMRK fliessenden Schutzpflichten entsprochen haben[927].

5.6. *Ergebnis*

Als Ergebnis hält der Gerichtshof fest, dass Art. 2 EMRK durch die Umsetzung des Urteils des Conseil d'État nicht verletzt würde[928].

5.7. *Zusammenfassung*

Der EGMR fasst zunächst unter dem Titel «Allgemeine Erwägungen» seine bisherige Rechtsprechung zu Lebensende-Entscheidungen zusammen[929]. Sodann hält er fest, dass unter den Mitgliedstaaten kein Konsens zur Zulässigkeit der Einstellung lebenserhaltender Massnahmen besteht, auch wenn die Mehrheit der Mitgliedstaaten die Einstellung zu erlauben scheine («the majority of States appear to allow it»)[930]. Daraus leitet er einen Beurteilungsspielraum («margin of appreciation») sowohl betreffend die Zulässigkeit der Einstellung lebenserhaltender Massnahmen als auch betreffend die konkrete Ausgestaltung entsprechende Bestimmungen ab. Dieser Beurteilungsspielraum sei jedoch nicht unlimitiert und der Gerichtshof behalte sich vor, zu überprüfen, ob Mitgliedstaaten ihren Verpflichtungen aus Art. 2 EMRK nachkämen[931]. Im Urteil finden sich jedoch keine Kriterien, die den Beurteilungsspielraum konkretisieren[932].

Anschliessend beschreibt der Gerichtshof detailliert das Vorgehen der ÄrztInnen im konkreten Fall, wobei er immer wieder auf die Beurteilung desselben durch den Conseil d'État verweist. Nur an wenigen Stellen des 61 Seiten umfassenden Urteils finden sich Aussagen, die über den konkreten Fall hinausgehen und die dementsprechend als Richtschnur für die EMRK-Konformität des Behandlungsabbruchs herangezogen werden können.

Die Kernaussage des Urteils lautet somit, dass die französische Regelung des Behandlungsabbruch das Recht auf Leben nicht verletzt. Darüber hinaus lassen sich dem Urteil die folgenden Grundsätze entnehmen:

927 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 181.
928 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 182.
929 Der Abschnitt «General considerations» ist unterteilt in Unterabschnitte zu «Existing case-law» (Ziff. 136 ff.), «The context» (Ziff. 140 ff.) und «The margin of appreciation» (Ziff. 144 ff.). In allen drei Unterabschnitten wird jedoch im Wesentlichen die bisherige Rechtsprechung des Gerichtshofs zusammengefasst.
930 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 147.
931 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 148.
932 So auch Rixen, Euthanasie, S. 692: «Der EGMR meint zwar, der Ermessensspielraum sei nicht unbegrenzt und er überprüfe die Einhaltung der aus dem Lebensgrundrecht hergeleiteten Schutzpflicht. Nur benennt er keine Kriterien, anhand derer sich eine Überschreitung des Ermessensspielraums erkennen und überprüfen lässt.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Für das Einstellen einer lebenserhaltenden Behandlung ist keine Einigkeit unter den Angehörigen erforderlich[933].
- Aus Art. 2 EMRK können keine Anforderungen an das Verfahren abgeleitet werden, das einzuhalten ist, um eine mögliche Einigung sicherzustellen[934].
- Die Entscheidung zur Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung kann von einer ÄrztIn, von der Familie, von rechtlichen VertreterInnen oder von Gerichten getroffen werden[935].
- Die Organisation des Entscheidungsfindungsprozesses fällt in den Beurteilungsspielraum der Mitgliedstaaten[936].

5.8. Relevanz für die Rechtslage in der Schweiz

Das Urteil Lambert et al. gegen Frankreich ist für Staaten von besonderem Interesse, die eine detaillierte gesetzliche Regelung des Behandlungsabbruchs erlassen wollen. In der Schweiz sind seit dem Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts per 1. Januar 2013 keine Bestrebungen in diese Richtung mehr zu beobachten.

Wenn die Schweiz den Behandlungsabbruch detaillierter regeln wollte, als dies derzeit durch das Erwachsenenschutzrecht der Fall ist, könnte sie sich am französischen Gesetz, dessen EMRK-Konformität der EGMR bejaht hat, orientieren. Das Urteil enthält jedoch kaum allgemeine Ausführungen zu den konkreten Anforderungen von Art. 2 EMRK an eine gesetzliche Regelung. Insofern bietet es keine Hilfestellung, um die Rechtslage in der Schweiz auf ihre Konformität mit Art. 2 EMRK hin zu überprüfen.

5.9. Entwicklungen nach dem Urteil des EGMR

Einen Monat nach dem Urteil des EGMR informierte der neu zuständige Arzt[937] die Familienmitglieder über seine Entscheidung, ein neues Konsultationsverfahren im Hinblick auf einen Entscheid zur Einstellung der Behandlung einzuleiten. Dagegen erhob ein Bruder von Vincent Lambert Beschwerde, welche das Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne mit Urteil vom 9. Oktober 2015 abwies[938]. Im März 2016 wurde die Ehefrau von Vincent Lambert durch das Vor-

933 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 167.
934 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 162.
935 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 165.
936 Urteil des EGMR 46043/14 vom 5. Juni 2015 (Lambert et al. gegen Frankreich), Ziff. 168.
937 Der Arzt, dessen Entscheidung zum Verfahren vor dem EGMR führte, arbeitete im Zeitpunkt des Urteils nicht mehr im betreffenden Spital; europe1.fr vom 29. August 2014 (Le docteur de Vincent Lambert : «A un moment, j'ai franchi mes limites»).
938 Urteil des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne N°1501768 und 1501769 vom 9. Oktober 2015; vgl. auch Pressemitteilung des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne vom 9. Oktober 2015.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mundschaftsgericht als sein Vormund («tutelle») eingesetzt[939]. Im April 2018 entschied der neu zuständige Arzt, dass die lebenserhaltende Behandlung eingestellt werden soll[940]. Auf Antrag seiner Eltern ordnete das Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne kurz darauf ein Gutachten über den klinischen Zustand von Vincent Lambert an. Gleichzeitig suspendierte es den Entscheid zur Einstellung der lebenserhaltenden Behandlung bis zum Zeitpunkt seines Urteils[941]. Mit Urteil vom 31. Januar 2019 hat das Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne entschieden, dass die Aufrechterhaltung der Pflege und Behandlung von Vincent Lambert als therapeutischer Übereifer («obstination déraisonnable») im Sinne des Gesetzes zu Patientenrechten und Lebensende zu qualifizieren wäre[942]. Der Wille von Vincent Lambert, in diesem Zustand keine Lebenserhaltung zu wünschen, sei erstellt. Dementsprechend hat das Gericht den Antrag auf Aussetzung des Beschlusses zur Einstellung der künstlichen Ernährung abgelehnt[943]. Gegen dieses Urteil haben die Eltern von Vincent Lambert Berufung beim Conseil d'État eingelegt. Der Conseil d'État hat am 24. April 2019 entschieden, dass die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr eingestellt werden darf[944]. Sechs Tage später hat der EGMR ein dagegen gerichtetes Gesuch um Erlass vorsorglicher Massnahmen abgewiesen[945]. Der UNO-Behindertenrechte-Ausschuss hat am 3. Mai 2019 Frankreich dazu aufgefordert, die Behandlung von Vincent Lambert vorerst nicht einzustellen. Frankreichs Gesundheitsministerin hat eine Antwort auf diese Aufforderung in Aussicht gestellt und gleichzeitig festgehalten, dass Frankreich rechtlich nicht dazu verpflichtet sei, diese Aufforderung zu respektieren[946]. Am 20. Mai 2019 hat der EGMR ein weiteres Gesuch um Erlass vorsorglicher Massnahmen abgewiesen[947]. Gleichentags wurde die lebenserhaltende Behandlung eingestellt und nach einem ebenfalls an diesem Tag gefällten Urteil des

939 lefigaro.fr vom 10. März 2016 (La justice confie la tutelle de Vincent Lambert à sa femme).
940 Pressemitteilung des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne vom 20. April 2018.
941 Verfügung des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne N° 1800820 vom 20. April 2018, S. 13.
942 Pressemitteilung des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne vom 31. Januar 2019.
943 Urteil des Tribunal administratif de Châlons-en Champagne N°1800820 vom 31. Januar 2019, Ziff. 24: «Il résulte de tout ce qui précède, d'une part, que le maintien des soins et traitements constitue une obstination déraisonnable au sens des textes précités et d'autre part, que la volonté de M. P... K... de ne pas être maintenu en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans l'état qui est le sien depuis maintenant dix ans, est établie. Il suit de là que les conclusions de la requête tendant à la suspension de la décision du 9 avril 2018 doivent, et sans qu'il soit besoin d'ordonner une nouvelle expertise, être rejetées.».
944 Conseil d'État, Ordonnance du 24 avril 2019, Interruption des traitements de V. Lambert.
945 Pressemitteilung des EGMR vom 30. April 2019 : Withdrawal of Vincent Lambert's treatment: Court denies request for suspension.
946 Artikel in Le Monde vom 5. Mai 2019 (Affaire Lambert : la France n'est «pas tenue» par l'avis du comité de l'ONU).
947 Pressemitteilung des EGMR vom 20. Mai 2019: Vincent Lambert: request for interim measures rejected.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Pariser Appellationsgerichts[948] wieder aufgenommen. Nachdem der Kassationshof dieses Urteil mit Entscheid vom 28. Juni 2019 aufgehoben hatte[949], wurde die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr am 2. Juli 2019 erneut eingestellt[950]. Am 11. Juli 2019 ist Vincent Lambert gestorben[951].

IV. Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung

1. Vorbemerkung

Weil die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung grundsätzlich zulässig und gleichzeitig kaum kontrollierbar ist, birgt sie ein Missbrauchspotential. Es kommt vor, dass Medikamente zur Symptombekämpfung bewusst in einer Dosis verabreicht werden, die über das effektiv zur Symptombekämpfung Notwendige hinausgeht.

Studien zeigen, dass in der Schweiz bei fast zwei von drei erwarteten Todesfällen (63%) im Vorfeld intensivierte Symptombekämpfung eingesetzt[952] und dabei eine Lebensverkürzung in Kauf genommen wird[953]. Weil die intensivierte Symptombekämpfung häufig mit einem Behandlungsabbruch oder -verzicht kombiniert wird, kann man danach fragen, welches die «wichtigste» Entscheidung ist[954] und eine entsprechende Priorisierung vornehmen[955]. Der Sinn einer solchen Priorisierung wird allerdings von den AutorInnen entsprechender Studien selber hinterfragt[956]. Weil die intensivierte Symptombekämpfung häufig mit einem Behandlungsabbruch kombiniert wird, führt die Priorisierung bzw. die Zuordnung von Todesfällen zu einer einzigen Entscheidung am Lebensende zu deutlich tieferen

948 Pressemitteilung der cour d'appel de Paris vom 20. Mai 2019: La cour d'appel de Paris ordonne la reprise des soins de Vincent Lambert.
949 Urteil der Cour de cassation n°647 vom 28. Juni 2019.
950 Artikel in Le Monde vom 8. Juli 2019 (« Nous ne pouvons que nous résigner » : les parents de Vincent Lambert ne déposeront plus de recours).
951 Artikel in Le Monde vom 11. Juli 2019 (Vincent Lambert est mort, neuf jours après le début de l'arrêt des traitements).
952 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897.
953 Bosshard et al., Comparison, S. 555: Die Todesfälle wurden dann der Kategorie «Intensified alleviation of symptoms» zugewiesen, wenn die Frage «Did you or another physician intensify the alleviation of pain and/or symptoms while taking into account the possible hastening of death?» von den zuständigen Ärzten bejaht wurde.
954 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897: «Diese Zahlen beziehen sich auf die wichtigste medizinische Entscheidung am Lebensende im jeweiligen Fall.».
955 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897: «Dabei hatten [...] aktive Formen der Sterbehilfe Priorität vor passiven oder indirekten Formen; indirekte Sterbehilfe hatte Priorität vor passiver Sterbehilfe, ausser wenn bei letzterer vom Arzt eine ausdrückliche Absicht zur Beschleunigung des Todeseintritts angegeben wurde.».
956 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897: «Der Sinn einer solchen Priorisierung ist diskutabel, denn Kombinationen einzelner Sterbehilfeentscheidungen sind eher die Regel als die Ausnahme».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Zahlen[957]. Zudem erwecken diese Zahlen den Eindruck, dass der Anteil von Todesfällen, bei denen im Vorfeld eine intensivierte Symptombekämpfung eingesetzt wurde, zwischen 2001 und 2013 abgenommen habe[958]. Tatsächlich haben sie aber zugenommen[959].

2. *Abgrenzung zur palliativen Sedierung*

Auch die palliative Sedierung dient der Symptombekämpfung. Da für korrekt durchgeführte Sedierungen in verschiedenen Studien bisher kein lebensverkürzender Effekt nachgewiesen werden konnte[960], gehören sie grundsätzlich nicht in die Kategorie der Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung[961]. Allerdings wurden diese Studien mit Daten aus Italien[962], Japan[963] und anderen Ländern[964] durchgeführt, während Befragungen in der Schweiz zeigen, dass die meisten ÄrztInnen,

957 So sind in der Tabelle bei Bosshard et al., Comparison, S. 555, für das Jahr 2001 nur 22 Prozent und für das Jahr 2013 nur 21 Prozent der Todesfälle der Kategorie «Intensified alleviation of symptoms» zugewiesen. Dies liegt daran, dass diejenigen Todesfälle, in denen sowohl «Intensified alleviation of symptoms» als auch «Forgoing life-prolonging treatment» bejaht wurde, jeweils nur einer dieser Kategorien zugewiesen wurden.

958 Schmid et al., End-of-life decisions, S. 3: «In contrast to forgoing life-prolonging treatment, the percentage of deaths that were preceded by intensified alleviation of pain/symptoms as the most important end-of-life decision remained almost stable – **32.0% (30.0 – 33.9%) in 2001 and 29.8%**.» (Hervorhebung hinzugefügt).

959 Schmid et al., End-of-life decisions, S. 4: «When cases in which this was not the most important end-of-life decision were also included, the prevalence of forgoing treatment rose from 41.1% to 59.9% in 2001 and from 49.3% to 70.0% in 2013. Similarly, the total prevalence of intensified alleviation of pain/symptoms rises from 32.0% to **51.8% in 2001** and from 29.8% to **63.4% in 2013**.» (Hervorhebung hinzugefügt).

960 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.» 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).».

961 Gemäss Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 897, ist die terminale Sedierung lediglich «nicht zwingend» mit einer Lebensverkürzung verbunden; dies gilt jedoch auch für die intensivierte Symptombekämpfung und kann somit nicht als Grund für die separate Behandlung (ausserhalb der fünf Lebensende-Entscheidungen) angeführt werden.

962 Maltoni et al., Sedation, S. 1163.

963 Maeda et al., Sedation, S. 115.

964 Beller et al., Sedation, S. 8, haben 14 Studien mit Daten aus Australien, Deutschland, Italien, Japan, den Niederlanden, Singapur, Spanien, Südafrika, Taiwan und dem Vereinigten Königreich berücksichtigt. Maltoni et al., Survival, S. 1380, haben Studien mit Daten aus Australien, Deutschland, Italien, Japan, den Niederlanden, Südafrika, Taiwan und dem Vereinigten Königreich berücksichtigt.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

die Sedierungen durchführen, von einer Lebensverkürzung ausgehen. Dies gilt sowohl für AllgemeinmedizinerInnen[965] als auch für ÄrztInnen in Akutstationen[966] und Rehabilitationszentren[967] sowie für PalliativmedizinerInnen[968]. Letztere gehen mehrheitlich davon aus, dass das Risiko einer Lebensverkürzung mit guten klinischen Fähigkeiten verhindert werden könne[969]. Dass die Ärzteschaft in der Schweiz bei der Sedierung eine Lebensverkürzung für möglich hält, zeigt sich auch daran, dass sich der Abschnitt zur Sedierung in den Richtlinien der SAMW zum Umgang mit Sterben und Tod im Kapitel mit dem Titel «Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen» befindet[970].

Auch wenn die fachgerecht durchgeführte Sedierung keinen lebensverkürzenden Effekt hat, ist zu beachten, dass Sedierungen sehr häufig gleichzeitig mit Massnahmen der intensivierten Symptombekämpfung eingesetzt werden[971].

Zur Bekämpfung von Schmerzen und Atemnot werden nicht dieselben Medikamente eingesetzt wie für die Sedierung. Schmerzen und Atemnot werden in der Palliative Care primär mit Opiaten[972] bekämpft[973], für die Sedierung werden demgegenüber vor allem Benzodiazepine eingesetzt[974].

Eine palliative Sedierung ist nur dann zulässig, wenn therapierefraktäre Symptome vorliegen, d.h. wenn der Einsatz aller verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten durch ein in Palliative Care kompetentes Team keine befriedigende Leidensverminderung erzielt hat[975]. Da eine korrekt durchgeführte Sedierung keine Lebensverkürzung bewirkt, ist sie unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben unproblematisch. Demgegenüber ist das Recht auf Leben verletzt, wenn eine Sedierung zu einer Lebensverkürzung führt. Es handelt sich nicht um einen Anwendungsfall der zulässigen Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung, weil bei korrekter Durchführung der Sedierung keine Lebensverkürzung eintreten würde.

965 Foley et al., Death Hastening, S. 477.
966 Foley et al., Death Hastening, S. 477.
967 Foley et al., Death Hastening, S. 478.
968 Foley et al., Death Hastening, S. 478 (betreffend Home Palliative Care Consult Teams). Im Abschnitt zu den Inpatient Palliative Care Consult Teams fehlt eine Aussage zur Frage, ob auch ÄrztInnen aus diesem Bereich von einer Lebensverkürzung ausgehen. ÄrztInnen in Palliative Care Units sagten, dass sie Sedierung «nicht zwingend» lebensverkürzend sei, wiesen aber auf Risiken bei der Einstellung von Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr hin (Foley et al., Death Hastening, S. 479).
969 Foley et al., Death Hastening, S. 477: «On the one hand, most GPs, acute care, and rehabilitation centers' physicians saw the shortening of life by sedation as inevitable. On the other hand, a majority of physicians in palliative care spoke rather of the risk of shortening life in some situations that could be avoided with good clinical skills.».
970 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. 6.1.3. (Sedierung).
971 Ziegler et al., Sedation: «Forgoing life-prolonging treatment with the explicit intention to hasten or not to postpone death combined with intensified alleviation of symptoms was very strongly associated with continuous deep sedation (OR 6.8, 95% CI 4.7 to 9.8).».
972 Zu den Begriffen «Opiat» und «Benzodiazepin»: § 2, V., 3. (Mittel zur Symptombekämpfung).
973 Kishner/Tran, Opioid Medications, S. 91; Ogden, Palliative Care, S. 198 f.
974 EAPC, Sedierung, S. 119.
975 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. III.1. (Glossar).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. *Lebensverkürzender Effekt der Symptombekämpfung*

Die Bekämpfung von Symptomen wie Schmerzen und Atemnot mit anderen Mitteln als der Sedierung kann (im Unterschied zur palliativen Sedierung) auch bei fachgerechter Durchführung einen lebensverkürzenden Effekt haben[976]. Bei korrekter Durchführung dieser Massnahmen ist eine Lebensverkürzung allerdings selten[977], wobei auch unter ÄrztInnen diesbezüglich wenig Klarheit besteht[978]. 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 relevant[979].

Wie bei der Sedierung bergen auch andere Formen der Symptombekämpfung ein Missbrauchspotential. Es kommt vor, dass Medikamente zur Symptombekämpfung bewusst in einer zu hohen Dosis verabreicht werden, um damit den Todeseintritt zu beschleunigen[980]. Dabei handelt es sich um Tötungshandlungen, die das Recht auf Leben verletzen. Der hohe Anteil von Fällen, in denen ÄrztInnen angeben, bei der Symptombekämpfung eine Lebensverkürzung in Kauf genommen zu haben[981], wirft Fragen auf.

4. *Zulässigkeit aus Sicht des Rechts auf Leben*

Bei der Beurteilung der Zulässigkeit eines lebensverkürzenden Symptombekämpfung ist danach zu unterscheiden, ob die Lebensverkürzung trotz korrekter Dosierung auftritt oder ob die Dosierung bewusst zur Beschleunigung des Sterbeprozesses über das zur Symptombekämpfung Notwendige angehoben wird.

976 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.».

977 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.» 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.».

978 Bosshard/de Stoutz/Bär, Sedativa, S. 124.

979 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.

980 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 63; Merkel, Patientenautonomie, S. 334; vgl. auch die Fallbeispiele bei Dettmeyer, Verdeckte Tötungshandlungen, S. 552 ff.

981 Gemäss Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 896, wurde im Jahr 2013 in der Schweiz in 63 Prozent der für eine Entscheidung am Lebensende in Frage kommenden Sterbefälle eine intensivierte Abgabe von Mitteln zur Schmerzlinderung dokumentiert, d.h. die zuständigen Ärzte haben die Frage «Did you or another physician intensify the alleviation of pain and/or symptoms while taking into account the possible hastening of death?» bejaht (Bosshard et al., Comparison, S. 555).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4.1. Zulässigkeit bei korrekter Dosierung

Wenn als Folge einer fachgerecht vorgenommenen Symptombekämpfung eine Lebensverkürzung eintritt, handelt es sich um einen Eingriff in das Recht auf Leben. Die Nichtbehandlung von Schmerzen oder Atemnot kann ihrerseits gegen das Verbot unmenschlicher Behandlung (Art. 10 Abs. 3 BV bzw. Art. 3 EMRK) verstossen[982]. Der Eingriff in das Recht auf Leben durch die Gabe von symptombekämpfender Medikation mit lebensverkürzendem Effekt kann gerechtfertigt werden, weil das Verbot unmenschlicher Behandlung im Einzelfall überwiegt. Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung ist somit grundrechtlich zulässig[983]. Die Frage, ob darüber hinausgehend ein Anspruch auf Symptombekämpfung mit möglicher Lebensverkürzung besteht, wird im Abschnitt zum Recht auf Schutz vor unmenschlicher Behandlung behandelt[984].

Die parlamentarische Versammlung des Europarats hat in ihrer Empfehlung zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von terminal Erkrankten und Sterbenden festgehalten, dass die Mitgliedstaaten sicherstellen sollen, dass Menschen am Lebensende angemessene Schmerzmedikation und Palliative Care erhalten, auch wenn entsprechende Behandlungen als Nebeneffekt eine Lebensverkürzung bewirken können[985]. Nachdem sich der EGMR im Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich an dieser Empfehlung orientiert hat, ist davon auszugehen, dass er die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung (auch) gestützt auf diese Empfehlung als EMRK-konform beurteilen würde[986].

Bei der Gabe entsprechender Medikamente muss jedoch auch das Selbstbestimmungsrecht berücksichtigt werden. Menschen mit Schmerzen und/oder Atemnot sind häufig urteilsfähig und müssen dementsprechend über die Möglichkeit der Lebensverkürzung aufgeklärt werden, um gestützt darauf ihre Einwilligung zu erteilen oder zu verweigern. Der EGMR hat in einem Fall aus dem

982 Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 191; gemäss Zimmermann, Euthanasia, S. 45, lässt sich dem Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 57 ff., entnehmen, dass das Vorenthalten von Schmerzmedikation Art. 3 EMRK verletzen könnte. Der Gerichtshof hält im betreffenden Urteil jedoch nur fest, dass das von einer natürlich auftretenden Krankheit ausgehende Leiden dann von Art. 3 EMRK erfasst werden kann, wenn es durch eine Behandlung verschlimmert wird, die den Behörden zuzurechnen ist.

983 Hangartner, Sterbehilfe, S. 88; für Deutschland: Seibert, Sterbehilfe, S. 70.

984 § 10, II (Verbot unmenschlicher Behandlung).

985 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999) , Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9: «The Assembly therefore recommends that the Committee of Ministers encourage the member states of the Council of Europe to respect and protect the dignity of terminally ill or dying persons in all respects: a. by recognising and protecting a terminally ill or dying person's right to comprehensive palliative care, while taking the necessary measures: [...] 7. to ensure that, unless the patient chooses otherwise, a terminally ill or dying person will receive adequate pain relief and palliative care, even if this treatment as a side-effect may contribute to the shortening of the individual's life;».

986 Korff, Right to life, S. 16.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Jahr 2004 die Gabe von Diamorphin (Heroin) gegen den Willen der Mutter eines 14-Jährigen als Verletzung von Art. 8 EMRK beurteilt[987].

Die Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen der betroffenen Person stellt einen schweren Eingriff in das Recht auf persönliche Freiheit dar[988] und ist daher im palliativmedizinischen Kontext immer unzulässig. Dies gilt auch für symptombekämpfende Substanzen, unabhängig davon, ob ein lebensverkürzender Effekt möglich ist oder nicht.

Bei urteilsunfähigen Menschen ist die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung zulässig, wenn dies ihrem mutmasslichen Willen entspricht. Nach Schefer ist eine Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung nur mit Einwilligung der betroffenen Person zulässig[989]. Demgegenüber ist gemäss der Empfehlung der parlamentarischen Versammlung des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von terminal Erkrankten und Sterbenden auf eine Symptombekämpfung mit möglicher Lebensverkürzung nur dann zu verzichten, wenn die PatientIn dies explizit ablehnt[990].

4.2. Unzulässigkeit bei zu hoher Dosierung

Es gibt Fälle, in denen auf Wunsch der sterbenden Person die Dosis eines Mittels, das eigentlich der Symptombekämpfung dient, bewusst zur Beschleunigung des Todeseintritts angehoben wird[991]. Dabei handelt es sich um eine Tötung auf Verlangen[992]. In diesen Fällen ist das Recht auf Leben nicht zwingend verletzt, weil dieses gemäss einem Teil der Lehre die Tötung auf Verlangen nicht verbietet. Aufgrund des absoluten Verbots der Tötung auf Verlangen im schweizerischen Strafgesetzbuch (Art. 114 StGB) machen sich ÄrztInnen, die mit der Gabe von zu hoch dosierten Mitteln das Leben verkürzen, dennoch strafbar.

---

987 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 83: «The Court considers that, having regard to the circumstances of the case, the decision of the authorities to override the second applicant's objection to the proposed treatment in the absence of authorisation by a court resulted in a breach of Article 8 of the Convention.».

988 BGE 130 I 16 E. 3.

989 Schefer, Kerngehalte, S. 408: «Das Recht auf Leben steht einer aktiven Sterbehilfe dann absolut entgegen, wenn die Tötung gegen oder ohne die Einwilligung des Betroffenen erfolgt. […] Dies muss sowohl für die direkte als auch die indirekte aktive Sterbehilfe gelten.».

990 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999), Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9.a.7: «to ensure that, *unless the patient chooses otherwise*, a terminally ill or dying person will receive adequate pain relief and palliative care, even if this treatment as a side-effect may contribute to the shortening of the individual's life;» (Hervorhebung hinzugefügt).

991 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111, N 63; Merkel, Patientenautonomie, S. 334; vgl. auch die Fallbeispiele bei Dettmeyer, Verdeckte Tötungshandlungen, S. 552 ff.

992 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.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Auf der anderen Seite gibt es Fälle, in denen die Dosis eines zur Symptombekämpfung eingesetzten Medikaments ohne entsprechenden Wunsch der betroffenen Person mit dem Ziel eines raschen Todeseintritts angehoben wird[993]. In diesen Fällen liegt eine Tötung ohne entsprechendes Verlangen vor, die immer auch das Recht auf Leben verletzt. Es ist nicht bekannt, wie häufig unter dem Deckmantel der Symptombekämpfung bewusst eine zu hohe Dosierung der entsprechenden Medikamente eingesetzt wird und wie häufig dies auf Wunsch der betroffenen Personen geschieht.

Todesfälle im Nachgang zu einer intensivierten Symptombekämpfung werden nicht als aussergewöhnliche Todesfälle gemeldet und dementsprechend nicht strafrechtlich untersucht. Selbst wenn trotz fehlender Indikation starke Opioide eingesetzt werden, wird dem Argument, es sei symptomorientiert behandelt worden, meistens gefolgt[994].

Angesichts des hohen Anteils von Fällen der Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung und der Erkenntnis, dass die Symptombekämpfung bei korrekter Dosierung nur noch selten einen lebensverkürzenden Effekt hat, braucht es in diesem Bereich weitere Untersuchungen. Sollte sich herausstellen, dass entsprechende Fälle mit einer gewissen Häufigkeit vorkommen, müsste der Einsatz von potentiell lebensverkürzenden Medikamenten aufgrund der Schutzpflicht zur Aufklärung der Todesumstände stärker kontrolliert werden.

5. Urteil des EGMR zur Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung

Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung spielte bis heute nur in einem einzigen Urteil des EGMR eine Rolle. Im Zentrum des Urteils Glass gegen das Vereinigte Königreich stand jedoch nicht die Zulässigkeit der Symptombekämpfung als solche, sondern die Verabreichung entsprechender Mittel gegen den Willen der Mutter eines 12-jährigen geistig und körperlich behinderten Kindes.

Aus Sicht der beteiligten ÄrztInnen lag David Glass im Juli 1998 nach einer Operation im Sterben, eine Weiterführung der intensivmedizinischen Behandlung wurde als unangemessen betrachtet[995]. Die Familie teilte diese Auffassung nicht. Nach der Entlassung aus dem Spital musste David Glass im September und Oktober 1998 mehrmals wieder hospitalisiert werden, wobei der Rea-Status und die Gabe von Morphin in mehreren Gesprächen zwischen den ÄrztInnen und der Mutter von David Glass thematisiert wurden[996]. Am 20. Oktober gingen mehrere

993 Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen, S. 896.
994 Dettmeyer, Verdeckte Tötungshandlungen, S. 554.
995 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 10: «Among the views expressed was that, despite the best care, the first applicant was dying and that further intensive care would be inappropriate.».
996 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 10–18.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ÄrztInnen davon aus, dass David Glass im Sterben liege[997] und empfahlen die Gabe von Diamorphin (Heroin), was die Familie aber ablehnte[998]. Das Spital informierte die Mutter und weitere anwesende Familienmitglieder, dass sie von der Polizei weggeschafft würden, sollten sie sich gegen die Gabe von Diamorphin wehren[999]. Nach Beginn der Zuführung von Diamorphin entbrannte ein Streit über die korrekte Dosierung, wobei die Familienmitglieder befürchteten, dass David Glass verdeckt getötet («covertly euthanased») würde[1000]. Am darauf folgenden Tag hatte sich der Zustand von David Glass aus Sicht seiner Mutter deutlich verschlechtert[1001]. Während einer handgreiflichen Auseinandersetzung zwischen der Familie und den ÄrztInnen, die dabei verletzt wurden, konnte die Mutter ihren Sohn erfolgreich wiederbeleben[1002]. Noch am gleichen Tag verbesserte sich sein Zustand und er konnte das Spital verlassen[1003]. Im Zeitpunkt des EGMR-Urteils, d.h. mehr als fünf Jahre nach diesen Vorfällen, lebte David Glass noch[1004].

Der EGMR hat den Sachverhalt unter dem Blickwinkel des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK) untersucht. Der im Jahr 2003 ergangenen Entscheidung über die Zulässigkeit lässt sich entnehmen, weshalb das Recht auf Leben aus Sicht des Gerichtshofs nicht betroffen war: Es sei nicht die Funktion des Gerichtshofes, im Rahmen von Art. 2 EMRK die Beurteilung des Zustands einer PatientIn durch die ÄrztInnen oder deren Entscheid zur Verabreichung von Diamorphin bzw. die angemessene Dosierung zu hinterfragen[1005]. Zwar sei nicht ausgeschlossen, dass Handlungen und Unterlassungen von Behörden im Bereich des Gesundheitswesens unter gewissen Umständen deren Verantwortlichkeit unter dem positiven Aspekt von Art. 2 EMRK begründen könne[1006]. Wo aber ein Vertragsstaat adäquate Vorgaben zur Sicherung hoher beruflicher Standards des medizinischen Personals und zum Schutz der Leben von PatientInnen gemacht habe, seien Einzelprobleme wie zum Beispiel allfällige Feh-

997 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 20 f.
998 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 22.
999 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 24.
1000 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 25–28.
1001 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 29.
1002 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 30 f.
1003 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 32.
1004 Separate Opinion of Judge Casadevall zum Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 2.
1005 Zulässigkeitsentscheid des EGMR 61827/00 vom 18. März 2003 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 1: «However, it is not its function under Article 2 to gainsay the doctors' assessment of the first applicant's condition at the time, nor their decision to forego suction treatment in favour of the administration of diamorphine nor their view on the appropriate dose of diamorphine to be administered.».
1006 Zulässigkeitsentscheid des EGMR 61827/00 vom 18. März 2003 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 1: «It cannot be excluded that the acts and omissions of the authorities in the field of health care may in certain circumstances engage their responsibility under the positive limb of Article 2.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ler des Gesundheitspersonals bei der fachlichen Beurteilung einer bestimmten PatientIn nicht genügend, um den Staat gestützt auf die aus Art. 2 EMRK fliessenden Schutzpflichten verantwortlich zu machen[1007]. Mit Blick auf die detaillierten Regeln und Standards im Recht des Vereinigten Königreichs konnte der Gerichtshof keine Defizite feststellen, die Anlass für eine Beanstandung einer Verletzung der Verpflichtung der Behörden zum Schutz des Lebens des Betroffenen gegeben hätten[1008].

Im anschliessend ergangenen Urteil des EGMR über die Begründetheit der Beschwerde wurde der Fall dementsprechend nur unter dem Blickwinkel des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK) untersucht. Der EGMR kam dabei zum Schluss, dass der Entscheid zur Gabe von Diamorphin in Missachtung des Widerspruchs durch die Mutter einen Eingriff in das Recht auf Achtung des Privatlebens und insbesondere das Recht auf physische Integrität von David Glass darstellte[1009]. Dieser Eingriff hätte nur durch Einholung einer gerichtlichen Genehmigung gerechtfertigt werden können[1010]. Aufgrund der bekannten Skepsis der Mutter gegenüber der Anwendung von Morphium konnten sich die Behörden nicht darauf berufen, dass in der letztlich eingetretenen Notsituation die Zeit für das Einholen einer gerichtlichen Genehmigung fehlte[1011]. Mit ihrem Entscheid, sich über den Widerstand der Mutter hinwegzusetzen, haben die Behörden Art. 8 EMRK verletzt[1012].

1007 Zulässigkeitsentscheid des EGMR 61827/00 vom 18. März 2003 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 1: «However, the Court recalls that where a Contracting State has made adequate provision for securing high professional standards among health professionals and the protection of the lives of patients, matters such as error of professional judgment (even if established) on the part of a health professional in the treatment of a particular patient are not of themselves sufficient to call that State to account from the standpoint of its positive obligations under Article 2 of the Convention to protect life.».

1008 Zulässigkeitsentscheid des EGMR 61827/00 vom 18. März 2003 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 1: «Having regard to the detailed rules and standards laid down in the domestic law and practice of the respondent State in the area under consideration, it cannot be maintained that the relevant regulatory framework discloses any shortcomings which can lay the basis of an arguable claim of a breach of the domestic authorities' obligation to protect the first applicant's right to life.».

1009 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 70.

1010 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 79.

1011 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 81.

1012 Urteil des EGMR 61827/00 vom 9. März 2004 (Glass gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 83: «The Court considers that, having regard to the circumstances of the case, the decision of the authorities to override the second applicant's objection to the proposed treatment in the absence of authorisation by a court resulted in a breach of Article 8 of the Convention.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

V. Suizid und Suizidhilfe

1. Vorbemerkungen

Das Recht auf Leben beinhaltet keine Pflicht zum Leben[1013], deshalb muss der Suizid bzw. der gescheiterte Suizidversuch straffrei bleiben. Rechtsnormen, welche den Suizidversuch unter Strafe stellen wollten, würden gegen Art. 10 Abs. 2 BV[1014] und Art. 8 EMRK[1015] verstossen. Das deutsche Bundesverwaltungsgericht hat in einem Urteil im März 2017 festgehalten: «Eine Pflicht zum Weiterleben gegen den eigenen Willen berührt den Kern eigenverantwortlicher Selbstbestimmung […]. Eine solche Pflicht darf der Staat schwer und unheilbar kranken, aber zur Selbstbestimmung fähigen Menschen nicht – auch nicht mittelbar – auferlegen»[1016].

Im Urteil Pretty gegen das Vereinigte Königreich hat der EGMR festgehalten, dass sich aus dem Recht auf Leben kein Anspruch auf Beendigung des Lebens ableiten lässt[1017]. Die Frage, ob sich ein solcher Anspruch aus anderen Menschenrechten ableiten lässt, wird im Kapitel zum Recht auf persönliche Freiheit behandelt[1018]. Dasselbe gilt für die Frage, ob zum Schutz des Rechts auf Leben der Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Heimen und Spitälern untersagt werden muss und ob es einen Anspruch auf Suizidhilfe gibt.

2. Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden

Viele Suizide und Suizidversuche werden von Menschen unternommen, die sich in einer vorübergehenden Krisensituation befinden und die im Falle des Überlebens später froh darüber sind, dass der Suizidversuch gescheitert ist[1019]. Misslingen Suizidversuche, werden sie nur in einer kleinen Minderheit der Fälle umgehend wiederholt[1020]. Rund 80 Prozent der Personen, die einen Suizidversuch überlebt haben, würden die Tat nicht wiederholen[1021]. In der Psychiatrie überwiegt dementsprechend die Auffassung, dass bei Vorliegen eines Suizidwun-

1013 Baumgarten, Right to Die, S. 127; Hangartner, Sterbehilfe, S. 71; Kiener, Suizidhilfe, S. 276; Lagodny, Kommentar Art. 2 EMRK, N 55; Opsahl, Right to Life, S. 221; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 42; Ethikrat, Lebensende, S. 59.
1014 Biaggini, BV-Kommentar, Art. 10 N 23.
1015 Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK, N 269.
1016 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 3.
1017 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 39: «Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life.».
1018 § 7, III (Suizid und Suizidhilfe).
1019 Bundesamt für Gesundheit, Suizidprävention in der Schweiz, Bern, 2016, S. 6.
1020 Hell, Suizidforschung, S. 87.
1021 Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit, S. 60.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sches bis zum Beweis des Gegenteils von einer psychischen Störung ausgegangen werden muss[1022]. Es ist auch erwiesen, dass die Anzahl von Suiziden abnimmt, wenn die Verfügbarkeit von einfachen Suizidmethoden eingeschränkt wird[1023]. Aus diesen Gründen fliesst aus dem Recht auf Leben zunächst eine Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden[1024].

Auch der General Comment zum Recht auf Leben (Art. 6 UNO-Pakt II) hält fest, dass Staaten Massnahmen treffen sollten, um Suizide insbesondere von vulnerablen Menschen zu verhindern[1025].

Gleichzeitig muss der Staat aber den wohlüberlegten Entscheid einer urteilsfähigen Person zur Selbsttötung respektieren[1026]. Weil aus dem Recht auf Selbstbestimmung eine Pflicht zur Nichtverhinderung von wohlüberlegten Suiziden fliesst, kann die Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden nicht uneingeschränkt gelten. Es ist nun aber nicht möglich, jeden Suizid eindeutig entweder der Kategorie von zu verhindernden oder der Kategorie von nicht zu verhindernden Suiziden zuzuweisen. Bei Suiziden, die weder der einen noch der anderen Kategorie eindeutig zugeordnet werden können, ist grundrechtlich sowohl die Verhinderung als auch die Nichtverhinderung zulässig. Die Auffassung des Justiz- und Polizeidepartements St.Gallen, wonach die Polizei bei einem bevorstehenden (unter Beizug einer Suizidhilfeorganisation geplanten) Suizid nur dann einschreiten muss, wenn sie Zweifel an der Selbsttötung oder an der Urteilsfähigkeit des Suizidenten nicht ausschliessen kann[1027], ist somit nicht zu beanstanden.

Im Urteil Haas gegen die Schweiz hat der EGMR festgehalten, dass das Recht auf Leben die staatlichen Behörden dazu verpflichtet, Suizide zu verhindern, sofern der Entscheid dazu nicht frei und in voller Kenntnis der Umstände erfolgt ist[1028]. In früheren Urteilen wurde eine entsprechende Schutzpflicht verschiedentlich speziell für Inhaftierte festgestellt[1029].

1022 Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit, S. 61.

1023 Barber/Miller, Reducing Access, S. S264; Reisch/Michel, Muenster, S. 464; Seiden, Golden Gate, S. 215.

1024 Baumgarten, Right to Die, S. 124; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 20; Tschannen/Buchli, Suizidprävention, S. 9; EMRK-Meyer-Ladewig/Huber, Art. 2 N 13.

1025 UNO-Menschenrechtsausschuss, General comment No. 36: Right to life , Ziff. 9: «While acknowledging the central importance to human dignity of personal autonomy, States should take adequate measures, without violating their other Covenant obligations, to prevent suicides, especially among individuals in particularly vulnerable situations, […].».

1026 Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 119; vgl. auch den Einschub «without violating their other Covenant obligations» im Zitat aus dem General comment in der vorangehenden Fussnote.

1027 Stellungnahme des Justiz- und Polizeidepartements St.Gallen an die Staatsanwaltschaft vom 5. August 1988: Einschreiten der Polizeibehörden bei Suizid durch EXIT-Mitglieder.

1028 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 54: «For the Court, this latter Article [Article 2 of the Convention] obliges the national authorities to prevent an individual from taking his or her own life if the decision has not been taken freely and with full understanding of what is involved.».

1029 Urteil des EGMR 27229/95 vom 3. April 2001 (Keenan gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 91; Urteil des EGMR 49790/99 vom 5. Juli 2005 (Trubnikov gegen Russland), Ziff. 68 f.; Urteil des EGMR 5608/05 vom 16. Oktober 2008 (Renolde gegen Frankreich), Ziff. 83 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Häufig ist bei Situationen, in denen jemand Suizid begehen will, unklar, ob die Voraussetzung der Wohlüberlegtheit erfüllt ist oder nicht. Die Konsequenzen einer fälschlicherweise unterlassenen Suizidverhinderung sind offensichtlich gravierender als die Konsequenzen eines fälschlicherweise verhinderten Suizids. Die am Suizid Gehinderten haben im Nachhinein noch immer die Möglichkeit, ihr Leben zu beenden, «erfolgreiche» SuizidentInnen haben demgegenüber keine Möglichkeit mehr zur Umkehr. Aus diesem Grund muss in unklaren Situationen der Grundsatz «in dubio pro vita» bzw. «in dubio pro integritate corporis» gelten, d.h. Suizide müssen im Zweifelsfall verhindert werden[1030]. Steht jedoch fest, dass der Suizidwunsch wohlüberlegt ist, überwiegt das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes gegenüber dem Recht auf Leben, d.h. der Staat darf wohlüberlegte Suizide nicht verhindern[1031]. Dieses Thema wird im Kapitel zum Recht auf persönliche Freiheit ausführlich behandelt[1032].

3. Zulässigkeit der Suizidhilfe

Aus dem Recht auf Leben fliesst keine Pflicht zur Bestrafung der Suizidhilfe, d.h. Staaten dürfen die Suizidhilfe zulassen. Dies gilt sowohl für die private Suizidhilfe als auch für die Suizidhilfe mit staatlicher Beteiligung[1033].

Das Recht auf Leben verpflichtet den Staat allerdings, durch ein geeignetes Verfahren sicherzustellen, dass ein allfälliger Entscheid über die Beendigung des Lebens tatsächlich dem freien Willen des Betroffenen entspricht[1034]. Staatliche Schutzpflichten zugunsten des Lebens wandeln sich beim Grundrechtsverzicht zu einer Gewährleistung der Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Einwilligung[1035]. In der Schweiz fehlt eine Regelung, welche die Wohlerwogenheit eines Suizidwunsches sicherstellt. Die Urteilsfähigkeit wird vermutet und die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital ohne Abklärung der Urteilsfähigkeit hat höchstens standesrechtliche Konsequenzen. Damit besteht in der Schweiz kein Verfahren, das sicherstellt, dass ein allfälliger Entscheid über die Beendigung des Lebens tatsächlich dem freien Willen der Betroffenen entspricht. Ein Vorschlag zur Lösung dieser Problematik befindet sich im dritten Teil der vorliegenden Arbeit[1036].

1030 Baumgarten, Right to Die, S. 124; Tschannen/Buchli, Suizidprävention, S. 8; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 26.
1031 Tschannen/Buchli, Suizidprävention, S. 8.
1032 Siehe § 7, III, 2 (Anspruch auf Nichtverhinderung eines Suizids).
1033 Mathieu, Right to life, S. 78: «Equally, countries are not prohibited from organising systems for assisting suicide.».
1034 BGE 133 I 58 E. 6.2.1.
1035 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 23.
1036 § 15 (Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Der UNO-Menschenrechtsausschuss hat im Jahr 2009 in seinen Concluding observations zum dritten Staatenbericht der Schweiz seiner Besorgnis über das Fehlen einer unabhängigen oder gerichtlichen Überprüfung der Freiwilligkeit und Informiertheit von Suizidwilligen Ausdruck verliehen[1037]. Deshalb hat er der Schweiz empfohlen, eine dahingehende Gesetzesänderung zu prüfen[1038]. In den Concluding observations zum vierten Staatenbericht wird die Suizidhilfe allerdings nicht mehr thematisiert[1039], obwohl sich an der Rechtslage nichts geändert hat. Auch in der im Vorfeld des Staatenberichts zusammengestellten List of issues wurde die Suizidhilfe nicht thematisiert[1040].

Der Umstand, dass die organisierte Suizidhilfe in der Schweiz auch bei Verlust von Lebensqualität und Lebenssinn zulässig ist, wurde von Kiener als Abwertung des Rechtsgutes Leben qualifiziert[1041]. Kiener fordert, dass der Gesetzgeber «die Krankheitsbilder und Lebenssituationen positiv [benennt], bei deren Vorliegen die organisierte Suizidhilfe zulässig sein soll»[1042]. Problematisch an dieser Argumentation ist, dass die Benennung von Krankheitsbildern und Lebenssituationen das Leben derjenigen, welche diese Voraussetzungen erfüllen, abwertet[1043]. Die Überlegungen von Kiener basierten auf einem später verworfenen Gesetzesentwurf, mit dem die organisierte Suizidhilfe entweder ganz verboten oder auf Menschen mit unheilbarer Krankheit und unmittelbar bevorstehender Todesfolge eingeschränkt worden wäre[1044]. Auch mit diesem Gesetzesentwurf wäre das Leben derjenigen, die diese Voraussetzungen erfüllen, abgewertet worden[1045]. Aus diesem Grund ist mit Blick auf das Recht auf Leben nicht zu beanstanden, dass dieses Gesetzesvorhaben aufgegeben worden ist[1046].

1037 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Switzerland, 3 November 2009 (CCPR/C/CHE/CO/3), Ziff. 13: «the Committee is concerned about the lack of independent or judicial oversight to determine that a person seeking assistance to commit suicide is operating with full free and informed consent (art. 6)».

1038 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Switzerland, 3 November 2009 (CCPR/C/CHE/CO/3), Ziff. 13: «The State party should consider amending its legislation in order to ensure independent or judicial oversight to determine that a person who is seeking assistance for suicide is acting with full free and informed consent.».

1039 Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human Rights Committee: Switzerland, 22 August 2017 (CCPR/C/CHE/CO/4).

1040 Human Rights Committee, List of issues prior to submission of the fourth periodic report of Switzerland, 25 November 2014 (CCPR/C/CHE/QPR/4).

1041 Kiener, Suizidhilfe, S. 284.

1042 Kiener, Suizidhilfe, S. 284.

1043 So auch Kiener, Suizidhilfe, S. 285.

1044 Vorentwurf vom 28. Oktober 2009 für eine Änderung des schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes.

1045 So auch Kiener, Suizidhilfe, S. 285, wobei diese Lösung nichtsdestotrotz «respektvolles Nachdenken» verdient habe.

1046 Medienmitteilung des Bundesrates vom 29. Juni 2011 (Suizidhilfe: Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung): «Der Bundesrat hat am Mittwoch entschieden, auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht zu verzichten.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4. *Zulässigkeit des Verbots von Suizidhilfe*

Im Urteil Pretty gegen das Vereinigte Königreich hat der EGMR im Jahr 2002 festgehalten, dass das Recht auf Leben ein absolutes Verbot der Suizidhilfe zu rechtfertigen vermag. Das Verbot stelle zwar (möglicherweise[1047]) einen Eingriff in das Recht auf Achtung des Privatlebens dar, dieser sei aber mit Blick auf das Recht auf Leben und unter Berücksichtigung der britischen Rechtslage, wonach der Director of Public Prosecutions seine Zustimmung zur Strafverfolgung geben muss[1048], gerechtfertigt[1049]. Im Vereinigten Königreich ist Suizidhilfe gemäss Section 2 des Suicide Acts mit bis zu 14 Jahren Freiheitsentzug strafbar[1050].

Die Beschwerdeführerin, Diane Pretty, litt an einer nicht behandelbaren Erkrankung (Motoneuron-Erkrankung = motor neurone disease, MND), welche zu einer Schwächung der Arm-, Bein- und Atemmuskulatur und letztlich zum Tod infolge Ateminsuffizienz führt[1051]. Im Zeitpunkt des Urteils war sie vom Hals abwärts gelähmt, konnte kaum mehr verständlich reden und musste mittels einer Magensonde ernährt werden. Ihr Intellekt und ihre Urteilsfähigkeit waren davon nicht beeinträchtigt[1052]. Weil unklar ist, ob Frau Pretty noch in der Lage gewesen wäre, den letzten Schritt zur Beendigung ihres Lebens selber durchzuführen, wird der Fall teilweise auch im Kontext der Tötung auf Verlangen abgehandelt[1053]. Der Urteilstext bezieht sich jedoch ausschliesslich auf die Suizidhilfe[1054].

1047 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 67: «The Court is *not prepared to exclude* that this constitutes an interference with her right to respect for private life as guaranteed under Article 8 § 1 of the Convention.» (Hervorhebung hinzugefügt).

1048 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 76: «It does not appear to be arbitrary to the Court for the law to reflect the importance of the right to life, by prohibiting assisted suicide while providing for a system of enforcement and adjudication which allows due regard to be given in each particular case to the public interest in bringing a prosecution, as well as to the fair and proper requirements of retribution and deterrence.».

1049 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 78: «The Court concludes that the interference in this case may be justified as «necessary in a democratic society» for the protection of the rights of others and, accordingly, that there has been no violation of Article 8 of the Convention.».

1050 Wortlaut von Section 2(1) des Suicide Acts im Urteilszeitpunkt (Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 [Pretty gegen das Vereinigte Königreich], Ziff. 16): «A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.» Wortlaut von Section 2(1) des Suicide Acts im September 2018: «A person («D») commits an offence if— (a) D does an act capable of encouraging or assisting the suicide or attempted suicide of another person, and (b) D's act was intended to encourage or assist suicide or an attempt at suicide. [...] An offence under this section is triable on indictment and a person convicted of such an offence is liable to imprisonment for a term not exceeding 14 years.».

1051 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 7.

1052 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 8.

1053 Puppinck/de La Hougue, Assisted suicide, S. 738.

1054 Der Begriff «euthanasia» findet sich zwar mehrfach im Urteilstext, allerdings nur in den Ausführungen der Vorinstanzen und der Regierung sowie in den Stellungnahmen von Dritten (Voluntary Euthanasia Society und Catholic Bishops' Conference of England and Wales).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Frau Pretty ersuchte zunächst den Director of Public Prosecutions erfolglos um eine Zusicherung, dass ihr Mann nicht strafrechtlich verfolgt würde, wenn er ihr dabei helfe, Suizid zu begehen[1055]. In der Folge gelangte Frau Pretty an den Divisional Court und anschliessend an das House of Lords[1056]. Im Verfahren vor dem EGMR hat die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Rechts auf Leben (Art. 2 EMRK), des Folterverbots (Art. 3 EMRK), des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK), der Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit (Art. 9 EMRK) sowie des Diskriminierungsverbots (Art. 14 EMRK) geltend gemacht[1057]. Der EGMR hat sich zu jedem dieser Rechte und Freiheiten ausführlich geäussert und letztlich keine Verletzung der EMRK erkannt.

Zum Recht auf Leben hielt der EGMR fest, dass aus Art. 2 EMRK kein Recht auf den eigenen Tod abgeleitet werden kann[1058]. Bezüglich des Folterverbots entschied der EGMR, dass das Leiden an einer Krankheit nur dann von Art. 3 EMRK erfasst werde, wenn es durch staatliche Handlungen wie z.B. Haft oder Auslieferung verstärkt werde. Dies war im vorliegenden Fall nicht gegeben[1059]. Auch die Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit war nicht verletzt, weil das verfolgte Anliegen nicht Ausdruck einer Religion oder eines Glaubens war[1060]. Eine Verletzung des Diskriminierungsverbots verneinte der Gerichtshof mit dem Argument, dass eine Sonderregelung für Menschen, die sich ihr Leben nicht ohne fremde Hilfe nehmen können, den Schutz des Lebens untergraben und das Missbrauchsrisiko erhöhen würde[1061].

Betreffend des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens hat der EGMR einen Eingriff nicht ausgeschlossen, diesen aber in Anwendung von Art. 8 Abs. 2 EMRK als gerechtfertigt angesehen und damit eine Verletzung verneint[1062]. Gemäss Art. 8 Abs. 2 EMRK darf eine Behörde in die Ausübung des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens eingreifen, «soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.»

Der Gerichtshof hat festgehalten, dass das Verbot der Suizidhilfe dem Schutz des Lebens diene, indem es schwache, vulnerable und urteilsunfähige Menschen

1055 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 10 f.
1056 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 12 ff.
1057 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 3.
1058 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 40.
1059 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 52 f.
1060 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 82 f.
1061 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 89 f.
1062 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 67 und 76 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vor ungewollten Handlungen zur Beendigung ihres Lebens schütze. Es sei an den Mitgliedstaaten, das Risiko von Missbräuchen bei einer Lockerung des Verbots von Suizidhilfe oder der Gewährung von Ausnahmen abzuwägen. Ungeachtet der Möglichkeiten von Schutzmassnahmen und Schutzverfahren bestünden jedoch eindeutige Missbrauchsrisiken[1063]. Der Gerichtshof erachtete ein generelles Verbot der Suizidhilfe nicht als unverhältnismässig. Die Regierung habe erklärt, dass im Einzelfall eine flexible Handhabung möglich sei, weil für eine Strafverfolgung die Zustimmung des Director of Public Prosecutions notwendig sei und weil durch die Festlegung einer Maximalstrafe auch weniger hohe Strafen möglich seien. Im Zeitraum von 1981 bis 1992 seien 22 Fälle von Mitleidstötung angeklagt worden, wobei nur eine Verurteilung wegen Mordes mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe resultierte, während in den anderen Fällen geringere Strafen ausgesprochen worden seien und die meisten zu Bewährung oder aufgeschobenen Strafen geführt hätten. Dem Gerichtshof schien es nicht willkürlich, dass das Gesetz die Bedeutung des Rechts auf Leben widerspiegle, indem es die Suizidhilfe verbiete und es gleichzeitig ermögliche, im Einzelfall dem öffentlichen Interesse an der Strafverfolgung Rechnung zu tragen[1064].

Auch die Weigerung des Director of Public Prosecutions, den Verzicht auf eine Strafverfolgung des Ehemanns zuzusichern, sei nicht unverhältnismässig gewesen. Gegen die Gewährung einer solchen Ausnahme von der Strafverfolgung spreche insbesondere die Rechtsstaatlichkeit («rule of law»). Der Entscheid des Director of Public Prosecutions erscheine aufgrund der Schwere der Tat, für welche Immunität beantragt wurde, nicht als willkürlich oder unverhältnismässig[1065]. Der Gerichtshof kam zum Schluss, dass der Eingriff in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens mit dem Schutz der Rechte Dritter gerechtfertigt werden könne und Art. 8 EMRK demzufolge nicht verletzt worden sei[1066].

Da der Gerichtshof seinen Entscheid damit begründet hat, dass im System des Vereinigten Königreichs nicht jeder Fall von Suizidhilfe strafrechtliche Konsequenzen haben muss, könnte eine zwingende Strafbarkeit gegen Art. 8 EMRK verstossen[1067].

1063 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 74.
1064 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 76: «It does not appear to be arbitrary to the Court for the law to reflect the importance of the right to life, by prohibiting assisted suicide while providing for a system of enforcement and adjudication which allows due regard to be given in each particular case to the public interest in bringing a prosecution, as well as to the fair and proper requirements of retribution and deterrence.».
1065 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 77.
1066 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 78.
1067 Korff, Right to life, S. 22: «It would appear that an inflexible law – say, a law imposing a mandatory life sentence for murder in a case similar to the one at hand, without discretion on the part of the prosecuting authorities or the courts – would have been disproportionate and thus contrary to Article 8.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nachdem der Gerichtshof im Urteil Haas ein Recht auf Bestimmung des Todeszeitpunkts anerkannt hat[1068], wurde in der Lehre angezweifelt, ob der Gerichtshof an seiner Auffassung im Urteil Pretty, wonach die Strafbarkeit der Suizidhilfe EMRK-konform ist, festhalten würde[1069]. Im Jahr 2015 hat der EGMR jedoch die Auffassung des UK Supreme Court, wonach das Verbot der Suizidhilfe nach wie vor gerechtfertigt sei, mit einem ausführlich begründeten Nichteintretensentscheid gestützt. Im Entscheid Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich hat der EGMR festgehalten, dass sich die Mehrheit der RichterInnen der Vorinstanz (UK Supreme Court) mit dem Anliegen von Frau Nicklinson auseinandergesetzt habe. Die Beschwerdeführerin habe nicht aufzeigen können, dass das Verbot der Suizidhilfe infolge innerstaatlicher Entwicklungen zu einem unverhältnismässigen Eingriff in Art. 8 EMRK geworden sei. Die Tatsache, dass die RichterInnen des UK Supreme Court grosses Gewicht auf die Diskussionen im Parlament gelegt hätten, bedeute nicht, dass ihr Entscheid unausgewogen sei. Bei einem solch sensitiven Thema und fehlendem Konsens unter den Vertragsstaaten sei es zulässig, den Ansichten des Parlaments hohes Gewicht beizumessen[1070]. Aus diesen Gründen wurde die Beschwerde von Frau Nicklinson für unzulässig erklärt[1071]. In der Beschwerde von Herrn Lamb, welche der Gerichtshof mit dem gleichen Entscheid für unzulässig erklärt hat[1072], wurde das Fehlen eines gerichtlichen Verfahrens für die Zulassung der Tötung auf Verlangen kritisiert[1073]. Die Ausführungen des Gerichtshofes zu diesem Thema werden im Kapitel zur Tötung auf Verlangen zusammengefasst.

5. Zulässigkeit der Verschreibungspflicht für todbringende Substanzen

Aufgrund der Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden dürfen und müssen Staaten den Zugang zu tödlichen Medikamenten einschränken. Sowohl das Bundesgericht als auch der EGMR haben eine Beschwerde, welche in der Rezeptpflicht für die Abgabe von Natrium-Pentobarbital (NaP) einen Verstoss gegen

1068 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 51: «In the light of this case-law, the Court considers that an individual's right to decide by what means and at what point his or her life will end, provided he or she is capable of freely reaching a decision on this question and acting in consequence, is one of the aspects of the right to respect for private life within the meaning of Article 8 of the Convention.».

1069 Rietiker, Suicide , S. 126: «The issue was not ripe in 2002 for the Court to oblige the respondent State to allow unpunished assistance of suicide, not even in the circumstances of Pretty's compelling case.».

1070 Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 85.

1071 Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 86.

1072 Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 95.

1073 Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 87.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

das Recht auf persönliche Freiheit sah, abgewiesen. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil festgehalten, dass das Recht auf Leben den Staat dazu verpflichtet, durch ein geeignetes Verfahren sicherzustellen, dass ein allfälliger Entscheid über die Beendigung des Lebens tatsächlich dem freien Willen des Betroffenen entspricht[1074]. Um dies zu gewährleisten, sei eine Rezeptpflicht geeignet und erforderlich[1075]. Sollte Art. 8 EMRK durch die Rezeptpflicht berührt sein, sei die mit der Rezeptpflicht für Natrium-Pentobarbital verbundene Beschränkung daher weder verfassungs- noch konventionswidrig[1076]. Der EGMR hat die dagegen gerichtete Beschwerde im Urteil Haas gegen die Schweiz abgewiesen und dabei bestätigt, dass die Rezeptpflicht dem Schutz des Rechts auf Leben dient[1077].

Im April 2010 hat das Bundesgericht festgehalten, dass weder der Staat noch Dritte bzw. deren Fachorganisationen von Verfassung wegen gehalten sind, für lebensmüde Menschen Ausnahmeregeln von den allgemeinen Bestimmungen zum Schutz der Bevölkerung und deren Gesundheit einzuführen[1078]. Der EGMR hat in der fehlenden Regelung der Suizidhilfe für Menschen, die nicht am Lebensende stehen, im Mai 2013 eine Verletzung von Art. 8 EMRK gesehen[1079]. Die Schweiz hat dieses Urteil innerhalb des EGMR an die Grosse Kammer weitergezogen und diese hat das Urteil vom Mai 2013 im September 2014 wieder aufgehoben[1080]. Zur Begründung wurde auf das Verschweigen des Ablebens der Beschwerdeführerin verwiesen. Weil die Beschwerdeführerin bereits vor dem ersten EGMR-Urteil tot war, habe sie das Beschwerderecht missbraucht[1081].

6. *Untersuchung von aussergewöhnlichen Todesfällen*

Aus dem Recht auf Leben fliesst schliesslich auch eine Pflicht zur Aufklärung von Tötungsdelikten und Bestrafung der TäterInnen[1082]. Weil bei unnatürlichen Todesfällen auf den ersten Blick nicht immer klar ist, ob es sich um einen Suizid

1074 BGE 133 I 58 E. 6.2.1.
1075 BGE 133 I 58 E. 6.3.2.
1076 BGE 133 I 58 E. 6.3.
1077 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 58: «In this respect, it shares the view of the Federal Court that the right to life guaranteed by Article 2 of the Convention obliges States to establish a procedure capable of ensuring that a decision to end one's life does indeed correspond to the free will of the individual concerned. It considers that the requirement for a medical prescription, issued on the basis of a full psychiatric assessment, is a means enabling this obligation to be met.».
1078 Urteil des Bundesgerichts 2C_9/2010 vom 12. April 2010, E. 3.2.
1079 Urteil des EGMR 67810/10 vom 13. Mai 2013 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 67.
1080 Urteil der Grossen Kammer des EGMR 67810/10 vom 30. September 2014 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 35.
1081 Urteil der Grossen Kammer des EGMR 67810/10 vom 30. September 2014 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 37.
1082 Biaggini, BV-Kommentar, Art. 10 N 8a; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 22; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 141.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

oder um eine Tötung handelt, umfasst die Pflicht zur Verfolgung von Tötungsdelikten auch eine Pflicht zur Untersuchung von Suiziden.

VI. Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen

Aus dem Recht auf Leben fliessen auch Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen[1083]. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in einem Entscheid aus Jahr 2000 festgehalten, dass Handlungen oder Unterlassungen eines Staates im Gebiet der Gesundheitspolitik unter Umständen dessen aus Art. 2 EMRK fliessende Schutzpflichten verletzen können[1084]. Im Urteil Arskaya gegen die Ukraine aus dem Jahr 2013 hat der Gerichtshof festgehalten, dass aus Art. 2 EMRK eine Schutzpflicht fliesst, die Staaten dazu verpflichtet, Regelungen zu erlassen, die private und öffentliche Spitäler dazu zwingen, angemessene Massnahmen zum Schutz des Lebens ihrer PatientInnen zu treffen[1085].

Wenn der Staat mit seiner Gesundheitspolitik bewirkt, dass immer mehr Menschen lieber frühzeitig sterben als in ein Heim eintreten, verletzt er damit seine aus dem Recht auf Leben fliessenden Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen[1086].

§ 7 Recht auf persönliche Freiheit

Das Recht auf persönliche Freiheit wird in Art. 10 Abs. 2 BV garantiert und umfasst nach dem Wortlaut dieser Bestimmung insbesondere das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. Auch die EMRK vermittelt diese Ansprüche, sie sind in den Bestimmungen zum Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK), zum Recht auf Freiheit und Sicherheit (Art. 5 EMRK) und zum Folterverbot (Art. 3 EMRK) enthalten[1087]. Das Recht auf persönliche Freiheit umfasst insbesondere das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen[1088].

1083 Kley/Segessemann, Langzeiteinrichtungen, S. 227 ff.
1084 Entscheid des EGMR 45305/99 vom 4. Mai 2000 (Powell gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 1: «The Court accepts that it cannot be excluded that the acts and omissions of the authorities in the field of health care policy may in certain circumstances engage their responsibility under the positive limb of Article 2.».
1085 Entscheid des EGMR 45076/05 vom 5. Dezember 2013 (Arskaya gegen die Ukraine), Ziff. 63: «The aforementioned positive obligations therefore require States to make regulations compelling hospitals, whether public or private, to adopt appropriate measures for the protection of their patients' lives.».
1086 Kley, Urteilsunfähigkeit, S. 108.
1087 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 144.
1088 BGE 133 I 58 E. 6.2.1; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 147; Kley/Zaugg, Selbstbestimmung, S. 167; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 6 und 38 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

I. Vorbemerkungen

1. Selbstbestimmungsrecht

In Lehre und Rechtsprechung wird verschiedentlich ein Selbstbestimmungsrecht als Teilaspekt des Rechts auf persönliche Freiheit erkannt[1089]. Weder die Bundesverfassung noch die europäische Menschenrechtskonvention enthalten eine ausdrückliche Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts. Der EGMR hat das Selbstbestimmungsrecht indessen als Teilaspekt des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 EMRK anerkannt[1090].

Einigkeit besteht dahingehend, dass das Recht auf persönliche Freiheit die Selbstbestimmung hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche umfasst. Dies gilt insbesondere für die selbstbestimmte sexuelle Entfaltung[1091], Fortpflanzung[1092] und Beendigung des eigenen Lebens[1093]. Das Recht auf persönliche Freiheit schützt m.a.W. lediglich die elementaren Erscheinungen der Persönlichkeitsentfaltung[1094]. Ein eigenständiges Recht auf Selbstbestimmung könnte jedoch als allgemeine Handlungsfreiheit verstanden werden, welche das Recht auf persönliche Freiheit unbestrittenermassen nicht umfasst[1095]. Um diesem Missverständnis vorzubeugen, wird nachfolgend nicht von einem eigenständigen Selbstbestimmungsrecht, sondern jeweils vom Recht auf Selbstbestimmung im Hinblick auf einen bestimmten Bereich, insbesondere die Beendigung des eigenen Lebens, ausgegangen.

2. Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden

Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid 2006 erstmals statuiert, dass das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen, von der EMRK geschützt wird. Bemerkenswert ist, dass das Gericht an der entscheidenden Stelle nur die EMRK und nicht die Bundesverfassung erwähnt, dann aber zahlreiche Schweizer AutorInnen zitiert, die sich ihrerseits

1089 BGE 136 V 117 E. 4.2.2.1 S. 126; BGE 133 I 58 E. 6.3.2 S. 72; BGE 130 I 16 E. 5.3 S. 21; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 147; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 6 und N 38 ff.; Vaerini, Fin de vie, S. 379.

1090 Urteil des EGMR 25358/12 vom 24. Januar 2017 (Paradiso und Campanelli gegen Italien), Ziff. 159; Urteil des EGMR 46470/11 vom 27. August 2015 (Parrillo gegen Italien), Ziff. 153; Urteil des EGMR 57813/00 vom 3. November 2011 (S.H. und andere gegen Österreich), Ziff. 80; Urteil des EGMR 43546/02 vom 22. Januar 2008 (E.B. gegen Frankreich), Ziff. 43; Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 61. Vgl. auch Müller/Schefer, Grundrechte, S. 138.

1091 BGE 126 II 425 E. 2b).

1092 BGE 132 III 359 E. 4.3.2.

1093 BGE 133 I 58 E. 6.2.1.

1094 BGE 138 IV 13 E. 7.1.

1095 BGE 130 I 369 E. 2; BGE 132 I 49 E. 5.1; BGE 133 I 58 E. 6.1; BGE 138 IV 13 E. 7.1.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nicht auf die EMRK beschränken[1096]. Aus der Lektüre der vom Bundesgericht zitierten Literatur geht eindeutig hervor, dass sich das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen, sowohl aus der BV als auch aus der EMRK ergibt[1097].

Das Urteil des Bundesgerichts aus dem Jahr 2006 wurde vom Beschwerdeführer an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte weitergezogen. Dieser hat das Urteil des Bundesgerichts im Januar 2011 bestätigt und damit eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens verneint[1098]. Im Entscheid des EGMR (Haas gegen Schweiz) hat dieser erstmals festgehalten, dass aus der Menschenrechtskonvention das Recht eines Einzelnen auf Entscheidung über Mittel und Zeitpunkt der Lebensbeendigung, hervorgeht[1099].

Auch das deutsche Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil, mit dem es § 217 des deutschen Strafgesetzbuches (Geschäftsmässige Förderung der Selbsttötung) aufgehoben hat, festgehalten, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst[1100]. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schliesst das Recht auf Selbsttötung ein[1101]. Der Grundrechtsschutz erstreckt sich auch auf die Freiheit,

1096 BGE 133 I 58 E. 6.1 S. 67: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln», mit Hinweisen auf Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux 2006, Rz. 304; Rouiller/Roussianos, Mourir, Rz. 18; Müller, Grundrechte 1999, S. 59 ff.; Schefer, Ergänzungsband, S. 45; Schweizer, St.Galler Kommentar zur BV (1. Aufl. 2002), Art. 10 N 14; Petermann, NaP-Rezeptierung, S. 456 ff., insbesondere Fn. 178; Petermann, Suizid-Präventions-Gesetz, S. 1126 ff.; Minelli, Suizidfreiheit, S. 492 f.; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 118 f.; Hangartner, Rezept, S. 482; Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK, Rz. 268.

1097 Bei Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux 2006, geht bereits aus dem Buchtitel hervor, dass sich die Ausführungen primär auf die schweizerische Bundesverfassung beziehen; bei Rouiller/Roussianos, Mourir, befindet sich die vom Bundesgericht zitierte Rz. 18 im Abschnitt «La protection *constitutionnelle* du droit à la vie, de la dignité humaine et du droit de mourir dignement» (Hervorhebung hinzugefügt); bei Müller, Grundrechte in der Schweiz, Bern 1999, steht die vom Bundesgericht zitierte Stelle im Kapitel «Schutz der individuellen Selbstbestimmung (Art. 10 Abs. 2 und 13 Abs. 2 nBV)»; auch bei Schefer, Grundrechte in der Schweiz, Ergänzungsband, Bern 2005, befindet sich die vom Bundesgericht zitierte S. 45 im Abschnitt «Schutz der individuellen Selbstbestimmung (Art. 10 Abs. 2 und 13 BV)»; bei Schweizer ergibt sich schon aus dem Zitat des Bundesgerichts, dass sich der Kommentar auf die Bundesverfassung bezieht; Petermann stützt sich in beiden vom Bundesgericht zitierten Publikationen (NaP-Rezeptierung, S. 456; Entwurf Suizid-Präventions-Gesetz, S. 1126 ff.) explizit sowohl auf die EMRK als auch auf die Bundesverfassung; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 118 f., nennen sowohl die Bundesverfassung als auch die EMRK als Rechtsquellen für das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung seines eigenen Lebens zu befinden. In den vom Bundesgericht zitierten Quellen zum Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, stützen sich einzig Minelli, Hangartner (in seinen ergänzenden Bemerkungen zu einem früheren Artikel von Minelli) und Wildhaber/Breitenmoser (im EMRK-Kommentar) ausschliesslich auf die EMRK.

1098 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz).

1099 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Rn. 51.

1100 Urteil des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020, Rn. 208.

1101 Urteil des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020, Rn. 209.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und sie, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen[1102].

In Österreich hat der Verfassungsgerichtshof die Strafbarkeit der Hilfeleistung zur Selbsttötung (§ 78 zweiter Fall des österreichischen Strafgesetzbuches) im Dezember 2020 als verfassungswidrig erkannt und aufgehoben[1103]. Dabei hat er festgehalten, dass zur freien Selbstbestimmung auch die Entscheidung, ob und aus welchen Gründen ein Einzelner sein Leben in Würde beenden will, gehört[1104]. Das aus der österreichischen Bundesverfassung ableitbare Recht auf freie Selbstbestimmung «erfasst nicht nur die Entscheidung und das Handeln des Suizidwilligen selbst, sondern auch das Recht des Suizidwilligen auf Inanspruchnahme der Hilfe eines (dazu bereiten) Dritten.»[1105]

3. *«Recht auf den eigenen Tod»*

In BGE 133 I 58 hat das Bundesgericht das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, als «Recht auf den eigenen Tod» bezeichnet[1106]. Zehn Jahre nach diesem Urteil hat es in BGE 142 I 195 festgehalten, dass es sich nicht um ein Recht zum Sterben («droit de mourir»), sondern um eine Freiheit zum Sterben («liberté de mourir») handle[1107]. Die Unterscheidung zwischen Recht und Freiheit wird jedoch im übernächsten Satz desselben Urteils wieder fallen gelassen[1108].

Weil das Bundesgericht das Recht auf den eigenen Tod nur in einem Urteil stipuliert und später wieder relativiert hat, wird die Formulierung «Recht auf den eigenen Tod» nachfolgend nicht mehr verwendet. Stattdessen werden die einzelnen Ansprüche, die sich im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende aus dem Recht auf persönliche Freiheit ergeben, herausgearbeitet.

1102 Urteil des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts 2 BvR 2347/15 vom 26. Februar 2020, Rn. 212.

1103 Urteil des (österreichischen) Verfassungsgerichtshofs G 139/2019–71 vom 11. Dezember 2020 Rn. 104.

1104 Urteil des (österreichischen) Verfassungsgerichtshofs G 139/2019–71 vom 11. Dezember 2020 Rn. 73.

1105 Urteil des (österreichischen) Verfassungsgerichtshofs G 139/2019–71 vom 11. Dezember 2020 Rn. 74.

1106 BGE 133 I 58 E. 6.2.1.

1107 BGE 142 I 195, E. 3.4: «Les personnes capables de discernement qui sont en mesure de prendre elles-mêmes le produit létal bénéficient ainsi d'un droit protégeant leur décision. En ce sens, il ne s'agit pas d'un droit de mourir, mais bien plutôt d'une liberté de mourir, dans la mesure où un droit porte sur une prestation que l'on peut exiger de l'Etat alors qu'une liberté vise à respecter l'autonomie de la personne, c'est-à-dire un choix qui est garanti par l'Etat.».

1108 BGE 142 I 195, E. 3.4: «Par la suite, il sera indifféremment fait mention de 'liberté' ou de 'droit', l'art. 35 Cst., dont il est notamment question ci-dessous, concernant la réalisation des droits comme des libertés».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

Das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, beinhaltet das Recht, lebenserhaltende Massnahmen abzulehnen[1109]. «Es muss [...] gewährleistet sein, dass der Wille eines Betroffenen, sein Leben nicht durch lebenserhaltende Massnahmen aufrechterhalten zu lassen, respektiert wird»[1110]. Der gegen lebenserhaltende Massnahmen gerichtete Abwehranspruch ergibt sich aus dem Recht auf persönliche Freiheit und aus der Achtung der Menschenwürde[1111]. In der Literatur wird teilweise vertreten, dass sich der gegen lebenserhaltende Massnahmen gerichtete Abwehranspruch auch aus dem Recht auf Leben ergibt[1112]. Diese Auffassung wird jedoch nicht begründet und ist auch nach Lektüre der zitierten Quellen nicht nachvollziehbar. Der EGMR hat im Urteil Pretty explizit festgehalten, dass aus dem Recht auf Leben kein Recht auf den Tod abgeleitet werden kann[1113].

Das Recht auf Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen beinhaltet einen Abwehranspruch und zugleich einen Schutzanspruch. Jeder Mensch hat das Recht, medizinische Eingriffe abzulehnen (Abwehranspruch, Abwehr von Körperverletzungen)[1114]. Gleichzeitig muss der Staat sicherstellen, dass lebenserhaltende Massnahmen nur dann durchgeführt werden, wenn die betroffene Person einwilligt und dass sie in allen anderen Fällen nicht durchgeführt bzw. andernfalls eine Durchführung strafrechtliche Konsequenzen wegen Verletzung der körperlichen Unversehrtheit nach sich zieht (Schutzanspruch, Schutz der körperlichen Unversehrtheit)[1115].

Wird eine Behandlung ohne entsprechende Äusserung der betroffenen Person eingestellt oder gar nicht erst aufgenommen, handelt es sich nicht um einen Fall von Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen. Auf die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen ohne entsprechende Willensäusserung der betroffenen Person wurde im Kapitel zum Recht auf Leben eingegangen[1116].

Der gegen lebenserhaltende Massnahmen gerichtete Abwehranspruch lässt sich in erster Linie aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit als Teil der persönlichen Freiheit ableiten. Der so begründete Abwehranspruch richtet sich nicht nur gegen lebenserhaltende Massnahmen, sondern ganz allgemein gegen medizinische Eingriffe. Er besteht m.a.W. nicht nur in Situationen, in denen der

1109 Urteil des Bundesgerichtshofes VI ZR 13/18 vom 2. April 2019, Rn. 19; Haller, Menschenwürde, Rz. 58; Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 120; Kiener, Suizidhilfe, S. 275; Cherubini, EMS, S. 224; Bigler, in: Gonin/Bigler, Commentaire de la CEDH, Art. 2 N 61.
1110 Hangartner, Sterbehilfe, S. 73.
1111 Hangartner, Sterbehilfe, S. 79; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
1112 Hangartner, Sterbehilfe, S. 79; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
1113 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 39.
1114 Negri, Universal Human Rights, S. 8.
1115 Eicker/Fisch, Suizidhilfe, S. 106.
1116 § 6, III, 4 (Abbruch oder Nichtaufnahme bei fehlender Information über den Patientenwillen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Tod voraussichtlich innert kurzer Zeit nach Nichtaufnahme oder Abbruch von medizinischen Massnahmen eintritt. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit wird durch den strafrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung geschützt[1117]. Ein medizinischer Eingriff stellt grundsätzlich immer eine Körperverletzung dar, die jedoch durch Einwilligung gerechtfertigt werden kann[1118]. Fehlt es an dieser Einwilligung, ist die Körperverletzung nicht gerechtfertigt und damit strafbar[1119]. Zivilrechtlich ist der Anspruch auf Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen durch das Auftragsrecht gewährleistet: die PatientIn kann den Behandlungsauftrag zurückziehen oder gar nicht erst erteilen[1120].

Die Nichtaufnahme und der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen werden meistens unter dem Begriff «passive Sterbehilfe» abgehandelt[1121]. Die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe auf Wunsch der betroffenen Person ist unbestritten[1122], wobei die strafrechtliche Lehre verschiedene Theorien für die Begründung der Zulässigkeit hervorgebracht hat[1123]. Vereinzelt wird für die Begründung der Straflosigkeit auf die medizin-ethischen Richtlinien der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften verwiesen[1124]. Eine andere Begründung stützt sich direkt auf das verfassungsrechtliche Selbstbestimmungsrecht[1125]. Strafrechtsdogmatisch lässt sich die Straflosigkeit der passiven Sterbehilfe durch eine Modifikation der Garantenpflicht der ÄrztIn dahingehend begründen, dass lebenserhaltende Massnahmen nicht mehr vorgenommen werden müssen[1126].

III. Suizid und Suizidhilfe

1. Kein Anspruch auf Suizidhilfe

Die Freiheit zur Beendigung des eigenen Lebens ist weder im schweizerischen Bundesrecht noch in anderen Ländern gesetzlich garantiert[1127]. Einzig im Kanton

1117 Stratenwerth/Wohlers, Handkommentar StGB, Art. 123 N 1.
1118 BGE 124 IV 258 E. 2; BGE 99 IV 208 E. 3; Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 104; Andreas Donatsch, StGB Kommentar, 19. Aufl., Zürich 2013, Art. 122 N 4; Trechsel/Fingerhuth, in: Trechsel/Pieth, Praxiskommentar StGB, Vorbemerkungen Art. 122–126 N 6; Stratenwerth/Wohlers, Handkommentar StGB, Art. 123 N 2; BSK StGB-Roth/Berkemeier, Vor Art. 122 N 26 ff.
1119 Lüthi, Lebensverkürzung, S. 156; Zimmermann et al., Lebensende, S. 150.
1120 Hangartner, Sterbehilfe, S. 79.
1121 Yvo Hangartner, Sterbehilfe, S. 69; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
1122 Günter Stratenwerth, Sterbehilfe, S. 69 f.
1123 Peterková, Sterbehilfe, äussert sich im Abschnitt «Die Begründung der Straflosigkeit eines Arztes bei Beendigung einer Behandlung», S. 103 ff., nicht zur Begründung der Straflosigkeit.
1124 BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 49.
1125 Brunner/Thommen, Sterben und Tod, S. 71; Lüthi, Lebensverkürzung, S. 155; BSK StGB-Schwarzenegger/Stössel, Vor Art. 111 N 50.
1126 Geth, Passive Sterbehilfe, S. 14.
1127 Mathieu, Right to life, S. 15: «Although certain countries may have partly decriminalised euthanasia, there is no legislation enshrining the freedom to take one's life as a fundamental individual right.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Neuenburg ist sie im Gesundheitsgesetz verankert: «Toute personne capable de discernement a le droit de choisir les modalités et le moment de sa mort.»[1128] Andere Kantone haben sich bei der Regelung der Suizidhilfe am Kanton Neuenburg orientiert, ohne jedoch das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes gesetzlich zu verankern[1129].

In seinem Grundsatzurteil aus dem Jahr 2006 hat das Bundesgericht festgehalten, dass das Recht auf den eigenen Tod von einem Anspruch auf Beihilfe zum Suizid seitens des Staates oder Dritter abzugrenzen sei. «[E]in 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»[1130]. Der EGMR hat im Rahmen der gegen dieses Urteil gerichteten Beschwerde bestätigt, dass das Recht auf Achtung des Privatlebens (Art. 8 EMRK) ein Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens beinhalte. Im konkreten Fall hat der Gerichtshof aber eine Verletzung von Art. 8 EMRK verneint. Dabei hat er offen gelassen, ob ein Anspruch auf Hilfe bei der Selbsttötung besteht. Selbst wenn die Mitgliedstaaten verpflichtet wären, Massnahmen zur Erleichterung eines würdevollen Suizids zu erlassen, hätten die Schweizer Behörden im konkreten Fall nicht dagegen verstossen[1131].

Weil das Bundesgericht die vom EGMR offen gelassene Frage beantwortet hat, wird im Folgenden davon ausgegangen, dass kein umfassender Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines würdevollen Suizids durch den Staat oder Dritte (zum Beispiel in Form staatlicher oder staatlich beauftragter Suizidhilfeorganisationen) besteht. Davon abzugrenzen ist die Frage, ob unter Umständen ein Anspruch auf Verschreibung einer tödlichen Substanz besteht[1132].

2. *Anspruch auf Nichtverhinderung eines Suizids*

Ein Mensch darf grundsätzlich nicht gegen seinen Willen am Suizid gehindert werden[1133]. Gleichzeitig besteht aber auch Einigkeit darüber, dass Suizide verhindert werden sollen, wenn sie Folge einer vorübergehenden Niedergeschlagenheit sind. Weil auch in diesen Fällen ein Suizidwille entstehen kann, braucht es für die Unzulässigkeit einer Hinderung mehr als nur den (möglicherweise vorüberge-

1128 Art. 35a Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg.
1129 § 16, II, 1 (Regelungen auf kantonaler Ebene).
1130 BGE 133 I 58 E. 6.2.1. Siehe auch Mathieu, Right to life, S. 78: «We can conclude, on the basis of such reasoning, that there exists no fundamental right to have oneself killed.».
1131 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 61: «Having regard to the foregoing and to the margin of appreciation enjoyed by the national authorities in such a case, the Court considers that, **even assuming that the States have a positive obligation to adopt measures to facilitate the act of suicide with dignity**, the Swiss authorities have not failed to comply with this obligation in the instant case.» (Hervorhebung hinzugefügt).
1132 Dazu sogleich: § 7, III, 3.
1133 Baumann, Persönliche Freiheit, S. 316; Soland, Suizidverhinderung.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

henden) Willen zum Suizid. Damit ein Suizid nicht verhindert werden darf, muss der Suizidwille mit anderen Worten qualifiziert sein, d.h. es müssen die drei Voraussetzungen der Eigenverantwortlichkeit (Zwangsfreiheit, Irrtumsfreiheit und Urteilsfähigkeit[1134]) gegeben sein.

Dem Staat kommt eine Schutzpflicht zur Verhinderung eines Suizids zu, wenn dieser bei einer Person in einem seelischen Ausnahmezustand zu vermuten ist[1135]. In Situationen, in denen die Voraussetzungen eines eigenverantwortlichen Suizids möglicherweise nicht erfüllt sind, muss der Suizid verhindert werden. Weil es kaum möglich ist, die Eigenverantwortlichkeit mit hundertprozentiger Sicherheit festzustellen, geht es jedoch zu weit, eine Pflicht zur Suizidverhinderung immer dann zu bejahen, wenn die Eigenverantwortlichkeit nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann[1136].

Wird ein Mensch am Suizid gehindert, obwohl die Freiverantwortlichkeit mit hinreichender Klarheit feststeht, liegt eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts der suizidwilligen Person vor. Es besteht ein entsprechender Abwehranspruch gegen die Suizidverhinderung durch staatliche Organe und ein Schutzanspruch zum Schutz vor Suizidverhinderung durch nichtstaatliche Akteure[1137]. Dieser Schutzanspruch wird durch die Strafbarkeit der Suizidverhinderung umgesetzt. Wenn die betroffene Person bereits eine tödliche Substanz eingenommen hat und für die Verhinderung des Todeseintritts ein entsprechender Eingriff notwendig ist, liegt eine ungerechtfertigte und damit strafbare Körperverletzung vor[1138]. Die physische Verhinderung eines Suizids und die Fixation einer suizidalen Person können den Straftatbestand der Nötigung erfüllen[1139].

3. Anspruch auf Verschreibung einer tödlichen Substanz

3.1. Rechtsprechung des Bundesgerichts

Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid aus dem Jahr 2006 einen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid abgelehnt[1140], ohne sich dazu zu äussern, was es unter den Begriff der Beihilfe subsumiert. Im Urteil des Bundesgerichts ging es im Kern um die Frage, ob der Staat «sicherstellen muss, dass der Beschwerdeführer schmerz- und risikolos sterben kann, und deshalb dafür zu sorgen hat, dass

1134 Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 149 ff.
1135 Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
1136 So aber BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 43. Tschentscher verwendet den Begriff der Freiverantwortlichkeit als Oberbegriff und meint damit das, was Venetz als Eigenverantwortlichkeit bezeichnet. Diese setzt sich zusammen aus Zwangsfreiheit, Irrtumsfreiheit und Urteilsfähigkeit (Venetz, Suizidhilfeorganisationen, S. 149 ff.).
1137 Baumgarten, Right to Die, S. 124.
1138 Soland, Suizidverhinderung, S. 38.
1139 Soland, Suizidverhinderung, S. 39.
1140 BGE 133 I 58 E. 6.2.1.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

er in Abweichung von der gesetzlichen Regelung ohne ärztliche Verschreibung Natrium-Pentobarbital erhält»[1141]. Das Bundesgericht hat in diesem Urteil das Bestehen eines Anspruchs auf Zugang zu Natrium-Pentobarbital ohne ärztliche Verschreibung verneint[1142]. Es hat sich jedoch nicht zur Frage geäussert, ob unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf die ärztliche Verschreibung besteht. In einem Urteil aus dem Jahr 2018 hat das Bundesgericht explizit festgehalten, dass «die materielle Frage, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Beschwerdeführer Anspruch darauf haben, von einem Arzt Natrium-Pentobarbital zu erhalten, um damit aus dem Leben zu scheiden» nicht Streitgegenstand sei[1143].

3.2. Rechtsprechung des EGMR

Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat sich in mehreren Fällen mit der Suizidhilfe auseinandergesetzt. Im Entscheid Pretty gegen das Vereinigte Königreich aus dem Jahr 2002 war die Frage zu beurteilen, ob die im britischen Recht vorgesehene Strafbarkeit der Suizidhilfe gegen die Menschenrechtskonvention verstösst. Der Gerichtshof hat diese Frage unter dem Blickwinkel aller denkbaren Menschenrechte (Recht auf Leben[1144], Verbot der Folter[1145], Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens[1146], Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit[1147] sowie Diskriminierungsverbot[1148]) einstimmig verneint[1149].

Im Entscheid Haas gegen die Schweiz aus dem Jahr 2011 hatte der europäische Gerichtshof das Grundsatzurteil des Bundesgerichts zur Frage der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital (BGE 133 I 58) unter dem Blickwinkel von Art. 8 EMRK zu beurteilen. Dabei hat er bestätigt, dass das Recht auf Achtung des Privatlebens ein Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens beinhaltet, sofern die betroffene Person fähig ist, den Entscheid frei zu fällen und umzusetzen[1150]. Die Frage, ob Staaten eine positive Verpflichtung zur Erleichterung des Suizids treffe, hat der Gerichtshof offen gelassen und gleichzeitig festgehalten, dass die Schweiz selbst bei Bestehen einer solchen Ver-

1141 BGE 133 I 58 E. 6.2.3.
1142 BGE 133 I 58 E. 6.2.3.
1143 Urteil des Bundesgerichts 2C_608/2017 vom 24. August 2018, E. 1.2.
1144 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 34 ff.
1145 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 43 ff.
1146 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 57 ff.
1147 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 79 ff.
1148 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 84 ff.
1149 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 42, 56, 78, 83, 90; vgl. Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 169 ff. sowie Schweizer, Sterbehilfe, S. 31 ff.
1150 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 51.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

pflichtung diese nicht verletzt hätte[1151]. Dementsprechend wurde im Ergebnis eine Verletzung von Art. 8 EMRK verneint[1152].

Im Entscheid Koch gegen Deutschland aus dem Jahr 2012 hatte der Gerichtshof über die Zulässigkeit des Nichteintretens auf ein Gesuch um Verschreibung einer tödlichen Substanz zu entscheiden. Dabei kam er zum Ergebnis, dass die deutschen Gerichte mit dem Nichteintreten auf das Gesuch der im Urteilszeitpunkt bereits verstorbenen Frau das Recht ihres Ehemannes auf Achtung des Privatlebens verletzt hatten[1153]. Der weitere (innerstaatliche) Verlauf dieses Verfahrens wird nachfolgend bei der Rechtsprechung des deutschen Bundesverwaltungsgerichts dargestellt[1154].

Im Nichteintretensentscheid Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich aus dem Jahr 2015 hat der Gerichtshof erneut festgehalten, dass es dem nationalen Gesetzgeber überlassen ist, ob die Suizidbeihilfe strafbar sein soll oder nicht[1155].

Im Entscheid Gross gegen die Schweiz aus dem Jahr 2013 hat der Gerichtshof infolge der fehlenden gesetzlichen Regulierung der Suizidhilfe eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Privatlebens erkannt[1156]. Dieses Urteil wurde von der Schweiz an die Grosse Kammer des Gerichtshofs weitergezogen[1157]. Im Jahr 2014 hat die Grosse Kammer mit 9 zu 8 Stimmen die Beschwerde für unzulässig erklärt, weil die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2011 und damit vor dem ersten Urteil des Gerichtshofs verstorben war. Die Grosse Kammer hat dabei auch festgehalten, dass der Entscheid aus dem Jahr 2013 keine Rechtskraft erlangt habe[1158]. Da das Urteil aus dem Jahr 2013 mit 4 zu 3 Stimmen gefällt worden ist, kann nur darüber spekuliert werden, ob der Gerichtshof bei einem ähnlich gelagerten Fall gleich entscheiden würde.

Der europäische Gerichtshof hat in seinen Urteilen zur Suizidhilfe wiederholt festgehalten, dass den EMRK-Mitgliedstaaten aufgrund der unterschiedlichen Haltungen zu diesem Thema ein grosser Beurteilungsspielraum («margin of app-

1151 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 61: «the Court considers that, even assuming that the States have a positive obligation to adopt measures to facilitate the act of suicide with dignity, the Swiss authorities have not failed to comply with this obligation in the instant case».

1152 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 61.

1153 Urteil des EGMR 497/09 vom 19. Juli 2012 (Koch gegen Deutschland), Ziff. 72.

1154 § 4, III, 4.3.3. (Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts [Deutschland]).

1155 Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 84.

1156 Urteil des EGMR 67810/10 vom 13. Mai 2013 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 67.

1157 Urteil der Grossen Kammer des EGMR 67810/10 vom 30. September 2014 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 5.

1158 Urteil der Grossen Kammer des EGMR 67810/10 vom 30. September 2014 (Gross gegen Schweiz), Ziff. 35.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

reciation») zustehe[1159]. Insgesamt lässt sich daher aus der Rechtsprechung des EGMR für die Regelung der Suizidhilfe in der Schweiz nicht viel ableiten.

3.3. Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Deutschland)

Nach dem Entscheid Koch gegen Deutschland, mit dem der EGMR im Nichteintreten der deutschen Gerichte auf die Klage von Ulrich Koch eine Verletzung von Art. 8 EMRK erkannt hat[1160], sind das Verwaltungsgericht Köln und das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen zwar auf die Klage eingetreten, haben diese jedoch abgewiesen[1161]. Das deutsche Bundesverwaltungsgericht hat in der Folge die gegen das Urteil des Oberverwaltungsgerichts NRW gerichtete Revision als teilweise begründet beurteilt. Es hat festgehalten, dass die entscheidende Bestimmung im deutschen Betäubungsmittelgesetz[1162] (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG[1163]) «grundrechtskonform dahin ausgelegt werden [muss], dass er der Erlaubniserteilung ausnahmsweise nicht entgegensteht, wenn sich der Suizidwillige wegen seiner Erkrankung in einer extremen Notlage befindet»[1164].

Zwar schliesse § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG die Erteilung einer Erwerbserlaubnis zum Zweck der Selbsttötung grundsätzlich aus, weil eine solche Erlaubnis mit dem Ziel des Betäubungsmittelgesetzes, die menschliche Gesundheit und das Leben zu schützen, nicht vereinbar sei[1165]. Ein ausnahmsloses Verbot, Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung zu erwerben, greife jedoch in das grundrechtlich geschützte Recht schwer und unheilbar kranker Menschen ein, selbstbestimmt darüber zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt ihr Leben enden soll[1166]. Im Hinblick auf den grundrechtlichen Schutz des Selbstbestimmungsrechts sei das Betäubungsmittelgesetz dahin auszulegen, «dass der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung mit dem Zweck des Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ausnahmswei-

1159 Urteil des EGMR 2346/02 vom 29. April 2002 (Pretty gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 70; Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 55; Urteil des EGMR 497/09 vom 19. Juli 2012 (Koch gegen Deutschland), Ziff. 70; Entscheid des EGMR 2478/15 und 1787/15 vom 23. Juni 2015 (Nicklinson und Lamb gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 84.

1160 Urteil des EGMR 497/09 vom 19. Juli 2012 (Koch gegen Deutschland), Ziff. 72.

1161 Urteil des Verwaltungsgerichts Köln 7 K 254/13 vom 13. Mai 2014; Urteil des Oberverwaltungsgerichts NRW 13 A 1299/14 vom 19. August 2015.

1162 Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz, BtMG).

1163 § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG: «Die Erlaubnis nach § 3 ist zu versagen, wenn die Art und der Zweck des beantragten Verkehrs nicht mit dem Zweck dieses Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Mißbrauch von Betäubungsmitteln oder die mißbräuchliche Herstellung ausgenommener Zubereitungen sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, vereinbar ist [...]».

1164 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 17.

1165 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 21.

1166 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 22.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

se vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet»[1167].

Eine extreme Notlage ist gegeben, wenn

1. die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei den Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können,
2. die Betroffenen entscheidungsfähig sind und sich frei und ernsthaft entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen und ihnen
3. eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht[1168].

Wenn jemand in einer solchen Weise seiner Krankheit ausgeliefert sei, komme seinem Selbstbestimmungsrecht ein besonderes Gewicht zu, hinter dem die staatliche Schutzpflicht für das Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes[1169]) zurücktrete[1170].

Das dritte Kriterium – d.h. die anderweitige Möglichkeit, den Sterbewunsch in zumutbarer Weise zu verwirklichen – wird im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts noch genauer spezifiziert. «Von einer solchen Möglichkeit kann in der Regel ausgegangen werden, wenn der Betroffene sein Leben durch einen palliativ-medizinisch begleiteten Abbruch lebenserhaltender oder -verlängernder Behandlungsmaßnahmen beenden kann, zum Beispiel durch Abschalten des Beatmungsgeräts oder Einstellen der künstlichen Ernährung. […] Eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches ist der Behandlungsabbruch aber nur, wenn er voraussichtlich in absehbarer Zeit zum Eintritt des Todes führen wird, also nicht lediglich zu einer weiteren Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes auf unbestimmte Dauer, möglicherweise verbunden mit einem Verlust der Entscheidungsfähigkeit. Zudem muss gesichert sein, dass der Betroffene nach Abbruch der Behandlung palliativ-medizinisch ausreichend betreut wird. Dazu gehört insbesondere, dass Schmerzen, Atemnot und Übelkeit gelindert werden»[1171].

Weil nach deutschem Recht die Suizidhilfe mit erheblichen rechtlichen Risiken verbunden ist, dürfe die Rechtsordnung in einer solchen Situation die Betroffenen nicht darauf verweisen, eine ÄrztIn zu suchen, die bereit ist, diese Risiken einzugehen[1172]. Die staatliche Gemeinschaft dürfe die Betroffenen auch nicht auf die Möglichkeit, die angestrebte Selbsttötung mit dem gewünschten Betäubungs-

1167 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 28.
1168 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 31.
1169 Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland: «Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit».
1170 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 32.
1171 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 34.
1172 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 35.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mittel im Ausland vorzunehmen, verweisen. Art. 1 Abs. 3 des Grundgesetzes[1173] verpflichte den Staat, den erforderlichen Grundrechtsschutz innerhalb der eigenen Rechtsordnung zu gewährleisten[1174].

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts lässt sich das deutsche Betäubungsmittelgesetz grundrechtskonform auslegen: «In einer extremen Notlage der dargelegten Art kann die Anwendung eines Betäubungsmittels zur Selbsttötung ausnahmsweise als therapeutischen Zwecken dienend angesehen werden; sie ist die einzige Möglichkeit, eine krankheitsbedingte, für den Betroffenen unerträgliche Leidenssituation zu beenden. Da die Annahme einer extremen Notlage verlangt, dass eine Linderung auf andere Weise nicht erreicht werden kann und eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht besteht, stellt sich die Versorgung mit dem Betäubungsmittel auch als notwendig dar. Entsprechend ist die Wortlautgrenze des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG nicht überschritten»[1175]. Es sei auch nicht erkennbar, dass die verfassungskonforme Interpretation dem Willen des Gesetzgebers zuwiderlaufe[1176].

Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Schreiben vom 29. Juni 2018 angewiesen, alle Anträge auf Erlaubnis zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital abzuweisen[1177].

3.4. Würdigung der geltenden Regelung

3.4.1. Geltende Regelung

Die geltende Regelung für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in der Schweiz ist im Kapitel zur Rechtslage ausführlich dargestellt[1178]. Kurz zusammengefasst ist die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zulässig, sofern:

1. eine länger dauernde ärztliche Begleitung durch eine SpezialistIn vorliegt,
2. diese SpezialistIn die Beständigkeit des Todeswunsches und der diesbezüglichen Urteilsfähigkeit bestätigt,
3. eine eingehende, sorgfältige medizinische Untersuchung und Diagnosestellung vorgenommen wurde[1179].

1173 Art. 1 Abs. 3 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland: «Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht».

1174 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 36.

1175 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 37.

1176 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 38.

1177 Kleine Anfrage der Abgeordneten […] betreffend den Umgang mit Anträgen von schwer und unheilbar Kranken in extremer Notlage auf Erlaubnis zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital (Drucksache 19/8750), S. 2.

1178 § 4, VI, 5 (Verschreibung von Natrium-Pentobarbital).

1179 BGE 133 I 58 E. 6.3.6; Urteil des Bundesgerichts 2C_9/2010 vom 12. April 2010, E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 6.5.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, dürfen ÄrztInnen eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital verschreiben, sie sind aber nicht dazu verpflichtet.

Werden diese Vorgaben nicht eingehalten, liegt ein Verstoss sowohl gegen das Heilmittelgesetz (Art. 26 Abs. 1 HMG) und das Betäubungsmittelgesetz (Art. 11 Abs. 1 BetMG)[1180] als auch gegen die im Medizinalberufegesetz festgehaltenen Berufspflichten (Art. 40 lit. a MedBG) vor[1181]. Dies gilt zumindest dann, wenn bei der suizidwilligen Person eine psychische Erkrankung vorliegt. Gerichtlich nicht geklärt ist, welche Voraussetzungen bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital für Menschen ohne psychische Erkrankung einzuhalten sind[1182].

3.4.2. Würdigung

Während der EGMR offen gelassen hat, ob der Staat verpflichtet ist, Massnahmen zur Vereinfachung eines würdevollen Suizids zu treffen[1183], hat das deutsche Bundesverwaltungsgericht eine Schutzpflicht des Staates zur Erlaubniserteilung für den Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung in Fällen, in denen sich die suizidwillige ErwerberIn wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet, bejaht[1184]. Dies jedoch vor dem Hintergrund der Rechtslage in Deutschland, wo die Suizidhilfe mit erheblichen rechtlichen Risiken verbunden ist[1185].

Im Verfahren Haas gegen die Schweiz hatte sich der Beschwerdeführer nach dem Urteil des Bundesgerichts schriftlich an 170 Psychiater in der Region Basel gewandt, um ein Rezept für das Sterbemittel verschrieben zu bekommen[1186]. Die Vertretung der Schweiz hat die Eignung dieses Vorgehens für das damit angeblich verfolgte Ziel in Frage gestellt[1187]. Der Gerichtshof hat diese Argumentation aufgenommen und war u.a. wegen der Formulierung des Schreibens nicht davon überzeugt, dass es für den Beschwerdeführer unmöglich gewesen sei, eine ÄrztIn zu finden, die Suizidhilfe leisten würde[1188].

Indem die Richtlinien der SAMW[1189] und das Bundesgericht[1190] es der einzelnen ÄrztIn überlassen, ob sie Suizidhilfe in Form der Ausstellung eines Rezepts für NaP leisten will oder nicht, haftet dem Zugang zum Sterbemittel auf den

1180 Urteil des Bundesgerichts 2C_9/2010 vom 12. April 2010, E. 3.2 i.V.m. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich VB.2009.00298 vom 22. Oktober 2009, E. 3.2.
1181 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 4.1. und 7.4.
1182 § 4, VI, 5.4 (Rechtsprechung zur Verschreibung von Natrium-Pentobarbital) und 5.5 (Zwischenfazit).
1183 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Rn. 61.
1184 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 32.
1185 Urteil des (deutschen) Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 19.15 vom 2. März 2017, Rn. 35.
1186 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 17.
1187 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 44.
1188 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Ziff. 60.
1189 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe).
1190 BGE 133 I 58 E. 6.3.4; BGE 142 I 195 E. 3.2.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ersten Blick etwas Willkürliches an. Diese Regelung hat zur Folge, dass in gleichgelagerten Fällen unterschiedlich entschieden werden kann, weil die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei ansonsten gegebenen Voraussetzungen letztlich von der Haltung der ÄrztIn abhängt. Wenn das Bundesgericht das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, anerkennt, darf die Inanspruchnahme dieses Rechts aufgrund des verfassungsrechtlich garantierten Willkürverbots nicht von Zufälligkeiten abhängen.

Mit Blick auf die Tatsache, dass in der Schweiz verschiedene Suizidhilfeorganisationen aktiv sind und diese über ein Netzwerk von grundsätzlich verschreibungswilligen ÄrztInnen verfügen[1191], scheint dieses Problem jedoch ein theoretisches zu sein. Das Bundesgericht und der EGMR haben wiederholt festgehalten, dass die EMRK nicht bloss theoretische oder illusorische Rechte, sondern Rechte, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten, garantiert[1192]. Die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen in der Schweiz zeigt deutlich, dass das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes weit davon entfernt ist, bloss theoretisch oder illusorisch zu sein. Insofern erscheint es nicht erforderlich, die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei gegebenen Voraussetzungen über staatliche Organe zu gewährleisten.

Wenn sich die Ausgangslage dahingehend verändern sollte, dass suizidwillige Personen auch mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation keine ÄrztIn finden, die bei gegebenen Voraussetzungen das Sterbemittel verschreibt, würde das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt den eigenen Todes jedoch zu einem theoretischen bzw. illusorischen Recht. Diesfalls wäre ein Anspruch auf staatliche Verschreibung und Abgabe des tödlichen Mittels zu bejahen[1193].

4. *Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen*

Menschen, die in ihren eigenen vier Wänden wohnen, können selbst entscheiden, wen sie in ihrer Wohnung empfangen wollen. Wenn sie mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation ihr Leben beenden wollen, können sie dies bei sich zuhause tun. Der Staat darf niemanden daran hindern, einen wohlüberlegten Suizid in der eigenen Wohnung zu begehen[1194]. Weniger eindeutig ist die Rechtslage jedoch dann, wenn sich eine suizidwillige Person in einem Spital bzw. einem Alter- oder Pflegeheim befindet und ihr Leben dort beenden will.

1191 Die Suizidhilfeorganisation Exit schreibt auf ihrer Webseite, dass das Ausstellen des Rezeptes für das Sterbemittel «über den Hausarzt, einen anderen behandelnden Arzt oder nötigenfalls über einen durch EXIT vermittelten Konsiliararzt» geschieht.
1192 BGE 133 I 58 E. 6.2.3.
1193 Vgl. dazu Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 198.
1194 Baumgarten, Right to Die, S. 124.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In der Schweiz haben mehrere Kantone und Gemeinden, teilweise auch einzelne Institutionen, unterschiedliche Regelungen zum Zugang von Suizidhilfeorganisationen erlassen[1195]. Auf Ebene der einzelnen Institutionen ist es häufig so, dass PatientInnen, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen wollen, austreten müssen[1196].

Das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, gehört gemäss Bundesgericht und EGMR zum verfassungs- und konventionsrechtlich garantierten Recht auf persönliche Freiheit[1197]. Wenn Institutionen den Zugang von Suizidhilfeorganisationen verbieten wollen, handelt es sich dementsprechend um eine rechtfertigungsbedürftige Grundrechtseinschränkung. Die Frage ist, ob sie auch rechtfertigungsfähig ist. Zu dieser Frage bestehen sehr unterschiedliche Auffassungen. Während Kiener den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu staatlichen Institutionen als nicht mit der verfassungsrechtlichen Pflicht zum Schutz des Lebens vereinbar bezeichnet[1198], erachten Jaag/Rüssli gerade umgekehrt die Verfassungsmässigkeit eines Zugangsverbots als zweifelhaft[1199]. Gemäss Baumgarten ist es sogar selbstverständlich, dass der Staat den Suizidwillen einer PatientIn, die in einem öffentlich-rechtlichen Spital liegt, zu respektieren hat[1200].

Die Frage, wie der Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen geregelt werden kann, wird im dritten der vorliegenden Arbeit ausführlich behandelt[1201].

5. *Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung*

Das Bundesgericht hat in BGE 142 I 195 entschieden, dass eine gesetzliche Verpflichtung der staatlich subventionierten gemeinnützigen Einrichtungen, den begleiteten Suizid bei sich zu dulden, sowohl mit der Glaubens- und Gewissensfreiheit als auch mit der Rechtsgleichheit vereinbar ist[1202]. Die Heilsarmee wollte auf dem Beschwerdeweg eine entsprechende Änderung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg annullieren[1203].

1195 § 16, II (Aktuelle Rechtslage).
1196 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 39.
1197 BGE 133 I 58 E. 6.1; BGE 142 I 195 E. 3.2; Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen Schweiz), Rn. 51.
1198 Kiener, Suizidhilfe, S. 281.
1199 Jaag/Rüssli, Sterbehilfe, S. 124.
1200 Baumgarten, Right to Die, S. 126 f.
1201 § 16 (Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen).
1202 BGE 142 I 195 E. 5.8 und 6.4.
1203 BGE 142 I 195, Sachverhalt lit. B.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.1. Angefochtene Regelung

Streitgegenstand war Art. 35a des neuenburgischen Gesundheitsgesetzes[1204], mit dem öffentlich mitfinanzierte Alters- und Pflegeheime dazu verpflichtet werden, die Wahl einer PatientIn oder BewohnerIn, mit Unterstützung einer externen Organisation Suizid zu begehen, zu respektieren. Das Gesetz nennt drei Voraussetzungen, die dazu erfüllt sein müssen[1205]:

– die Person leidet an einer schweren und unheilbaren Krankheit oder solchen Unfallfolgen;
– jede mögliche therapeutische Behandlung, insbesondere im Zusammenhang mit Palliative Care, wurde angeboten, und die Person hat ausdrücklich dazu Stellung genommen;
– die Person hat keine Wohnung mehr oder die Rückkehr der Person in ihre Wohnung ist unzumutbar.

In seinem Urteil hat das Bundesgericht nach der Zusammenfassung seiner eigenen sowie der Rechtsprechung des EGMR[1206] festgehalten, dass der kantonale Gesetzgeber mit dieser Regelung die Effektivität der Freiheit bzw. des Rechts[1207] auf Wahl von Art und Zeitpunkt der Lebensbeendigung garantiere und dass dieses Recht ohne entsprechende Regelung für die betroffenen Personen theoretisch bleiben würde. Die Freiheit bzw. das Recht auf den eigenen Tod involviere nur die Person, welche ihr Leben beenden wolle. Demgegenüber involviere die Suizidhilfe einen Dritten, der der betroffenen Person das zur Lebensbeendigung erforderlichen Mittel zur Verfügung stellt. Es sei festzuhalten, dass das neue Gesetz selbst keine staatliche Verpflichtung in dem Sinne begründe, dass der Staat oder die Institution bei der Suizidhilfe mitwirken müsste. Es schreibe den öffentlich mitfinanzierten Institutionen lediglich vor, die Anwesenheit privater Suizidhilfeorganisationen zu dulden und verbiete, die Suizidhilfe zu behindern. Das Gesetz schaffe somit kein Recht auf Sterben mit staatlicher Hilfe. Stattdessen verwirkliche die Regelung das Recht auf Autonomie, das es dem Einzelnen ermöglicht, selbst zu entscheiden, wie er sterben will, z.B. durch einen begleiteten Suizid[1208].

1204 Loi de santé du 6 février 1995 du Canton de Neuchâtel.
1205 Art. 35a Abs. 2 Loi de santé du Canton de Neuchâtel: «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: 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.».
1206 BGE 142 I 195 E. 3.2 und 3.3.
1207 Das Bundesgericht verwendet an dieser Stelle den Begriff «liberté» (Freiheit), hält aber weiter oben (in E. 3.4 am Ende) fest, dass es die Begriffe «liberté» und «droit» (Recht) als gleichwertig betrachtet.
1208 BGE 142 I 195 E. 4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Der Gesetzestext schaffe für HeimbewohnerInnen, welche die strengen Bedingungen von Art. 35a LS-NE erfüllten und denen durch ein staatlich finanziertes Heim der Zugang zu einer Suizidhilfeorganisation verweigert werde, die Möglichkeit, diesen Sachverhalt bei der Aufsichtsbehörde zu melden (Art. 35b LS-NE). HeimbewohnerInnen können aber auch in einem solchen Fall nicht verlangen, dass der Staat selbst Hilfe beim Suizid leiste (Sterbemittel, Begleitung, etc.). Mit anderen Worten habe der Gesetzgeber lediglich das Recht zu Sterben für diejenigen Menschen konkretisiert, die in einer staatlich mitfinanzierten Institution leben. Das ergebe sich aus der neuen Gesetzesbestimmung (Art. 35a Abs. 2 LS-NE), wonach jede urteilsfähige Person das Recht hat, die Modalitäten und den Zeitpunkt ihres Todes zu wählen. Zusätzlich zur Voraussetzung der Urteilsfähigkeit, die auch in den Richtlinien der SAMW verlangt werde, übernehme Art. 35a Abs. 2 LS-NE auch die Anforderung, wonach den PatientInnen bzw. BewohnerInnen alternative Möglichkeiten der Hilfestellung angeboten worden sein müssen. Anstelle der in den Richtlinien enthaltenen Voraussetzung, gemäss welcher das Lebensende nahe sein muss, werde im Gesetz eine schwere und unheilbare Krankheit oder Unfallfolge verlangt. Das Gesetz enthalte zudem eine Voraussetzung, die in den Richtlinien nicht vorkommt: das Fehlen einer eigenen Wohnung der Person oder die Unzumutbarkeit einer Rückkehr in die Wohnung[1209].

5.2. Vereinbarkeit mit der Glaubens- und Gewissensfreiheit

Das Bundesgericht setzt sich ausführlich mit der Glaubens- und Gewissensfreiheit im Allgemeinen und der Vereinbarkeit der neuenburgischen Regelung mit dieser im Besonderen auseinander. Es zitiert einen Entscheid aus dem Jahr 1889, wonach die Heilsarmee «zweifellos eine religiöse Genossenschaft oder Sekte» sei[1210] und hält anschliessend fest, dass sie sich dementsprechend auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit berufen könne[1211]. Als Inhaberin eines staatlich mitfinanzierten Alterswohnheims (Le Foyer) war die Heilsarmee von der Gesetzesänderung betroffen und musste Suizidhilfeorganisationen den Zugang gewähren, obwohl ihre religiöse Überzeugung es ihr untersagt, jemandem beim Suizid zu helfen. Mit dieser Verpflichtung tangiere der Gesetzgeber den äusseren Aspekt der Glaubens- und Gewissensfreiheit, der die Möglichkeit garantiert, nach seinen religiösen Überzeugungen zu handeln und nicht zu Tätigkeiten gezwungen zu werden, die den Glauben verletzen. Entgegen der Ansicht der Heilsarmee sei der Kerngehalt der Glaubens- und Gewissensfreiheit jedoch nicht berührt[1212].

1209 BGE 142 I 195 E. 4.
1210 BGE 15 682 E. 3.
1211 BGE 142 I 195 E. 5.4.
1212 BGE 142 I 195 E. 5.4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Wenn die Ausübung eines Grundrechts durch eine Person (oder sogar die Konkretisierung eines solchen Rechts durch eine Behörde im Rahmen der Wahrnehmung eines öffentlichen Interesses) die Ausübung eines oder mehrerer anderer Grundrechte durch eine andere Person beschränke, liege ein Konflikt der Freiheiten vor. Ein solcher Konflikt bestehe in diesem Fall zwischen der Glaubens- und Gewissensfreiheit auf der einen und der Freiheit zum Suizid auf der anderen Seite[1213].

In der Folge prüft das Bundesgericht die Voraussetzungen für die Einschränkung von Grundrechten gemäss Art. 36 BV. Das Vorliegen einer genügenden gesetzlichen Grundlage (Art. 36 Abs. 1 BV) war unbestritten. Der kantonale Gesetzgeber hat sich im Rahmen von Art. 36 Abs. 2 BV (Schutz von Grundrechten Dritter) für den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts der HeimbewohnerInnen gegenüber der Glaubens- und Gewissensfreiheit staatlich mitfinanzierter Heime entschieden. Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit (Art. 36 Abs. 3 BV) stelle sich die Frage, ob die Verpflichtung zur Duldung von Suizidhilfeorganisationen für die Heilsarmee tragbar sei, auch wenn diese die Ansicht vertrete, dass Menschen nicht Suizid begehen dürfen.

Bei der Prüfung der Verhältnismässigkeit weist das Bundesgericht zunächst darauf hin, dass die Fälle von Suizidhilfe mit Blick auf die Entwicklung im Kanton Waadt (12 Fälle im Jahr 2013[1214]) selten bleiben dürften. Hinzu komme, dass der Kanton Neuenburg die Suizidhilfe in den öffentlich mitfinanzierten Institutionen nur unter strengen Voraussetzungen zulasse. Die Person müsse an einer schweren und unheilbaren Krankheit oder entsprechenden Unfallfolgen leiden und keine Wohnung mehr haben bzw. die Rückkehr in eine noch bestehende Wohnung müsse unzumutbar sein. Diese letzte Voraussetzung impliziere, dass nur HeimbewohnerInnen (die üblicherweise über keine Wohnung mehr verfügen) und nicht transportierbare PatientInnen (die in der Regel noch eine Wohnung hätten) betroffen seien. Wenn die PatientInnen noch ein Zuhause haben, sollten Fälle, in denen eine Rückkehr nicht möglich ist, nicht die Regel sein. Diese Elemente deuteten auf die Verhältnismässigkeit des Eingriffs in die Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee hin. In den seltenen Fällen, in denen alle Voraussetzungen erfüllt wären, konfligiere die Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee mit dem Grundrecht der BewohnerIn auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eige-

1213 BGE 142 I 195 E. 5.5: «Lorsque l'exercice d'un droit fondamental par une personne (voire la concrétisation d'un tel droit par une autorité à travers la poursuite d'un intérêt public) se heurte à l'exercice d'un ou de plusieurs autres droits fondamentaux par une autre personne, il y a conflit de libertés (à distinguer de la notion de concours, cadre dans lequel il peut être question de subsidiarité invoquée par la recourante: cf. ATF 137 I 167 consid. 3.7 p. 176).
Un tel conflit existe en l'occurrence entre les deux libertés en cause, à savoir la liberté de conscience et de croyance et celle de se suicider.».

1214 Das Bundesgericht verweist diesbezüglich auf die Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Céline Ehrwein Nihan (Prévention du suicide : néglige-t-on nos aînés ?).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen Todes. Das Bundesgericht weist darauf hin, dass die Heilsarmee keine aktive Rolle bei der Suizidhilfe übernehmen und diese lediglich tolerieren müsse. Die Heilsarmee habe vorgebracht, dass bei der Interessenabwägung auch die Ansichten des Personals und der anderen BewohnerInnen berücksichtigt werden müssen. Abgesehen davon, dass dieser Standpunkt nicht erstellt sei, unterstreicht das Bundesgericht, dass die Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee und nicht jene von Dritten in Frage stehe. Darüber hinaus habe der Gesetzgeber durch die in Art. 35a LS-NE aufgestellten restriktiven Voraussetzungen dafür gesorgt, dass im kleinstmöglichen Umfang in die Grundrechte der Heilsarmee eingegriffen werde. Hinzu komme, dass sich die Heilsarmee der Duldungspflicht entziehen könne, indem sie auf die staatliche Anerkennung und Mitfinanzierung verzichte. Demgegenüber würde ein Vorrang der Glaubens- und Gewissensfreiheit gegenüber der Freiheit zum Suizid dazu führen, dass BewohnerInnen/PatientInnen (die nicht immer frei wählen können, in welches Heim sie kommen), welche die Voraussetzungen erfüllen (und somit keine Möglichkeit zum Verlassen des Heims mehr haben), ihres Rechts auf Selbstbestimmung beraubt würden, ohne eine Ausweichmöglichkeit zu haben[1215]. Dieser umständliche und zentrale Satz lautet im Original wie folgt: «A l'inverse, si la liberté de conscience et de croyance devait l'emporter sur la liberté de mettre fin à sa vie, cela signifierait que les résidents/patients (qui n'ont pas toujours le choix de l'établissement où séjourner) dans la position de réclamer l'aide en cause (qui ne peuvent donc plus physiquement rentrer chez eux) se verraient définitivement privés de leur droit à l'autodétermination, sans aucune alternative pour en bénéficier.»

Zusammenfassend überwiege in der Interessenabwägung die Freiheit der BewohnerInnen und PatientInnen des betroffenen Pflegeheims, den Zeitpunkt und die Form ihres Lebensendes selbst zu wählen, gegenüber der Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee als Trägerin des Pflegeheims[1216].

5.3. Vereinbarkeit mit der Rechtsgleichheit

Die ebenfalls gerügte Verletzung der Rechtsgleichheit handelt das Bundesgericht vergleichsweise kurz ab. Aus Sicht der Heilsarmee verstösst die Ungleichbehandlung von öffentlich mitfinanzierten gegenüber rein privat finanzierten Alters- und Pflegeheimen gegen die Rechtsgleichheit, weil das Gesundheitsgesetz nur Erstere zur Zulassung der Suizidhilfe verpflichtet[1217]. Demgegenüber müssen Alter-

1215 BGE 142 I 195 E. 5.7.
1216 BGE 142 I 195 E. 5.8.
1217 BGE 142 I 195 E. 6.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und Pflegeheime ohne öffentliche Mitfinanzierung lediglich transparent über ihre Haltung zur Suizidhilfe informieren[1218].

Bei der Beurteilung der Vereinbarkeit dieser Regelung mit der Rechtsgleichheit hält das Bundesgericht zunächst fest, dass Kantone grundsätzlich nicht dazu verpflichtet sind, Alters- und Pflegeheime zu subventionieren. Wenn sie es jedoch tun, kann die Gewährung von Subventionen an geeignete Bedingungen geknüpft werden. Eine durch den Kanton spezifisch für staatlich subventionierte Einrichtungen aufgestellte Regelung verstosse nicht per se gegen das Gleichbehandlungsgebot. Durch die Entgegennahme von Subventionen verzichteten die staatlich anerkannten Alters- und Pflegeheime auf die volle Ausübung ihrer wirtschaftlichen Freiheit und akzeptierten, sich den vom Kanton festgelegten Kontrollen und Verfahren zu unterwerfen, insbesondere der Tarife für HeimbewohnerInnen. Diese Rechtsprechung zeige, dass die Anerkennung von Gemeinnützigkeit und die Entgegennahme von Subventionen Auswirkungen auf diese Institutionen haben[1219].

Im konkreten Fall handle es sich bei «Le Foyer» um eine anerkannte gemeinnützige Einrichtung. Der Gesetzgeber habe die finanzielle Unterstützung mit der Pflicht zur Duldung von Suizidhilfeorganisation verbunden. Dabei handle es sich um eine Bedingung, die der Durchsetzung eines Grundrechts der BewohnerInnen/PatientInnen diene und die der Gesetzgeber aufstellen durfte. Weil die nicht staatlich anerkannten Institutionen keine Subventionen erhalten, werde das Gleichheitsprinzip durch eine unterschiedliche Regelung der zwei Arten von Heimen nicht verletzt.

Es treffe zwar zu, dass durch die Beschränkung der Duldungspflicht auf anerkannte gemeinnützige Einrichtungen das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des Lebensendes in den nicht anerkannten Einrichtungen nicht respektiert werden müsse. Diese Rechtsfolge stelle jedoch keinen Verstoss gegen den Gleichheitsgrundsatz dar, da sich die beiden Arten von Institutionen nicht in der gleichen Situation befänden, weil nur die anerkannten gemeinnützigen Einrichtungen Subventionen erhalten. Hierbei handle es sich grundsätzlich um ein objektives und vernünftiges Unterscheidungskriterium. Demzufolge sei das Gebot der Rechtsgleichheit nicht verletzt, wenn nur die anerkannten gemeinnützigen Einrichtungen eine externe Unterstützung zum Zweck der begleiteten Suizidhilfe zulassen müssen[1220].

Abschliessend weist das Bundesgericht noch einmal darauf hin, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung die Gleichheit zwischen Menschen, die bei sich zu-

1218 Art. 35a Abs. 3 Loi de santé des Kantons Neuenburg: «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.».
1219 BGE 142 I 195 E. 6.3.
1220 BGE 142 I 195 E. 6.4.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hause Zugang zu Suizidhilfe haben, und solchen, die den Vorgaben eines Alters- oder Pflegeheims unterworfen sind, sicherstellen wollte (hierzu wird auf einen Bericht der entsprechenden Kommission verwiesen[1221]). Dieser Punkt sei zentral, weil allgemein bekannt sei, dass zu wenige Plätze in Alters- und Pflegeheimen zur Verfügung stehen und betroffene Personen deshalb nicht immer die Wahl hätten, in welchem Heim sie sich aufhalten wollen[1222].

5.4. Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflicht zur Zugangsgewährung für Suizidhilfeorganisationen die Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee tangiert, ohne aber den Kerngehalt zu berühren. Bei der Prüfung der Verhältnismässigkeit dieser Duldungspflicht gelangt das Bundesgericht zum Schluss, dass die Freiheit der HeimbewohnerInnen, den Zeitpunkt und die Form ihres Lebensendes selbst zu wählen, gegenüber der Glaubens- und Gewissensfreiheit der Heilsarmee als Trägerin des Pflegeheims überwiegt.

Weil das Gesundheitsgesetz des Kantons Neuenburg nur die öffentlich mitfinanzierten, nicht aber die rein privat finanzierten Alters- und Pflegeheime zur Zulassung der Suizidhilfe verpflichtet, rügte die Heilsarmee auch eine Verletzung der Rechtsgleichheit. Hierzu hält das Bundesgericht fest, dass sich die beiden Arten von Institutionen wegen der unterschiedlichen Finanzierung nicht in der gleichen Situation befänden. Aus diesem Grund sei es zulässig, für die subventionierten Heime andere Regeln gelten zu lassen als für die nicht subventionierten. Das Rechtsgleichheitsgebot wird dementsprechend nicht verletzt, wenn nur die öffentlich mitfinanzierten Einrichtungen eine externe Unterstützung zum Zweck der begleiteten Suizidhilfe zulassen müssen.

Kantone, die den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen regeln wollen, können sich somit an der gesetzlichen Regelung im Kanton Neuenburg orientieren.

IV. Wahl des Sterbeortes

Das Recht auf persönliche Freiheit umfasst auch die Bewegungsfreiheit. Wenn eine Person die letzte Zeit vor dem Tod gegen ihren Willen an einem bestimmten

1221 Rapport du 27 mars 2014 de la commission Santé – assistance au suicide au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification à la loi de santé (assistance au suicide), Ziff. 4.1.: «Il faut rappeler que le projet de loi émane d'un groupe interpartis qui a planché sur la question et qui a décidé de soumettre ledit projet au Grand Conseil. Son objectif étant de légiférer pour garantir au citoyen un traitement comparable en institution que celui rencontré dans le cadre du domicile privé. ».

1222 BGE 142 I 195 E. 6.5.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ort verbringen muss, stellt sich die Frage, ob damit ihre Bewegungsfreiheit in unzulässiger Weise eingeschränkt wird.

Das vom Bundesgericht und dem EGMR anerkannte Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, ermöglicht zumindest dann die Wahl des Sterbeortes, wenn jemand mit oder ohne Unterstützung einer Organisation Suizid begeht. Es stellt sich aber die Frage, ob auch Menschen, die einen natürlichen Tod sterben wollen, bestimmen können, dass sie bei sich zuhause sterben. Gemäss Burkart erscheint das Recht, den Ort seines Sterbens selber zu bestimmen, unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde als besonders gewichtiges Anliegen[1223]. Der UNO-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit hat in seiner Studie zum Recht auf Gesundheit von älteren Personen festgehalten, dass gewährleistet sein muss, dass PatientInnen den Sterbeort wählen können[1224].

Ein uneingeschränkter Anspruch auf Wahl der Sterbeortes kann schon deshalb nicht bestehen, weil damit übermässig in Rechte von Dritten eingegriffen werden könnte. Wenn ein Mensch jedoch bei sich zuhause sterben möchte und bereit ist, auf die bessere medizinische Versorgung in einem Heim oder Spital zu verzichten, kann er eine entsprechende Verlegung ablehnen. In diesem Rahmen besteht somit ein Abwehranspruch gegen unerwünschte Verlegungen.

§ 8 Recht auf Hilfe in Notlagen

Unter dem Titel «Recht auf Hilfe in Notlagen» hält Art. 12 BV fest: «Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.» Das Recht auf Hilfe in Notlagen kann als Konkretisierung der Menschenwürde[1225] oder der persönlichen Freiheit[1226] verstanden werden. Weil der Anspruch auf ein Minimum beschränkt ist, fallen beim Recht auf Hilfe in Notlagen Schutzbereich und Kerngehalt zusammen[1227].

1223 Burkart, Würde, S. 101.
1224 Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/HRC/18/37), Ziff. 59: «While this report does not consider issues of patient autonomy in respect of deciding to end life, it is nonetheless necessary to ensure that patients be able to make autonomous, informed decisions regarding the quality of health during the process of dying. That includes choices about access to adequate pain relief and other necessary interventions, *location of death*, and the ability to refuse treatment designed to prolong life when it is not desired by the patient.» (Hervorhebung hinzugefügt).
1225 BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 7; BGE 142 I 1 E. 7.2.
1226 BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 17.
1227 BGE 130 I 71 E. 4.1; BGE 131 I 166 E. 3.1; BGE 138 V 310 E. 2.1.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die EMRK enthält keine vergleichbare Bestimmung[1228]. Der UNO-Pakt I enthält verschiedene Garantien, welche sich teilweise mit dem Recht auf Hilfe in Notlagen überschneiden[1229]. Dazu gehören das Recht auf soziale Sicherheit (Art. 9 UNO-Pakt I) und das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard (Art. 11 UNO-Pakt I). Bei diesen Rechten geht es in erster Linie um die Zusicherung eines wirtschaftlichen Existenzminimums und nicht um medizinische Hilfe. Das in Art. 12 UNO-Pakt I garantierte Recht auf Gesundheit wird in der vorliegenden Arbeit separat abgehandelt[1230], da es mit der Anerkennung des «Recht[s] eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit» über das Recht auf Hilfe in Notlagen hinausgeht[1231]. Aus Art. 12 BV fliesst kein umfassendes Recht auf Gesundheit[1232].

I. Von der Existenzsicherung zur Hilfe in Notlagen

Das Bundesgericht hat schon vor Inkrafttreten der neuen Bundesverfassung ein Grundrecht auf Existenzsicherung als ungeschriebenes Verfassungsrecht anerkannt[1233]. Das in der Botschaft zur Bundesverfassung vorgesehene «Recht auf Existenzsicherung»[1234] wurde erst im Rahmen der parlamentarischen Beratung zum «Recht auf Hilfe in Notlagen» geändert[1235]. Allerdings waren schon im vom Bundesrat vorgeschlagenen Wortlaut nebst den Mitteln, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind, auch die Hilfe und Betreuung enthalten[1236]. Dieser Aspekt wurde in der parlamentarischen Beratung jedoch nicht diskutiert[1237].

Auch der Einschub «und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen» wurde erst in der parlamentarischen Beratung eingefügt[1238]. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen zur Frage, ob mit diesen Änderungen der vom Bundesgericht ent-

1228 Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 12.
1229 BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 12; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 484; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 765; Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 11.
1230 § 9 (Recht auf Gesundheit).
1231 So auch Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634; siehe aber Müller/Schefer, Grundrechte, S. 765, wonach die Garantien in Art. 9, 11 und 12 UNO-Pakt I in ihrer Funktion «in weitem Masse» Art. 12 BV entsprechen.
1232 Amstutz, Existenzsicherung, S. 237.
1233 BGE 121 I 367 E. 2c.
1234 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 149.
1235 AB 1998 S 40; AB 1998 N 691.
1236 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 591: «Art. 10 Recht auf Existenzsicherung: Wer in Not ist, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.».
1237 Amstutz, Existenzsicherung, S. 36.
1238 Reform der Bundesverfassung, Entwürfe der Verfassungskommissionen der eidgenössischen Räte (BBl 1998 I 364), S. 372 (Entwurf der Verfassungskommission des Nationalrates vom 21. November 1997) und S. 441 (Entwurf der Verfassungskommission des Ständerates vom 27. November 1997).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wickelte Anspruch umfangmässig verändert wurde oder nicht[1239]. In der parlamentarischen Debatte finden sich zwar Voten für beide Ansichten. Jedoch haben nur diejenigen Votanten, welche an der Formulierung gemäss Botschaft festhalten wollten, die Befürchtung geäussert, dass mit der Umformulierung von «Recht auf Existenzsicherung» zu «Recht auf Hilfe in Notlagen» eine Einschränkung des Anspruchs einhergehe[1240]. Demgegenüber haben die Berichterstatter in beiden Räten festgehalten, dass die Umformulierung die Verfassungswirklichkeit und damit das vom Bundesgericht anerkannte Recht besser wiedergebe[1241]. Vor der Abstimmung im Zweitrat hielt der damalige Justizminister abschliessend fest, für den Bundesrat sei «entscheidend, dass wir uns möglichst eng an den genannten Bundesgerichtsentscheid 121 I 367 anlehnen. Ich bin überzeugt, dass auch ein anderes Marginale daran nichts ändert, denn das Marginale, das Sie jetzt wählen, findet sich auch im Bundesgerichtsentscheid»[1242].

In der Literatur wird mit überzeugenden Argumenten dafür gehalten, dass der Anspruch gemäss Art. 12 BV mit der Umbenennung zum Recht auf Hilfe in Notlagen ausgeweitet wurde: «Während das Recht auf Existenzsicherung auf den Kontext des Sozialhilfebereichs bezogen war, scheint Art. 12 BV in der heutigen Fassung auf jede Art von Notlage zugeschnitten»[1243]. So befindet sich beispielsweise auch ein in Berg- oder Seenot geratener Mensch in einer Notlage[1244].

1239 Nach Auffassung von Amstutz, Existenzsicherung, S. 34, war die politische Diskussion des bundesrätlichen Textvorschlags «durch den Versuch der Mehrheitskräfte gekennzeichnet, das vom Bundesgericht anerkannte Grundrecht möglichst eng zu fassen.» Die Lektüre der Wortprotokolle bestätigt diese Auffassung jedoch nicht.

1240 Votum Aebi (AB 1998 S 39): «C'est un signe qu'on veut une moindre garantie, une garantie plus faible pour les conditions minimales d'existence.» Votum Leuenberger (AB 1998 S 40): «Dieser Artikel steht im Kapitel 'Grundrechte', und wenn bei Artikel 10 allein schon der Titel – nachher aber auch der Text – relativiert wird, wird damit der Eindruck erweckt, dieses Menschenrecht auf Existenz würde ausgerechnet in diesem Bereich tatsächlich relativiert.» Votum Goll (AB 1998 N 689): «Ein Rückschritt, der nur schon mit dem Titel 'Recht auf Hilfe in Notlagen' sprachlich zum Ausdruck kommt.».

1241 Votum Inderkum (AB 1998 S 39): «Die von der Kommission vorgeschlagene Formulierung gibt die Verfassungswirklichkeit besser wieder und verdeutlicht – wie erwähnt –, dass es sich nicht um ein Recht auf ein Existenzminimum handelt.» Votum Inderkum (AB 1998 S 40): «Aus diesem Grunde haben wir auch den Titel geändert, damit – wie das Bundesgericht betont hat – nicht suggeriert wird, dass es sich hier um ein Recht auf ein Existenzminimum handelt.» Votum Pelli (AB 1998 N 690): «[...] une formulation moins définitive, qui puisse respecter mieux le sens de la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral.».

1242 Votum Koller (AB 1998 N 690).

1243 Waldmann, Nothilfe, S. 349; siehe auch Uebersax, Notlagen, S. 56, Fn. 154: «Das bundesgerichtlich anerkannte Recht auf Existenzsicherung, das damals den zu beurteilenden Fallkonstellationen entsprechend auf das Sozialhilferecht zugeschnitten war, hat insofern möglicherweise mit der Neuformulierung durch den Verfassungsgeber, insb. mit der neuen Bezeichnung als Recht auf Hilfe in Notlagen, doch eine gewisse inhaltliche Erweiterung oder jedenfalls Konkretisierung erfahren.».

1244 Uebersax, Notlagen, S. 56.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Medizinische Notlagen

Während der (im BV-Entwurf vorgesehene[1245]) Begriff der Existenzsicherung primär an eine Mindestgarantie in finanzieller Hinsicht denken lässt, kann mit dem Begriff der Notlage auch eine medizinische Notlage gemeint sein[1246]. Gemäss Botschaft zur Bundesverfassung wurde die medizinische Betreuung beim Recht auf Existenzsicherung «mit Absicht nicht aufgenommen, um der Rechtsprechung Raum zu lassen, sich dazu zu äussern»[1247]. Darauf, dass das Recht auf Hilfe in Notlagen nicht nur ein wirtschaftliches Existenzminimum garantiert, weist auch die Erwähnung des Anspruchs auf Betreuung in Art. 12 BV hin. Die Tragweite dieses Anspruchs ist jedoch unklar[1248]. In einem Urteil, das noch vor Inkrafttreten der neuen Bundesverfassung ergangen ist, hat das Bundesgericht festgehalten, dass das Recht auf Existenzsicherung nur eine zur Gewährleistung des Überlebens angebrachte Behandlung garantiere, ohne ein Recht auf eine bestimmte Behandlungsform zu gewähren[1249].

Im Schrifttum wird das Recht auf Hilfe in Notlagen häufig im Kontext des Asyl- und des Sozialhilferechts behandelt[1250]. Insbesondere wird diskutiert, ob der Anspruch auf Betreuung auch die Pflege sozialer Kontakte ermöglichen soll, weil mit der Erwähnung von «Hilfe und Betreuung» an den Menschen als soziales Wesen angeknüpft werde[1251]. Gegen diese Auffassung wird eingewendet, dass sie zu einer Vermengung mit der Sozialhilfe führen würde und dass es nicht sinnvoll sei, soziale Integration dort zu fördern, wo sie rechtlich gar nicht gewollt sei[1252].

Unabhängig von dieser Diskussion ist festzuhalten, dass in Notlagen auch medizinische Versorgung für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sein kann. Es ist denn auch unbestritten, dass das Recht auf Hilfe in Notlagen einen Anspruch auf medizinische Versorgung und damit einen Leistungsanspruch beinhal-

1245 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 591.
1246 BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 16; siehe auch Uebersax, Notlagen, S. 56, Fn. 154, wonach der Wortlaut von Art. 12 BV «deutlich [macht], dass auch die Nothilfe in nicht vorrangig finanziellen Belangen gemeint ist.».
1247 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 151.
1248 Biaggini, BV-Kommentar, Art. 12 N 7; BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 26; Hartmann, Nothilfe, S. 429; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 488.
1249 Urteil des Bundesgerichts 2P.207/1997 vom 16. Januar 1998, E. 3; Waldmann, Nothilfe, S. 356.
1250 Reusser/Obrist-Scheidegger, Asylbehörden; Schertenleib, Sozialhilfestopp im Asylbereich; Tecklenburg, SKOS-Richtlinien; Pärli, Sozialhilfemodelle; Tschudi, Sozialhilferechtliche Sanktionen.
1251 Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 30; BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 27; Gächter, Soziale Grundrechte, S. 143 f.
1252 Waldmann, Nothilfe, S. 356.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tet[1253]. Dieser fand in der Literatur und Rechtsprechung zu Art. 12 BV bisher allerdings wenig Beachtung[1254].

Das Bundesgericht hat im ersten Entscheid zu Art. 12 BV nach Inkrafttreten der neuen Bundesverfassung festgehalten, dass das Recht auf Hilfe in Notlagen auch die medizinische Grundversorgung umfasst[1255]. Im unter der alten Bundesverfassung ergangenen Urteil zum Recht auf Existenzsicherung wurde die medizinische Hilfe noch nicht erwähnt[1256]. Verschiedene Kantone und auch die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren haben den Umfang der medizinischen Grundversorgung für AusländerInnen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid auf die ärztliche Notfallversorgung beschränkt[1257].

III. Anspruch auf medizinische Versorgung

Der Anspruch auf medizinische Versorgung wird nicht als Teil des in Art. 12 BV genannten Anspruchs auf persönliche Hilfe und Betreuung, sondern als eigenständiger Anspruch erkannt[1258]. Es ist offen, welche medizinischen Leistungen zum justiziablen Mindestbedarf gehören[1259] und es bestehen unterschiedliche Auffassungen. Das Bundesgericht hat festgehalten, dass die medizinische Notversorgung vom individuellen Gesundheitszustand abhängt und dass betagte Personen andere Ansprüche haben können als jüngere[1260].

Gemäss Amstutz umfasst der Anspruch auf medizinische Versorgung Massnahmen, «welche nach dem Stand der wissenschaftlichen Forschung das Leben eines erkrankten oder verunfallten Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit retten können und im konkreten Fall als dringend einzustufen sind»[1261]. Zusätzlich zu lebensrettenden Massnahmen umfasst der Anspruch auf medizinische Versorgung nach dieser Autorin auch Massnahmen zur Abwehr drohender ernsthafter Gesundheitsschäden und zur Vermeidung von unzumutbarem Leiden[1262].

1253 Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 49; Blum-Schneider, Kinder, S. 70; Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 633; Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 41; Müller/Schefer, Grundrechte, S. 775; Müller, Verwirklichung, S. 172; Rütsche/Wildi, Limitierung, S. 208; Pfiffner Rauber, Krankheitsbehandlung, S. 23; Schweizer, Sterbehilfe, S. 35; Steffen, Soins essentiels, S. 7.

1254 So auch Uebersax, Notlagen, S. 56, Fn. 154.

1255 BGE 130 I 71 E. 4.1.

1256 BGE 121 I 367.

1257 Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 43.

1258 Amstutz, Existenzsicherung, S. 236 ff. und 256 ff.; Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 55 und 56 ff.

1259 Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 49.

1260 BGE 131 I 166 E. 8.2: «So ist offenkundig, dass die medizinische Notversorgung vom individuellen Gesundheitszustand des Leistungsansprechers abhängt oder dass ein Säugling nicht die gleichen Anforderungen an die Nahrung hat wie ein Jugendlicher im Wachstumsalter oder wiederum eine betagte Person.».

1261 Amstutz, Existenzsicherung, S. 248.

1262 Amstutz, Existenzsicherung, S. 244.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nach Auffassung von Coullery beschränkt dieser Ansatz den Schutzbereich des Rechts auf Hilfe in Notlagen auf eine Art Lazarett- und Kriegsmedizin[1263]. Die medizinische Versorgung ist nach diesem Autor immer dann verfassungsrechtlich geschützt, wenn eine Krankheit im Sinne des KVG vorliegt; eine Ausdifferenzierung medizinischer Versorgungsstufen sei dann aber nicht zulässig[1264]. Von Art. 12 BV nicht erfasst sei somit die Versorgung von einfachen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die nicht unter den Rechtsbegriff der Krankheit fallen[1265]. Der Schutzbereich umfasse dementsprechend sowohl kurative als auch palliative, nicht aber präventive medizinische Leistungen[1266].

Abgesehen von zwei Ausnahmen[1267], hat sich in der Lehre die Auffassung durchgesetzt, dass der Anspruch auf medizinische Versorgung alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung beinhaltet[1268]. Zusätzlich ist auch eine zahnmedizinische Minimalversorgung zu gewährleisten[1269]. Die Beschränkung auf medizinische Notfälle würde eine Duldung von vermeidbarem Leiden bedeuten und wäre daher mit der Menschenwürde unvereinbar[1270].

Der Anspruch auf medizinische Versorgung lässt sich weiter in zwei Teilansprüche unterteilen: Einen Anspruch auf Zugang zu und einen Anspruch auf Finanzierung von grundlegenden medizinischen Leistungen[1271]. Da nur die medizinische Leistung als solche grundrechtlich geschützt ist, erstreckt sich der Zugangsanspruch nicht auf eine bestimmte LeistungserbringerIn[1272]. Art. 12 BV vermittelt insbesondere keinen Anspruch darauf, zuhause betreut zu werden. Die Pflege in einem Heim oder in einem Spital wird den Anforderungen des Rechts auf Hilfe in Notlagen ebenfalls gerecht[1273].

Der Teilanspruch auf Finanzierung ist in denjenigen Fällen relevant, in denen nebst einer medizinischen auch eine wirtschaftliche Notlage vorliegt. Wenn die bundesrechtlichen Sozialversicherungssysteme die verfassungsrechtlich geschützte grundlegende medizinische Versorgung nicht übernehmen, steht zur Sicherung dieses Teilanspruchs die Sozialhilfe im Vordergrund[1274].

1263 Coullery, Leistungskatalog, S. 385.
1264 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 633.
1265 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 633.
1266 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634.
1267 Amstutz, Existenzsicherung, S. 244; Steffen, Soins essentiels, S. 10.
1268 Achermann, Schwarze Listen, S. 6; Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 56; Blum-Schneider, Kinder, S. 73 f.; Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 633; Coullery, Leistungskatalog, S. 385 f.; Gächter, Grenzen, S. 483; Gächter/Filippo, Grundversorgungsartikel, S. 87; Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 29.
1269 Amstutz, Existenzsicherung, S. 246 f.; Gächter, Grenzen, S. 486; Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 29.
1270 Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 56.
1271 Achermann, Schwarze Listen, S. 5; Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634 f.
1272 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634.
1273 Urteil des Bundesgerichts 2P.73/2005 vom 17. Juni 2005, E. 5.
1274 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 635.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Aus dem Recht auf Hilfe in Notlagen fliesst gemäss Bundesrat auch ein Anspruch auf Finanzierung von Pflegekosten durch die Sozialhilfe, sofern andere Leistungen der Sozialversicherungen und das eigene Vermögen nicht ausreichen[1275].

§ 9 Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit ist in Art. 12 UNO-Pakt I verankert. Dessen erster Absatz lautet wie folgt: «Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit an.»

In Absatz 2 wird konkretisiert: «Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Massnahmen

a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.»

I. Vorbemerkungen

Art. 12 UNO-Pakt I garantiert einen individuellen, gerichtlich durchsetzbaren Anspruch sowohl auf rechtsgleichen Zugang als auch auf rechtsgleiche medizinische Behandlung[1276].

Die Bundesverfassung und die EMRK enthalten keine entsprechenden Bestimmungen[1277]. Auch aus Art. 117a BV (Medizinische Grundversorgung) lässt sich kein Recht auf Gesundheit ableiten. Es handelt sich vielmehr um eine Programmnorm, die nicht ein bestimmtes Ergebnis oder ein bestimmtes Vorgehen fordert[1278].

Teilgehalte des Rechts auf Gesundheit sind jedoch im Recht auf Leben, im Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit sowie im Recht auf Hilfe in Notlagen enthalten[1279]. Die Auffassung von Müller/Schefer, wonach das

1275 Botschaft Pflegefinanzierung (BBl 2005 2033), S. 2050.
1276 Künzli/Kälin, Bedeutung, S. 143 f.
1277 Gächter/Filippo, Grundversorgungsartikel, S. 86 f.; Kraus/Schmidt, Santé, S. 88.
1278 Gächter/Filippo, Grundversorgungsartikel, S. 89.
1279 Kraus/Schmidt, Santé, S. 90 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Recht auf Gesundheit «in weitem Masse» Art. 12 BV entspricht[1280], wird überwiegend abgelehnt[1281]. Das «Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit» geht deutlich über die Wiederherstellung der Gesundheit, wie sie bei Art. 12 BV im Vordergrund steht, hinaus. Es umfasst insbesondere auch Massnahmen zur Gesundheitsprävention, die zum Beispiel in der Umwelt- oder Verkehrspolitik getroffen werden[1282].

Das Recht auf Gesundheit wird auch in Art. 25 BRK garantiert[1283]. Die Botschaft erwähnt explizit ältere Menschen als Gruppe, der Leistungen zur Vermeidung weiterer Behinderungen angeboten werden sollen[1284]. Art. 12 UNO-Frauenrechtskonvention verpflichtet die Mitgliedstaaten zum Treffen aller geeigneten Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens.

Das Recht auf Gesundheit ist kein Recht darauf, gesund zu sein[1285]. Es beinhaltet die vier Elemente Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der Gesundheitsversorgung[1286]. Die Zugänglichkeit besteht ihrerseits aus vier überlappenden Dimensionen: Nichtdiskriminierung, physische Zugänglichkeit, wirtschaftliche Zugänglichkeit (d.h. Bezahlbarkeit) und Informationszugänglichkeit[1287].

II. Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit

Das Bundesgericht hält die im UNO-Pakt I festgehaltenen Garantien mehrheitlich für nicht justiziabel, schliesst die Justiziabilität einzelner Bestimmungen aber nicht aus[1288]. Es stützt sich dabei einerseits auf die Botschaft[1289] und andererseits

1280 Müller/Schefer, Grundrechte, S. 765.
1281 Amstutz, Existenzsicherung, S. 237; Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634; Gächter, Grenzen, S. 479; BSK BV-Gächter/Werder, Art. 12 N 12; Kraus/Schmidt, Santé, S. 91; Steffen, Droit aux soins, S. 86 f.
1282 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634.
1283 Art. 25 BRK: «Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere: [...]».
1284 Botschaft zur Genehmigung des Übereinkommens vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BBl 2013 661), S. 704: «Weiterhin bieten sie Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, einschliesslich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen.».
1285 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 8: «The right to health is not to be understood as a right to be *healthy*.».
1286 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14, Ziff. 12.
1287 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14, Ziff. 12 lit. b.
1288 BGE 139 I 257 E. 6; BGE 136 I 290 E. 2.3.1.
1289 Botschaft vom 30. Januar 1991 betreffend den Beitritt der Schweiz zu den beiden internationalen Menschenrechtspakten von 1966 und zu einer Änderung des Bundesrechtspflegegesetzes (BBl 1991

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

auf Art. 2 Abs. 1 UNO-Pakt I, wonach die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte «vor allem durch gesetzgeberische Massnahmen» zu erreichen sind. Zur direkten Anwendbarkeit von Art. 12 UNO-Pakt I hat sich das Bundesgericht bisher nie explizit geäussert.

In der Lehre wird die zurückhaltende Praxis des Bundesgerichts zunehmend kritisiert[1290]. Auch der UNO-Ausschuss für WSK-Rechte hat die Schweiz in seinen abschliessenden Bemerkungen zu den Staatenberichten wiederholt dazu aufgefordert, die UNO-Pakt-I-Garantien durch Anerkennung der direkten Anwendbarkeit vollständig umzusetzen[1291].

Gemäss Künzli enthält das Recht auf Gesundheit mindestens einen justiziablen Abwehranspruch. Als Beispiel nennt er die staatliche Hinderung von Gefangenen, sich auf eigene Kosten von einem Arzt ihrer Wahl behandeln zu lassen[1292].

Der General Comment zum Recht auf Gesundheit, auf den sogleich ausführlich eingegangen wird, hält fest, dass Art. 12 UNO-Pakt I zumindest im Rahmen der Kernverpflichtungen justiziabel ist[1293]. Diese beinhalten Pflichten zur Gewährleistung des Zugangs zu Grundnahrungsmitteln, Unterkünften, sanitären Einrichtungen, sauberem Wasser, lebenswichtigen Medikamenten sowie einer gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen und zur Verabschiedung einer nationalen Public-Health-Strategie[1294]. Ebenfalls zu den Kernverpflichtungen gehört die Pflicht zur Gewährleistung eines diskriminierungsfreien Rechts auf Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, -gütern und -dienstleistungen, insbesondere für verletzliche und marginalisierte Bevölkerungsgruppen[1295].

III. General Comment zum Recht auf Gesundheit

Der General Comment zu Art. 12 UNO-Pakt I hält mit Bezug auf ältere Menschen fest, dass Elemente der Prävention, der Heilung und der Behandlung kombiniert werden sollen (integrierter Ansatz). Empfohlen werden regelmässige Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter, physische und psychologische Re-

I 1189), S. 1202: «Daraus ergibt sich eindeutig, dass sich die Vorschriften des Paktes I nicht an Individuen, sondern an die Gesetzgeber der Vertragsparteien richten.».

1290 Hertig Randall/Chatton, Droits sociaux fondamentaux, S. 333; Hugi Yar, Praxis, Rz. 11; Künzli, Soziale Menschenrechte, S. 534; Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 17; Schmid, Bemerkungen, S. 984; Weibel, Justiciability, S. 30 f.

1291 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, Concluding observations on the fourth periodic report of Switzerland, (E/C.12/CHE/CO/4), 18 November 2019, Ziff. 4 f.; UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, Concluding observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Switzerland (E/C.12/CHE/CO/2–3), 26 November 2010, Ziff. 5.

1292 Künzli, Soziale Menschenrechte, S. 535 (Fn. 85).

1293 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 60: «Incorporation enables courts to adjudicate violations of the right to health, or at least its core obligations, by direct reference to the Covenant.».

1294 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14, Ziff. 43 lit. b-f.

1295 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14, Ziff. 43 lit. a.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

habilitationsmassnahmen zur Aufrechterhaltung der Funktionalität und Autonomie älterer Menschen sowie Aufmerksamkeit und Fürsorge für chronisch und unheilbar Kranke, um ihnen vermeidbare Schmerzen zu ersparen und sie in die Lage zu versetzen, in Würde zu sterben[1296]. Staaten sind verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten, indem sie u.a. darauf verzichten, Menschen den Zugang zu Palliative Care zu verweigern oder diesen einzuschränken[1297]. Das Recht auf Gesundheit schliesst somit die palliative Versorgung am Lebensende ein. Die Staaten sind dazu verpflichtet, «die entsprechende Versorgungsstruktur zügig auszubauen und einen diskriminierungsfreien Zugang zu ermöglichen»[1298].

Aus dem Recht auf Gesundheit fliessen unter anderem die folgenden Schutzpflichten[1299]:

- Pflicht zur gesetzlichen Regelung des gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsversorgung und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen Dritter;
- Pflicht zur Sicherstellung, dass Privatisierungen im Gesundheitssektor keine Gefährdung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz oder Qualität von Gesundheitseinrichtungen, -gütern und -dienstleistungen zur Folge haben;
- Pflicht zur Kontrolle der Vermarktung von medizinischen Geräten und Arzneimitteln durch Dritte;
- Pflicht zur Sicherstellung, dass ÄrztInnen und andere Angehörige des Gesundheitswesens angemessene Bildungs- und Qualifikationsstandards sowie ethische Verhaltenskodexe erfüllen.

Staaten sollten auch sicherstellen, dass Dritte den Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen nicht einschränken[1300].

1296 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 25: «With regard to the realization of the right to health of older persons, the Committee, in accordance with paragraphs 34 and 35 of General Comment No. 6 (1995), reaffirms the importance of an integrated approach, combining elements of preventive, curative and rehabilitative health treatment. Such measures should be based on periodical check-ups for both sexes; physical as well as psychological rehabilitative measures aimed at maintaining the functionality and autonomy of older persons; and attention and care for chronically and terminally ill persons, sparing them avoidable pain and enabling them to die with dignity.».

1297 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 34: «In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; [...]».

1298 Welsh, Lebensende, S. 11.

1299 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 35: «Obligations to *protect* include, *inter alia*, the duties of States to adopt legislation or to take other measures ensuring equal access to health care and health-related services provided by third parties; to ensure that privatization of the health sector does not constitute a threat to the availability, accessibility, acceptability and quality of health facilities, goods and services; to control the marketing of medical equipment and medicines by third parties; and to ensure that medical practitioners and other health professionals meet appropriate standards of education, skill and ethical codes of conduct.».

1300 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 35: «States should also ensure that third parties do not limit people's access to health-related information and services.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Garantie ist vollständig erfüllt, wenn (1.) die Verfügbarkeit qualitativ und quantitativ genügender öffentlicher Gesundheitseinrichtungen sowie die Verfügbarkeit von Medikamenten und anderen notwendigen Produkten gewährleistet ist und (2.) die diskriminierungsfreie Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen für alle Menschen auf dem Gebiet einer Vertragspartei möglich ist[1301].

IV. Das Recht auf Gesundheit in den Staatenberichten der Schweiz

Im zweiten und dritten Bericht der Schweiz zur Umsetzung des UNO-Paktes I aus dem Jahr 2008 findet sich im Kapitel zum Recht auf Gesundheit ein Abschnitt über ältere Menschen. Darin wurde u.a. in Aussicht gestellt, dass das Bundesamt für Gesundheit bis Ende 2008 eine Nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit und Autonomie im Alter erarbeiten werde[1302]. Die Strategie wurde jedoch nicht erarbeitet und die Motion aus dem Jahr 2005, welche die Erarbeitung der Strategie verlangte[1303], wurde im Jahr 2017 abgeschrieben[1304].

In seinen abschliessenden Bemerkungen zum zweiten und dritten Bericht der Schweiz hat der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit zwei Empfehlungen an die Schweiz gerichtet: Der Ausschuss empfahl der Schweiz, wirksame Massnahmen zur Bekämpfung von Suizid zu ergreifen, unter anderem durch die Verabschiedung und die Umsetzung eines nationalen Aktionsplans zur Suizidverhütung. Des Weiteren empfahl er, systematische Erhebungen und wissenschaftliche Studien über die Ursachen von Suizid durchzuführen und Massnahmen zu ergreifen, um den Zugang zu Schusswaffen einzuschränken, die im Zusammenhang mit dem Militärdienst zu Hause aufbewahrt werden[1305]. Die zweite Empfehlung zum Recht auf Gesundheit betraf Unzulänglichkeiten des Sexualkundeunterrichts[1306].

Im vierten Bericht der Schweiz zur Umsetzung des UNO-Pakts I hat der Bundesrat zum Recht auf Gesundheit unter dem Stichwort «Koordinierte Versorgung» u.a. festgehalten, dass insbesondere im Bereich der älteren und polymorbiden PatientInnen Handlungsfelder identifiziert worden seien. Ziel sei eine Verbesserung des «Advance Care Planning» sowie der Planung und Koordination nach

1301 Kälin/Künzli, Menschenrechtsschutz, S. 360.
1302 Zweiter und dritter Bericht der Schweiz über die Umsetzung des Internationalen Paktes über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (UNO-Pakt I), April 2018, S. 112.
1303 Motion Heim (Geschäftsnr. 05.3436): Nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit und Stärkung der Autonomie im Alter.
1304 Bericht des Bundesrates über Motionen und Postulate der gesetzgebenden Räte im Jahre 2016 vom 3. März 2017, Auszug: Kapitel I (BBl 2017 2865), S. 2873; AB 2017 S 441; AB 2017 N 1022.
1305 Abschliessende Bemerkungen des UNO-Ausschuss für WSK-Rechte zum zweiten und dritten Bericht der Schweiz über die Umsetzung des UNO-Pakts I, Ziff. 19.
1306 Abschliessende Bemerkungen des UNO-Ausschuss für WSK-Rechte zum zweiten und dritten Bericht der Schweiz über die Umsetzung des UNO-Pakts I, Ziff. 20.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dem Spitalaustritt[1307]. Auf die Empfehlung zur Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen reagierte der Bundesrat im vierten Bericht mit dem Hinweis, dass die Suizidrate seit Mitte der 1990er-Jahre rückläufig, im internationalen Vergleich jedoch noch immer hoch sei. Der Aktionsplan Suizidprävention Schweiz des Bundesrates werde seit 2017 umgesetzt[1308].

In der «List of issues in relation to the fourth periodic report of Switzerland» finden sich drei Fragen zum Recht auf Gesundheit, wovon eine das Lebensende betrifft: Der Bundesrat wird gebeten, Informationen zur Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz zu liefern[1309].

V. UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit

Der UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit hat im Jahr 2011 eine Studie zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit von älteren Personen verfasst. Nach allgemeinen Ausführungen zum Recht auf Gesundheit von älteren Personen, die im Wesentlichen Ausschnitte aus dem General Comment zu Art. 12 UNO-Pakt I wiederholen, werden vier spezifische Aspekte und Anliegen vertieft: Grundversorgung und chronische Krankheiten, Langzeitpflege, Palliative Care und Informed Consent[1310].

Im Abschnitt «Grundversorgung und chronische Krankheiten» hält der Sonderberichterstatter fest, dass die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund ihres Alters ein grosses Hindernis für den Zugang zur Grundversorgung und zur Prävention chronischer Krankheiten darstelle. Es bestehe eine schädliche und tief verwurzelte Vorstellung, dass ein Mensch, sobald er altert, unfähig wird, einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Solche Vorurteile führten oft zu dem Schluss, dass nicht viel getan werden könne, um ältere Menschen zu unterstützen[1311].

Im Abschnitt zur Langzeitpflege empfiehlt der Sonderberichterstatter die Einrichtung von Beschwerdemechanismen, um Praktiken zu bekämpfen, die die

1307 Vierter Bericht der Schweiz zur Umsetzung des Internationalen Paktes über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (UNO-Pakt I), Februar 2018, S. 56.

1308 Vierter Bericht der Schweiz zur Umsetzung des Internationalen Paktes über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (UNO-Pakt I), Februar 2018, S. 57.

1309 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, List of issues in relation to the fourth periodic report of Switzerland , Ziff. 28: «Please provide information on the implementation of the Suicide Prevention Action Plan referred to in paragraph 290 of the State party's fourth periodic report, and on the measures taken and the resources allocated to ensure its effective implementation.».

1310 Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/HRC/18/37), 4 July 2011, S. 10 ff.

1311 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 38: «Discrimination against older persons on the basis of their age is a major barrier to access primary care and prevention of chronic illness. There is a pernicious and deeply ingrained notion that once a person ages, he/she becomes incapable of contributing to society, chronically ill and/or frail. Such prejudices often lead to a conclusion that not much can be done to assist them.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Freiheit und Autonomie älterer Menschen unnötig einschränken[1312]. Weiter zeigt er sich besonders besorgt über nicht gemeldete Gewalt gegen ältere Menschen in der Pflege. Wie bei anderen gefährdeten und marginalisierten Gruppen sei besondere Aufmerksamkeit erforderlich, um ältere Menschen vor Missbrauch zu schützen und sicherzustellen, dass ihre Rechte nicht in einem Umfeld verletzt würden, in dem sie besonders anfällig seien[1313]. Missbrauch könne auch in Form von voreingenommenen und diskriminierenden Einstellungen und Handlungen erfolgen, was sich durch Bevormundung älterer Menschen in der Pflege manifestiere, indem sie gedemütigt und infantilisiert und damit der Identität beraubt werden, die sie sonst als Menschen haben[1314]. In gewissen Fällen würden die MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens selbst möglicherweise nicht einmal Fälle von Missbrauch erkennen. Daher sollte das Gesundheitspersonal geschult und bei der Ermittlung möglicher Missbrauchsfälle unterstützt werden[1315]. Der Berichterstatter verweist beispielhaft auf den 2006 in Südafrika erlassenen Older Persons Act, der unter anderem festhält, dass eine Person, die Zeuge des Missbrauchs einer älteren Person wird, dies melden muss[1316].

Im Abschnitt zu Palliative Care weist der Sonderberichterstatter darauf hin, dass diese in gewissen Staaten in die nationalen Gesundheitsgesetze und Aktionspläne integriert wurde. Ander Länder hätten den Gesundheitseinrichtungen die Verpflichtung auferlegt, über qualifiziertes Personal in Palliative Care zu verfügen, oder eine Expertengruppe zu Palliative Care eingerichtet[1317]. Risiko-Nut-

1312 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 49: «It is essential that complaints mechanisms are put in place to address practices that unnecessarily restrict liberty and autonomy of older persons and to enable them to reclaim their dignity.».

1313 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 50: «The Special Rapporteur is particularly concerned about unreported violence directed against older persons in care. As with other vulnerable and marginalized groups, special attention is needed to protect older persons from abuse and to ensure that their rights are not violated in settings where they might be especially prone to violations.».

1314 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 51: «Abuse may also take the form of prejudicial and discriminatory attitudes and acts, which manifests itself through paternalism towards older persons in care, leaving them feeling humiliated, infantilized, and robbing them of the identity they otherwise have as human beings.».

1315 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 52: «In some instances, health-care workers themselves may not even recognize instances of abuse. Health-care workers should therefore be trained and assisted in identifying possible cases of abuse.».

1316 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 53: «For example, the 2006 Older Persons Act of South Africa, inter alia, requires a person who may witness the abuse of an older person, not only physical but also psychological, sexual, and economic abuse, to report the violation.».

1317 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 55: «In some countries palliative care is recognized only in the context of certain chronic diseases such as cancer. Other States have integrated palliative care into their national health legislation and plans of action and created institutions which are devoted to palliative care. Some other countries have placed obligations on health institutions to have staff qualified in palliative care or have established group of experts on the issue.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zen-Abwägungen seien dann besonders problematisch, wenn als Nutzen nur die Lebensverlängerung betrachtet werde, weil Palliative Care auf die Verbesserung der Lebensqualität und nicht auf eine maximale Lebensverlängerung abzielt. Solche Abwägungen seien im Bereich der Palliative Care altersdiskriminierend und dementsprechend ungeeignet[1318]. Weiter müsse sichergestellt werden, dass die PatientInnen in der Lage sind, autonome und informierte Entscheidungen über die Qualität der Gesundheit während des Sterbeprozesses zu treffen. Dazu gehörten Entscheidungen über den Zugang zu angemessener Schmerzlinderung und anderen notwendigen Eingriffen, über den Sterbeort und die Möglichkeit, eine Behandlung zur Verlängerung des Lebens abzulehnen, wenn sie von der PatientIn nicht gewünscht wird[1319].

Im Abschnitt zum Informed Consent weist der Sonderberichterstatter darauf hin, dass die Gewährleistung des Informed Consent ein grundlegendes Merkmal für die Achtung der Autonomie, der Selbstbestimmung und der Menschenwürde des Einzelnen darstelle. Die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung lasse sich auf verschiedene Menschenrechtselemente abstützen, die unteilbar, ineinandergreifend und miteinander verbunden seien. Dazu gehörten neben dem Recht auf Gesundheit das Recht auf Autonomie, die Freiheit von Diskriminierung, Freiheit von ohne Einwilligung vorgenommenen Experimenten, Sicherheit und Würde des Menschen, Anerkennung vor dem Gesetz, Gedanken- und Meinungsfreiheit und reproduktive Selbstbestimmung[1320]. Medizinische Aus- und Weiterbildungseinrichtungen müssten das Thema Informed Consent für gefährdete Bevölkerungsgruppen und ihre besonderen Bedürfnisse in die Lehrpläne aufnehmen[1321]. Innerstaatliche Rechtssysteme gelinge es häufig nicht, Gesetze oder andere Regelungen zu erlassen, um Probleme im Bereich des Informed Consent und älteren

1318 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 57: «Age-based discrimination that is sanctioned on the basis of risk/benefit profiling cannot under any circumstances be considered appropriate in the context of palliative care, which aims to improve quality of life, rather than its length.».

1319 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 59: «While this report does not consider issues of patient autonomy in respect of deciding to end life, it is nonetheless necessary to ensure that patients be able to make autonomous, informed decisions regarding the quality of health during the process of dying. That includes choices about access to adequate pain relief and other necessary interventions, location of death, and the ability to refuse treatment designed to prolong life when it is not desired by the patient.».

1320 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 61: «Guaranteeing informed consent is a fundamental feature of respecting an individual's autonomy, self-determination and human dignity. Informed consent invokes several human rights elements that are indivisible, interdependent and interrelated. In addition to the right to health, these include the right to autonomy, freedom from discrimination, freedom from non-consensual experimentation, security and dignity of the human person, recognition before the law, freedom of thought and expression and reproductive self-determination.».

1321 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 65: «Medical education and training institutions must incorporate education regarding informed consent for vulnerable populations and their particular needs into curricula.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Personen anzugehen und zu lösen[1322]. Es sei die Pflicht des Staates, neue und innovative Wege zu finden und umzusetzen, um ältere Menschen zu erreichen, altersgerechte Mittel zur Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen zu finden und ihre Teilnahme zu fördern[1323].

Die Studie des Sonderberichterstatters enthält abschliessend u.a. die folgenden Empfehlungen[1324]:

- Schaffung eines Systems des sozialen Schutzes, das älteren Menschen den Zugang zur Langzeitpflege, sei es in Institutionen oder zu Hause, ermöglicht und sicherstellt, dass kein Missbrauch und keine Rechtsverletzung stattfindet;
- Erlass von Richtlinien und Verfahren zur Meldung, Bekämpfung und Verhinderung von Missbrauch älterer Menschen;
- Einrichtung von Mechanismen zur Sensibilisierung und Schulung von medizinischem Fachpersonal, nichtmedizinischem Pflegepersonal und der breiten Öffentlichkeit für die Behandlung älterer Menschen sowie zur Vorbeugung und Bekämpfung ihres Missbrauchs;
- Entwicklung internationaler Leitlinien und nationaler Systeme zur Regulierung und Überwachung der Tätigkeit der Hospizpflege, um sicherzustellen, dass ältere Menschen bei der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen unterstützt werden und dass ihre Menschenwürde und Autonomie nicht aufgrund ihrer Verletzlichkeit vernachlässigt wird;
- Erarbeitung und Implementierung von Schutzmassnahmen, um sicherzustellen, dass für jede Behandlung und/oder andere medizinische Intervention eine freie und informierte Einwilligung erforderlich ist und dass dies für alle PatientInnen gewährleistet ist, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Zustand und der vorgeschlagenen Behandlung;
- Entwicklung und Umsetzung von Mechanismen zum Schutz der Rechte älterer Menschen, wenn sie als unfähig erachtet werden, eine Einwilligung nach Aufklärung zu einer Behandlung und/oder anderen medizinischen Intervention aufgrund von Verletzungen, Krankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Demenz zu erteilen.

1322 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 67: «Domestic jurisdictions often fail to enact legislation or design policies in order to address and resolve problems particular to informed consent and older persons.».

1323 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 69: «It is the duty of the State to find and implement new and innovative ways to reach out to older persons, identify age-friendly means to disseminate health-related information and encourage their participation.».

1324 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 71 lit. e-j.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

VI. Palliative Care als Teil des Rechts auf Gesundheit

Palliative Care wird sowohl im General Comment zum Recht auf Gesundheit als auch in der Studie des Sonderberichterstatters zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit von älteren Personen explizit erwähnt. Im General Comment wird zunächst ausgeführt, dass Massnahmen ergriffen werden sollten, um chronisch und unheilbar Kranken die notwendige Zuwendung und Betreuung zu gewährleisten, ihnen vermeidbare Schmerzen zu ersparen und ihnen zu ermöglichen, in Würde zu sterben[1325]. Im Abschnitt «Specific legal obligations» hält der General Comment etwas verklausuliert fest, dass Staaten verpflichtet sind, das Recht auf Gesundheit zu achten, indem sie davon absehen, den gleichberechtigten Zugang aller Personen u.a. zu Palliative Care zu verweigern oder einschränken[1326].

Obwohl Palliative Care bereits im Jahr 2000 im General Comment zum Recht auf Gesundheit erwähnt ist, wurde dieses Thema während fast zehn Jahren kaum beachtet[1327]. Erst nach entsprechenden Kampagnen durch Human Rights Watch und die Open Society Foundation begann sich das zu ändern[1328].

Der Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit hat in seiner Studie zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit von älteren Personen Palliative Care als eines von vier spezifischen Themen bzw. Problemen («Specific issues and concerns») identifiziert[1329]. Dabei hat er unter anderem festgehalten, dass Palliative Care erhebliche finanzielle Unterstützung und die Mobilisierung zahlreicher Akteure und Interessengruppen im medizinischen Bereich erfordere. Palliative Care sei notwendig, um das Leben älterer Menschen, die von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind, zu verlängern und ihren Tod in Würde zu garantieren[1330].

Der seit 2014 amtierende UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit, Dainius Pūras, hat in einer Presseerklärung zum internationalen Jah-

1325 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 25: «Such measures should be based on periodical check-ups for both sexes; physical as well as psychological rehabilitative measures aimed at maintaining the functionality and autonomy of older persons; and attention and care for chronically and terminally ill persons, sparing them avoidable pain and enabling them to die with dignity.».

1326 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 34: «In particular, States are under the obligation to *respect* the right to health by, *inter alia*, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; [...]».

1327 Ezer/Lohman/de Luca, Palliative Care, S. S164.

1328 Ezer/Lohman/de Luca, Palliative Care, S. S164.

1329 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 54 ff.

1330 Thematic study on the realization of the right to health of older persons [...] (A/HRC/18/37), Ziff. 60: «Palliative care requires important funding and mobilisation of numerous actors and stakeholders within the medical sector, and it is absolutely crucial in order to prolong the lives of older persons affected by life-threatening diseases and to ensure their death in dignity.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

restag der Hospizbewegung festgehalten, dass Palliative Care ein obligatorischer integraler Bestandteil des Rechts auf Gesundheit ist[1331].

§ 10 Weitere Menschenrechte

I. Menschenwürde

Die Menschenwürde (Art. 7 BV) ist ein Auffanggrundrecht[1332], weil sich der justiziable Gehalt der Menschenwürde in der Regel über die besonderen Grundrechte verwirklicht[1333]. Die Menschenwürde wird auch als Präambel zum Grundrechtsteil der Verfassung bezeichnet[1334]. Bei der rechtlichen Diskussion über Entscheidungen am Lebensende stehen sich in erster Linie das Recht auf Leben und das Recht auf persönliche Freiheit gegenüber. Beide Rechte gehen der Menschenwürde vor, soweit sie deutlich umschriebene Schutzbereiche aufweisen[1335]. Dem Festhalten an der Menschenwürde als justiziablem Grundrecht kommt in erster Linie ein symbolischer Wert zu[1336]. Aus diesem Grund steht die Menschenwürde zwar bei der philosophischen[1337], nicht aber bei der juristischen Diskussion zu Entscheidungen am Lebensende im Zentrum[1338].

II. Verbot unmenschlicher Behandlung

Art. 10 Abs. 3 BV verbietet nebst Folter und grausamer oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung auch die unmenschliche Behandlung. Gleichlautende Verbote sind auch in Art. 3 EMRK, Art. 7 UNO-Pakt II und Art. 15 Abs. 1 BRK enthalten. Die unmenschliche Behandlung (oder Bestrafung) stellt innerhalb dieser Bestimmungen den Auffangtatbestand dar[1339]. Unter das Verbot unmenschlicher Behandlungen fallen auch Handlungen, die von Privaten ausgehen[1340].

1331 UN rights experts, Who cares about the suffering of older persons at the end of their lives? We do.
1332 Botschaft BV (BBl 1997 I 1), S. 140; Biaggini, BV-Kommentar, Art. 7 N 7.
1333 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 129.
1334 Kley, Grundrechtskatalog, S. 326.
1335 Mastronardi, St.Galler Kommentar, Art. 7 N 16.
1336 BSK BV-Belser/Molinari, Art. 7 N 40.
1337 Schaber, Menschenwürde , S. 22.
1338 So auch Negri, Universal Human Rights, S. 22: «In conclusion, the effective relevance of human dignity to the emergence of a 'right to die with dignity' is highly debated and often considered overstated.».
1339 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 165 f.
1340 Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 45.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. *Rechtsprechung des EGMR*

Ein Grossteil der Rechtsprechung zu Art. 3 EMRK betrifft die Themenbereiche Haft, Strafe, polizeiliche Massnahmen und Auslieferung von AusländerInnen in Staaten, in denen Folter oder eine unmenschliche Behandlung droht[1341]. Im Factsheet des EGMR zu EMRK-Urteilen betreffend ältere Menschen sind im Abschnitt zu Art. 3 EMRK ausschliesslich Fälle zur Höhe von Altersrenten, zur Ausschaffung, zum Freiheitsentzug und zur Dienstpflicht aufgelistet[1342].

Im Urteil Stanev gegen Bulgarien hat der EGMR allerdings festgehalten, dass Art. 3 EMRK auch auf Fälle von unmenschlicher Behandlung in Gesundheitseinrichtungen anwendbar sei[1343]. In einer Joint Dissenting Opinion zu einem Urteil aus dem Jahr 2008 haben drei EGMR-RichterInnen festgehalten, dass die Auslieferung in einen Staat mit ungenügender palliativmedizinischer Versorgung eine eigenständige Verletzung von Art. 3 EMRK darstellen könne[1344].

2. *UNO-Antifolterkonvention*

Auch die von der Schweiz ratifizierte UNO-Antifolterkonvention[1345] verbietet unmenschliche Behandlung. In den Staatenberichten der Schweiz und den diesbezüglichen Schlussbemerkungen des UNO-Ausschusses gegen Folter werden Gesundheitsfragen ausschliesslich im Zusammenhang mit Menschen im Justizvollzug erörtert[1346]. Die Schweiz hat auch das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe ratifiziert[1347]. Dieses hat gemäss Art. 1 zum Ziel, ein System

1341 Siehe dazu die Fallgruppen bei EMRK-Meyer-Ladewig/Lehnert, Art. 3 N 26 ff.; Grabenwarter/Pabel, § 20 N 58 ff.

1342 EGMR, Factsheet: Elderly people and the European Convention on Human Rights (October 2018).

1343 Urteil des EGMR 36760/06 vom 17. Januar 2012 (Stanev gegen Bulgarien), Ziff. 206: «The Court would emphasise that the prohibition of ill-treatment in Article 3 applies equally to all forms of deprivation of liberty, and in particular makes no distinction according to the purpose of the measure in issue; it is immaterial whether the measure entails detention ordered in the context of criminal proceedings or admission to an institution with the aim of protecting the life or health of the person concerned.».

1344 Joint dissenting opinion der RichterInnen Tulkens, Bonello und Spielmann zum Urteil des EGMR (Grosse Kammer) 26565/05 vom 27. Mai 2008 (N. gegen das Vereinigte Königreich), Ziff. 21: «We understand, however, that the additional grounds advanced by the Court in D. v. the United Kingdom and related to a lack of medical and palliative care as well as a lack of psychological support, in the home country, might be equally relevant to the finding of a separate potential violation of Article 3 of the Convention».

1345 Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, in Kraft getreten für die Schweiz am 26. Juni 1987.

1346 Siebter periodischer Bericht der Schweiz zuhanden des UNO-Komitees gegen Folter (CAT), 28. Mai 2014; Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Switzerland (CAT/C/CHE/CO/7), 7 September 2015.

1347 Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, in Kraft getreten für die Schweiz am 24. Oktober 2009.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

regelmässiger Besuche einzurichten, die von unabhängigen internationalen und nationalen Gremien an Orten, an denen Personen die Freiheit entzogen ist, durchgeführt werden, um Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu verhindern.

Aufgrund der in Art. 3 des Zusatzprotokolls enthaltenen Verpflichtung zur Einrichtung mindestens eines Gremiums, das zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe Besuche durchführt, wurde das Bundesgesetz über die Kommission zur Verhütung von Folter[1348] erlassen und gestützt auf dessen Art. 1 die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) eingesetzt.

3. Nationale Kommission zur Verhütung von Folter

Zu den Aufgaben der Kommission gehört gemäss Art. 2 lit. a die regelmässige Überprüfung der Situation von Personen, denen die Freiheit entzogen ist, und der regelmässige Besuch aller Orte, an denen sich diese Personen befinden oder befinden könnten. Als Freiheitsentzug gilt gemäss Art. 3 jede Form des Festhaltens oder der Inhaftierung einer Person oder deren Unterbringung in einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die sie nicht nach Belieben verlassen darf, sofern dies auf Anordnung oder Veranlassung einer Behörde oder im Einverständnis mit einer Behörde geschieht. Unter diese Definition fällt insbesondere auch die fürsorgerische Unterbringung gemäss Art. 426 ff. ZGB. In der Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht hat der Bundesrat festgehalten, dass die Unterbringung einer urteilsunfähigen Person gegen ihren Willen in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung nur im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung zulässig ist[1349].

Die NKVF hat in ihrem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2016 festgehalten, dass sie mittelfristig beabsichtige, gemäss ihrem völkerrechtlichen Auftrag auch vermehrt Sozialeinrichtungen zu besuchen[1350]. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass im Zuge von Sparmassnahmen eine Stelle nicht erneuert wurde und dass dieser Verlust eine Verschiebung bzw. eine Annullation verschiedener Besuche in Einrichtungen des Freiheitsentzugs zur Folge hatte[1351]. Im Jahr 2017 überprüfte die NKVF ein Untersuchungsgefängnis, eine Strafvollzugseinrichtung, 2 Hochsicherheitsabteilungen, 5 Einrichtungen für den Vollzug der ausländerrechtlichen Administrativhaft, 5 Zentren des Bundes für die Unterbringung von Asylsuchenden, eine forensisch-psychiatrische Klinik sowie 4 Kliniken für Alters-

1348 Bundesgesetz über die Kommission zur Verhütung von Folter vom 20. März 2009.
1349 Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7039: «Absatz 3 gibt der vertretungsberechtigten Person nicht die Befugnis, die urteilsunfähige Person gegen ihren Willen oder Widerstand in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung unterzubringen. Vielmehr muss in einem solchen Fall nach den Artikeln 426 ff. eine fürsorgerische Unterbringung angeordnet werden.».
1350 NKVF, Tätigkeitsbericht 2016, S. 6.
1351 NKVF, Tätigkeitsbericht 2016, S. 9.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und Erwachsenenpsychiatrie[1352]. Alters- und Pflegeheime wurden nicht überprüft, obwohl auch in diesen Einrichtungen Menschen im Rahmen der fürsorgerischen Unterbringung unfreiwillig festgehalten werden[1353].

4. *UNO-Sonderberichterstatter über Folter*

Das Verbot der unmenschlichen Behandlung kann u.a. durch fehlenden Zugang zu Schmerzmedikation verletzt sein. Der UNO-Sonderberichterstatter über Folter hat im Jahr 2009 festgehalten, dass die faktische Verweigerung des Zugangs zur Schmerzmedikation, wenn sie schwere Schmerzen und Leiden verursacht, eine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellt[1354]. Dabei ging es in erster Linie um die Problematik, dass der Zugang zu Schmerzmedikation in gewissen Staaten übermässig durch die Betäubungsmittelgesetzgebung eingeschränkt wird[1355].

Im Jahr 2013 widmete sich der UNO-Sonderberichterstatter über Folter schwerpunktmässig der Misshandlung in Gesundheitsinstitutionen. Dabei hielt er fest, dass irreversible medizinische Behandlungen ohne therapeutischen Zweck Folter oder Misshandlung darstellen können, wenn sie ohne die freie und informierte Einwilligung der betroffenen Person durchgeführt werden[1356]. Auch die anhaltende Fixation von Menschen in psychiatrischen Einrichtungen ist eine

1352 NKVF, Tätigkeitsbericht 2017 , S. 12.

1353 Siehe auch HelpAge, Gaps , S. 9: «The UN Subcommittee on Prevention of Torture which monitors the Optional Protocol to the Convention against Torture requires States, in Article 17, to create and maintain National Preventive Mechanisms to monitor places where people are deprived of their liberty. These places should include care homes, but from its eight published reports, not a single visit has been made yet to a care home for older people – evidence of a severe implementation gap at international level.».

1354 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak (A/HRC/10/44), 14 January 2009, Ziff. 72: «Similarly, the Special Rapporteur is of the opinion that the de facto denial of access to pain relief, if it causes severe pain and suffering, constitutes cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.».

1355 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak (A/HRC/10/44), 14 January 2009, Ziff. 73: «[...] the Special Rapporteur calls on the Human Rights Council to take up the question of drug policies in the light of international obligations in the area of human rights at one of its future sessions.» Siehe auch Francoise Girard, Stop Torture in Health Care , Open Society Foundations, 29. März 2011, sowie Amon/Lohman, Denial , S. 183. Vgl. auch Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/HRC/18/37), 4 July 2011, Ziff. : «Despite this and the fact that oral morphine and other narcotic preparations are inexpensive and should not be difficult to obtain, the availability of such medications used in palliative care is often limited. That is due to a number of factors, such as restrictive drug regulations, failure to implement a properly functioning supply and distribution system, and inadequate health-care system capacity.».

1356 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), 1 February 2013, Ziff. 32: «The mandate has recognized that medical treatments of an intrusive and irreversible nature, when lacking a therapeutic purpose, may constitute torture or ill-treatment when enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Form von Folter und Misshandlung[1357]. Die medikamentöse Ruhigstellung von Menschen in Pflegeeinrichtungen stellt ebenfalls eine unmenschliche Behandlung dar[1358]. Aus dem Verbot der unmenschlichen Behandlung fliesst schliesslich eine Schutzpflicht, Palliativmedizin zur Verfügung zu halten[1359].

Die Untersuchung zum Recht auf Leben hat gezeigt, dass die lebensverkürzende Symptombekämpfung bei entsprechender Einwilligung der betroffenen Person mit dem Recht auf Leben vereinbar ist[1360]. Aus dem Verbot der unmenschlichen Behandlung kann darüber hinaus ein Anspruch auf lebensverkürzende Symptombekämpfung abgeleitet werden[1361]. Dieser Anspruch besteht dann, wenn die lebensverkürzende Symptombekämpfung die einzige Möglichkeit zur Linderung starker Schmerzen oder nicht anderweitig behandelbarer Atemnot darstellt. Weil in diesen Fällen der Verzicht auf eine lebensverkürzende Symptombekämpfung eine unmenschliche Behandlung darstellen würde, fliesst aus dem Verbot derselben ein Anspruch auf die lebensverkürzende Symptombekämpfung.

Ergebnisse 2. Teil

I. Zusammenfassung

Die Untersuchung der Menschenrechte hat gezeigt, dass das Verbot der Altersdiskriminierung in der Lehre bisher vor allem im arbeitsrechtlichen Kontext beleuchtet worden ist[1362]. Noch weniger hat es die Rechtsprechung beschäftigt: Das Bundesgericht hat sich bis heute in 17 Fällen mit einer gerügten Altersdiskriminierung befasst und kein einziges Mal eine Diskriminierung von älteren Menschen bejaht[1363]. Auch der EGMR[1364] und der UNO-Menschenrechtsausschuss[1365] haben bis heute noch nie einen Verstoss gegen das Verbot der Altersdiskriminierung festgestellt. Eine Diskriminierung wegen des Alters wird vor diesen Instanzen nur selten gerügt, was wohl (auch) damit zu erklären ist, dass das

1357 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), 1 February 2013, Ziff. 63: «there can be no therapeutic justification for the use of solitary confinement and prolonged restraint of persons with disabilities in psychiatric institutions; both prolonged seclusion and restraint may constitute torture and ill-treatment».

1358 Human Rights Watch, «They Want Docile» – How Nursing Homes in the United States Overmedicate People with Dementia , USA 2018, S. 96 f.

1359 Kiener, Suizidhilfe, S. 287.

1360 § 3, III, 4. (Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung).

1361 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak (A/HRC/10/44), 14 January 2009, Ziff. 72.

1362 § 5, I, 1 (Diskriminierungsschutz).

1363 § 5, I, 5 (Rechtsprechung des Bundesgerichts).

1364 § 5, I, 6 (Altersdiskriminierung in der Rechtsprechung des EGMR).

1365 § 5, I, 7.2 (UNO-Pakt II).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Alter in der EMRK und in den UNO-Pakten nicht explizit als verpöntes Anknüpfungsmerkmal für eine Diskriminierung genannt ist. Demgegenüber sehen die Behinderten-[1366] und die Frauenrechtskonvention[1367] einen expliziten Schutz von älteren Menschen mit Behinderung bzw. älteren Frauen vor.

Entscheidungen am Lebensende tangieren regelmässig das Recht auf Leben. Der Abbruch oder die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen ist unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben dann unproblematisch, wenn die Entscheidung von der betroffenen Person gefällt wird und diese urteilsfähig ist[1368]. Eine gesetzliche Regelung, die den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen gestützt auf den mutmasslichen Willen erlaubt, verstösst nicht gegen das Recht auf Leben[1369]. Die Symptombekämpfung mit Lebensverkürzung ist zulässig, sofern die Dosierung der Medikamente nicht über das hinausgeht, was der Symptombekämpfung dient[1370]. Vergleicht man die tatsächliche Häufigkeit dieser Praxis mit der kleinen Wahrscheinlichkeit einer Lebensverkürzung bei korrekter Dosierung, muss man vermuten, dass ÄrztInnen hier sehr häufig in einem strafrechtlich relevanten Bereich handeln[1371]. Weil es sich aus deren Perspektive nicht um Tötungen handelt, werden diese Fälle in der Regel als natürliche Todesfälle gemeldet und von den Strafverfolgungsbehörden nicht untersucht. Unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben wäre diese Praxis dann zu beanstanden, wenn die zum Tod führende Überdosierung ohne entsprechendes Verlangen der Betroffenen verabreicht wird. Denn das Recht auf Leben verlangt kein absolutes Verbot der Tötung auf Verlangen[1372]. Auch ein Verbot der Suizidhilfe verlangt das Recht auf Leben nicht, demgegenüber kann ein solches Verbot gemäss EGMR mit dem Schutz des Lebens gerechtfertigt werden[1373]. Staaten müssen unüberlegte Suizide nach Möglichkeit verhindern[1374] und bei der organisierten Suizidhilfe für eine unabhängige Beurteilung der Urteilsfähigkeit sorgen[1375].

Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliesst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen[1376]. Dieses Recht umfasst insbesondere die Ansprüche auf Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen[1377] und auf Wahl der Sterbeortes[1378]. Das Recht auf persönliche Freiheit

1366 § 5, I, 7.3 (Behindertenrechtskonvention).
1367 § 5, I, 7.4 (Frauenrechtskonvention).
1368 § 6, III, 3 (Abbruch oder Nichtaufnahme auf Wunsch der betroffenen Person).
1369 § 6, III, 5 (Urteil des EGMR zum Behandlungsabbruch).
1370 § 6, IV, 4 (Zulässigkeit aus Sicht des Rechts auf Leben).
1371 § 6, IV, 4.2 (Unzulässigkeit bei zu hoher Dosierung).
1372 § 6, II, 1 (Muss der Staat die Tötung auf Verlangen verbieten?).
1373 § 6, V, 4 (Zulässigkeit des Verbots von Suizidhilfe).
1374 § 6, V, 2 (Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden).
1375 § 6, V, 3 (Zulässigkeit der Suizidhilfe).
1376 § 7, I, 2 (Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden).
1377 § 7, II (Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht).
1378 § 7, IV (Wahl des Sterbeortes).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

verbietet es dem Staat, wohlüberlegte Suizide zu verhindern[1379], beinhaltet aber keinen umfassenden Anspruch auf staatliche Suizidhilfe[1380]. Ein Anspruch auf Verschreibung einer tödlichen Substanz durch den Staat würde nur dann aufleben, wenn – wie in Deutschland – der Weg über die Verschreibung durch ÄrztInnen versperrt wäre[1381]. Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliesst auch ein Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen[1382]. Zur Durchsetzung dieses Anspruchs dürfen Kantone öffentlich (mit)finanzierte Alters- und Pflegeheime dazu verpflichten, Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zuzulassen[1383].

Das Recht auf Hilfe in Notlagen wird vorwiegend im Kontext der Sozialhilfe thematisiert[1384], beinhaltet aber auch einen Anspruch auf medizinische Versorgung. Dieser umfasst alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung und auch (von der OKP nicht immer gedeckte, siehe § 14) Leistungen der Palliativmedizin[1385].

Das Recht auf Gesundheit (Art. 12 UNO-Pakt I) enthält nebst einem programmatischen Teil auch justiziable Kernverpflichtungen[1386]. Zu diesen gehört die Pflicht zur Gewährleistung eines diskriminierungsfreien Rechts auf Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, -gütern und -dienstleistungen, insbesondere für verletzliche und marginalisierte Bevölkerungsgruppen. Der UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit empfiehlt zudem die Einführung von Beschwerdemechanismen zum Schutz von Menschen in Alters- und Pflegeheimen[1387].

II. Schlussfolgerungen

Aus den untersuchten Menschenrechten (§§ 5–10) lassen sich konkrete Anforderungen an den Umgang mit den im anschliessenden 3. Teil behandelten Problemkonstellationen (§§ 11–16) ableiten:

– Das Diskriminierungsverbot (§ 5) verlangt, dass Menschen in Alters- und Pflegeheimen der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht erschwert werden darf. Weil in Alters- und Pflegeheimen in der Regel ältere Menschen wohnen, stellt der erschwerte Zugang dieser Gruppe zu medizinischen Leistungen (§ 13) eine indirekte Altersdiskriminierung dar.

1379 § 7, III, 2 (Anspruch auf Nichtverhinderung eines Suizids).
1380 § 7, III, 1 (Kein Anspruch auf Suizidhilfe).
1381 § 7, III, 3.4 (Würdigung der geltenden Regelung).
1382 § 7, III, 4 (Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen).
1383 § 7, III, 5 (Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung).
1384 § 8, II (Medizinische Notlagen).
1385 § 8, III (Anspruch auf medizinische Versorgung).
1386 § 9, II (Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit).
1387 § 9, V (UNO-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Das Recht auf Leben (§ 6) gebietet, dass Menschen festlegen können, ob in lebensbedrohlichen Situationen alles medizinisch Mögliche für die Lebenserhaltung oder nur bestimmte Behandlungen ergriffen werden sollen oder ob sie einen möglichst ruhigen und u.U. raschen Tod bevorzugen. Das Recht auf Leben ist verletzt, wenn im Unwissen über die Wünsche Behandlungen abgebrochen werden, die aus medizinischer Sicht nicht aussichtslos sind. Das Recht auf Leben wird auch dann verletzt, wenn ein Staat zulässt, dass die Urteilsfähigkeit bei der Suizidhilfe ausschliesslich durch Personen beurteilt wird, die dies im Auftrag einer Suizidhilfeorganisation regelmässig tun (§ 15).
- Aus dem Recht auf persönliche Freiheit (§ 7) fliesst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen. Dieses Recht wird verletzt, wenn trotz gegenteiliger Patientenwünsche lebenserhaltende Massnahmen aufgenommen oder weitergeführt werden (§ 12). Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliesst sodann eine staatliche Pflicht zur Gewährleistung eines Systems, das die Dokumentation und Abrufbarkeit von Patientenwünschen sicherstellt (§ 11). Das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen, wird auch dann verletzt, wenn Menschen der Zugang zu Suizidhilfeorganisationen verunmöglicht wird. Problematisch sind insbesondere flächendeckende Zutrittsverbote für Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen (§ 16).
- Das Recht auf Hilfe in Notlagen (§ 8) beinhaltet einen Anspruch auf Hilfe in medizinischen Notlagen und damit auch einen Anspruch auf Palliative Care (§ 14). Dieser Anspruch wird verletzt, wenn infolge fehlender Finanzierung kein Zugang zu Palliative Care gewährleistet ist.
- Das Recht auf Gesundheit (§ 9) umfasst nebst einem programmatischen Teil verschiedene Kernverpflichtungen und ist in diesem Rahmen auch justiziabel. Das Recht auf Gesundheit wird insbesondere dann verletzt, wenn beim Zugang zu Gesundheitseinrichtungen diskriminiert wird. Wenn Menschen in Alters- und Pflegeheimen daran gehindert werden, bei gesundheitlichen Problemen in ein Spital überzutreten (§ 13), ist somit nicht nur das Diskriminierungsverbot, sondern auch eine Kernverpflichtung des Rechts auf Gesundheit verletzt.
- Aus dem Verbot unmenschlicher Behandlung (§ 10, II) fliesst ein Anspruch auf Symptombekämpfung, die auch eine Lebensverkürzung zur Folge haben kann. Dieser Anspruch besteht immer dann, wenn die (lebensverkürzende) Symptombekämpfung die einzige Möglichkeit zur Linderung starker Schmerzen oder nicht anderweitig behandelbarer Atemnot darstellt. Das Verbot unmenschlicher Behandlung wird auch dann verletzt, wenn medizinisch aussichtslose Behandlungen (§ 12) durchgeführt werden.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Teil 3: Problemkonstellationen am Lebensende

In den sechs folgenden Kapiteln werden Problemkonstellationen am Lebensende thematisiert. Bei den ersten vier Problemkonstellationen handelt es sich um Themen, die im Rahmen einer empirischen Untersuchung besonders häufig genannt worden und gleichzeitig aus menschenrechtlicher Optik problematisch sind. Die letzten zwei Problemkonstellationen (Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe und Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen) basieren überwiegend auf normativen Überlegungen. In den folgenden Kapiteln wird jeweils nach einem kurzen Problembeschrieb die aktuelle Rechtslage dargestellt, um anschliessend den Regulierungsbedarf zu untersuchen und ggf. konkrete Regulierungsvorschläge zu erarbeiten. Die Erarbeitung der Regulierungsvorschläge erfolgt auf Grundlage der im Teil 2 dargestellten Menschenrechte am Lebensende.

Regulierung setzt voraus, dass der zu regulierende Sachverhalt genügend klar ist. Bei zwei Problemkonstellationen, die in den letzten Jahren grosse Aufmerksamkeit erlangt haben, ist diese Voraussetzung nicht erfüllt. Es handelt sich einerseits um die kontinuierliche tiefe Sedierung und andererseits um den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Diese beiden Themen werden kontrovers diskutiert, wobei auch innerhalb der Medizin sehr unterschiedliche Auffassungen bestehen. So ist insbesondere umstritten, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit regelmässig oder nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen ein gutes (d.h. nicht von Hunger- und Durstgefühlen geplagtes) Sterben ermöglicht[1388]. Bei der kontinuierlichen tiefen Sedierung scheint eine Diskrepanz zwischen der Realität in der Schweiz (Lebensverkürzung durch Sedierung) und dem Stand der internationalen wissenschaftlichen Diskussion (keine Lebensverkürzung bei korrekt durchgeführter Sedierung) zu bestehen[1389]. Diese Diskrepanz muss innerhalb der Medizin diskutiert werden. Die Frage, ob eine Regulierung der Sedierung und des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit notwendig ist, kann erst dann beantwortet werden, wenn die zugrundeliegenden Sachverhalte besser geklärt sind.

Bei den nachfolgend behandelten Problemkonstellationen bestehen demgegenüber keine grundlegenden Unsicherheiten bezüglich der zugrundeliegenden Tatsachen. Bei diesen Themen ist eine Regulierung dementsprechend möglich. Ob sie auch notwendig ist, wird in den jeweiligen Kapiteln im Abschnitt «Regelungsbedarf» untersucht.

1388 Siehe § 3, X. (Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [FVNF]).
1389 Siehe § 3, V. (Sedierung) sowie § 6, IV, 2. (Abgrenzung zur palliativen Sedierung).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Folgende Themen bilden Gegenstand des dritten Teils:
- Patientenwünsche sind nicht bekannt (§ 11)
- Überbehandlung (§ 12)
- medizinische Versorgung in Heimen (§ 13)
- Palliative Care (§ 14)
- Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe (§ 15)
- Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen (§ 16)

§ 11 Patientenwünsche sind nicht bekannt

I. Problembeschreibung

Die sozial-empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat gezeigt, dass sehr häufig nicht bekannt ist, welche medizinischen Massnahmen eine urteilsunfähige PatientIn am Lebensende noch in Anspruch nehmen möchte[1390]. Die Gründe dafür sind mannigfaltig: Das fehlende Wissen um die Wünsche einer urteilsunfähigen Person kann darauf zurückzuführen sein, dass die Person gar keine Überlegungen zu diesem Thema angestellt oder dass sie diese lediglich nicht geäussert oder nicht schriftlich festgehalten hat. Es kommt aber auch vor, dass konkrete Vorstellungen zwar geäussert oder schriftlich festgehalten wurden, diese Informationen aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar sind. Hier ist weiter danach zu unterscheiden, ob die Information so angelegt wurde, dass sie im entscheidenden Zeitpunkt hätte verfügbar sein sollen oder nicht. Bei der Schriftlichkeit wird dies der Regelfall sein, indem die Vorstellungen über medizinische Massnahmen im Falle der Urteilsunfähigkeit z.B. in einer Patientenverfügung festgehalten werden. Bei mündlichen Äusserungen zu den eigenen Wünschen bezüglich medizinischer Massnahmen können diese entweder ohne bestimmte Zielsetzung in einem Gespräch mit Angehörigen geäussert worden sein oder aber als konkrete Anweisung für den Fall einer später eintretenden Urteilsunfähigkeit.

Insgesamt ergeben sich somit folgende Teilkonstellationen des Problembereichs «Patientenwünsche am Lebensende sind nicht bekannt»:
1. PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht.
2. PatientIn hat sich Gedanken dazu gemacht, diese aber für sich behalten.
3. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese auch schriftlich festzuhalten.

1390 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 10 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar.

Nachfolgend werden zu jeder einzelnen dieser Fallkonstellationen exemplarisch einige Interviewstellen aus der sozial-empirischen Studie aufgeführt.

1. PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht

– Pflegefachperson und Abteilungsleiterin in einem Alters- und Pflegeheim, 50–60 J. (Interview Nr. 13): «In der Regel ist es lästig, über so etwas nachzudenken, oder, wie für uns auch (lacht), ja.»
– Assistenzärztin Chirurgie in einem Regionalspital, 30–40 J. (Interview Nr. 15): «Mais je demande ce activement, dans le sens, est-ce que vous avez déjà réfléchi à si les choses se passent mal, qu'est-ce que vous voulez pour vous-même? Il y en a beaucoup qui me disent: mais c'est vous qui décidez, docteur.»
– Hausarzt mit eigener Praxis, 60–70 J. (Interview Nr. 8): «Weil, das besprechen, das kann ich vielleicht mit, ja ich sage jetzt eine Zahl, 10–20 Prozent. Und ganz viele Leute, wenn ich das zu thematisieren beginne, die (unverständlich). Und dann kommt eine Riesenabwehr und dann kann man nicht mehr diskutieren und dann bleibt zu hoffen. Also, das ist, das sind vielleicht eben 20 Prozent, bei denen man es gut machen kann.»
– Belegarzt Onkologie in einer Privatklinik, 60–70 J. (Interview Nr. 2): «[...] wissen Sie, man überlegt sich, wenn man ein gewisses Alter hat, was macht man, wenn man selbst krank wird … Wenn ich herumschaue unter meinen Kollegen, dann schauen wir uns alle ratlos an».
– Pflegefachperson auf der Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9): «Es gibt ja auch Patienten, die sagen: ich bin sowieso mit allem überfordert, entscheidet ihr für mich, denn ihr wisst schon, was gut ist.»

2. PatientIn hat sich Gedanken zum eigenen Lebensende gemacht, diese aber für sich behalten

– Pflegefachperson auf der Onkologie in einem kleineren Spital, 30–40 J. (Interview Nr. 6): «[...] wenn ich das Gefühl habe: 'Jesses Gott', stehen nun diese Menschen mit ihrem Prozess? Und schlussendlich als es um das Sterben, den Tod ging, die letzten 24 Stunden staunte ich dann, wie weit sie trotz allem waren. Sie wollten einfach nicht darauf-, darüber sprechen, weil dies hätte ihnen den letzten Funken Hoffnung genommen. Und trotzdem haben sie im tiefsten Herzen beide Wege ähm, ähm…. // offen gelassen // ja, offen gelassen. Aber den einen, den einen wollten sie noch nicht beleuchten, so.»

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– Pflegefachperson auf der Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9): «[...] wenn ich merke, dass jemand sehr stark hin und her springt, bei seinen Entscheidungen also; operiert, morgen: Ihr operiert nicht, und morgen: wieder operieren. Dann muss man irgendwann schon mit diesem Mensch in das Gespräch kommen und versuchen herauszufinden, was dieses Hin- und Herspringen bedeutet. Was ist genau das Problem. Ist es ein Informationsdefizit, ist es Angst oder was ist es.»

3. *PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten*

– Heimärztin Innere Medizin / Geriatrie in einem Alters- und Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 11): «Und der Bruder, der kam, hat gesagt: ja, als ich das letzte Mal mit ihm zusammen war, sagte er – das erste Mal, früher hat der nie so etwas geäussert –: Ähm, er mag nun eigentlich nicht mehr leben, oder.»
– Hausarzt / Heimarzt Allgemeine Medizin, 30–40 J. (Interview Nr. 23): «Et des fois on a même pas besoin de parler, pour les directives anticipées, parce que quand on a compris de quoi on parle, avec la famille, avec le patient, on sait qui sont les gens, ce qu'ils veulent dans la vie, ce qu'ils veulent pas, ben la plupart du temps on prend des décisions justes. Puis on les appelle, voilà écoutez: 'votre papa ne va pas bien, moi j'ai pris l'optique de ne pas faire des soins très aigus parce que j'ai pas l'impression qu'il aurait voulu le faire'. Puis là les gens nous disent, oui vous avez raison etc. On vient. Parce que si on a pu parler avec les gens, ils ont pu, pas forcément parler de façon précise, mais juste une impression générale, des fois ça suffit.»
– Pflegefachperson und Leitung Pflege in einem Alters- und Pflegeheim, 40–50 J. (Interview Nr. 21): «[...] schlussendlich haben wir kein ausgefülltes Formular gehabt, aber der Prozess war durch und das war so genial am Schluss, wie diese Mutter gestorben ist. Weil die Töchter wussten genau, was der Sinn, was die Mutter wollte und wir auch.»

4. *PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar*

– Assistenzarzt Anästhesie und Notfall in einem Universitätsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 10): «Man hat einfach, selten, Zeit dafür, eine Patientenverfügung zu suchen oder zu studieren.»
– Pflegefachperson Nephrologie in einem Privatspital, 30–40 J. (Interview Nr. 16): «J'ai sorti la feuille de transmission, j'ai vu qu'il n'y avait pas de coche, donc, donc pour moi ça veut dire qu'il devait être réanimé, puisqu'on cache quand il ne doit pas être réanimé. Et puis on a continué à le réanimer, et puis quelqu'un à la brillante idée d'aller chercher le dossier du patient, où là

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

il était spécifié qu'il n'était pas à réanimer et ce n'avait pas été retranscrit sur le document qu'on avait utilisé. Donc l'information est mal passée. Et du coup en se fier à une mauvaise information. Donc on l'a réanimé, alors qu'il ne voulait pas l'être.»

– Assistenzärztin Innere Medizin in einem Kantonsspital, 20–30 J. (Interview Nr. 24): «Et puis c'est ce que je vous disais une patiente qui arrive, qui n'est pas bien, qu'est-ce qu'on fait mots. On va voir, on lui fait des examens, on essaie de régler le problème, voilà, on fait si on fait ça, on fait pleins de choses… Une fois que la première évaluation est faite, et que les premiers soins sont enclenchés, alors après on a le temps de se poser et de regarder le dossier et puis devoir et puis de tomber par hasard sur la feuille des directives anticipées si elle est dedans, parce que des fois elle n'est pas. Et si elle est là, alors on la voit, c'était déjà une heure qu'on a prise en charge Madame, alors on se dit ben zut ça arrive, après ça c'est une erreur de notre part.»

II. Aktuelle Rechtslage

Dem Problem, dass Patientenwünsche am Lebensende nicht bekannt sind, wird heute auf gesetzlicher Ebene primär im ZGB begegnet. Diese Regeln betreffen von den oben erwähnten vier Fallkonstellationen die dritte und die vierte, d.h. einerseits den Fall, dass eine PatientIn ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht hat, ohne diese auch schriftlich festzuhalten[1391], und andererseits den Fall, dass eine PatientIn ihre Gedanken zum Lebensende schriftlich festgehalten hat[1392]. Mit der Aufnahme dieser Bestimmungen im ZGB hat der Gesetzgeber die Vorgaben der Biomedizinkonvention des Europarats[1393] umgesetzt[1394]. Deren Art. 9 lautet: «Kann ein Patient im Zeitpunkt der medizinischen Intervention seinen Willen nicht äussern, so sind die Wünsche zu berücksichtigen, die er früher im Hinblick auf eine solche Intervention geäussert hat.»

Eine Frage, die als Nebeneffekt die ersten beiden Fallkonstellationen (PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht oder diese für sich behalten) tangiert, ist diejenige nach dem Reanimationsstatus. Dazu hat die SAMW eine eigene Richtlinie erlassen[1395], zudem wird diese Frage auch auf der Ebene einzelner Institutionen vereinzelt mit Regeln zur Erfassung des Reanima-

1391 § 4, IV, 1.2 (Ablehnung mittels Patientenverfügung).
1392 § 4, IV, 1.3. (Ablehnung durch vertretungsberechtigte Person).
1393 Übereinkommen des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin), in Kraft getreten für die Schweiz am 1. November 2008.
1394 Botschaft Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7122.
1395 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tionsstatus begegnet[1396]. Anstoss zu einer gedanklichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende bietet sodann auch die Frage nach einer bestehenden oder das Angebot zur Erarbeitung einer Patientenverfügung. Zu diesem Thema bestehen ebenfalls eine Richtlinie der SAMW[1397] sowie in gewissen Institutionen zusätzliche Vorgaben.

Zu den Fallkonstellationen im Einzelnen:

1. *PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht oder diese für sich behalten*

1.1. *Der Reanimationsstatus als Anlass zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende*

Auch wenn das Thema Reanimationsstatus auf den ersten Blick als medizinische Spezialmaterie daherkommt, bietet es für PatientInnen häufig eine Gelegenheit, um sich ggf. erstmals konkret Gedanken über das eigene Lebensende zu machen und diese zu äussern. Dies insbesondere deshalb, weil der Reanimationsstatus gemäss Richtlinie der SAMW bei jeder PatientIn festgelegt werden muss[1398] und weil im Gespräch mit der PatientIn über ihre Krankheit «nach Möglichkeit[1399] auch Herzkreislaufstillstand und ein allfälliger Reanimationsversuch thematisiert werden [sollen]»[1400]. Die Richtlinien halten zudem fest, dass «[i]n Situationen, in welchen Reanimationsversuche medizinisch nicht indiziert wären, [...] der zuständige Arzt das Gespräch mit dem Patienten suchen [*muss*].» Zum Inhalt des Gesprächs heisst es in den Richtlinien weiter: «Dieses soll mit der notwendigen Sorgfalt und Empathie geführt werden. Im Vordergrund sollte nicht die Frage allfälliger Reanimationsbemühungen stehen, sondern die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Behandlung und die Erwartungen und Wünsche des Patienten.»[1401]

Je ein separater Abschnitt der SAMW-Richtlinie zu Reanimationsentscheidungen ist den Patientengruppen «Ältere, pflegebedürftige Patienten in Institutionen der Langzeitpflege» und «Patienten am Lebensende» gewidmet:

> «Mit *älteren, pflegebedürftigen Patienten*, die in eine Institution der Langzeitpflege eintreten, sollte grundsätzlich auch über das Vorgehen bei einem Herzkreislaufstillstand

1396 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 62.
1397 SAMW-RL Patientenverfügungen.
1398 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.6. (Dokumentation): «Der Reanimationsentscheid muss klar als 'Rea-Ja' oder 'Rea-Nein' im ärztlichen und pflegerischen Patientendossier festgehalten werden.».
1399 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (Gespräch über Reanimation): «Aus praktischen Gründen kann jedoch nicht mit allen Patienten über Herzkreislaufstillstand und Reanimation gesprochen werden. Bei vielen Patienten ist dies auch nicht sinnvoll.».
1400 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (Gespräch über Reanimation).
1401 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (Gespräch über Reanimation).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> gesprochen und deren Wille eruiert werden. Fehlen innerhalb der Institution die Voraussetzungen für die Durchführung von Reanimationsmassnahmen, müssen die neu eintretenden Patienten und bei deren Urteilsunfähigkeit die Bezugspersonen über diese Situation informiert werden. [...][1402]
>
> Bei *Patienten am Lebensende* steht Palliative Care im Zentrum. Oft erschweren es emotionale und psychologische Faktoren dem Patienten, seinen Angehörigen und den Mitgliedern des Betreuungsteams zu erkennen und zu akzeptieren, dass das Lebensende nahe ist. Das Gespräch im Betreuungsteam kann zur Klärung beitragen. Ebenso wichtig ist das einfühlsame Gespräch mit dem Patienten und dessen Angehörigen über Erwartungen, Wünsche und Ängste.»[1403]

Nebst den Richtlinien der SAMW bestehen auch auf der Ebene einzelner Institutionen z.T. Regelungen, die auf eine einheitliche Handhabung der Erfassung des Reanimationsstatus abzielen. Sofern zur Entscheidfindung hinsichtlich des Reanimationsstatus PatientInnen einbezogen werden, können die so stattfindenden Gespräche dazu führen, dass jemand beginnt, sich mit dem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen oder dass eine betroffene Person ihre Gedanken, die sie sich dazu schon gemacht hat, deponieren kann. Hinweise auf solche Richtlinien fanden sich in mehreren Interviews:

- Pflegefachperson auf Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9): «[...] was wir haben, ein Konzept für palliative Betreuung, wir haben auch Vorgaben, dass zum Beispiel mit jedem neuen Menschen geklärt werden muss beim Eintritt, will der wiederbelebt werden oder nicht.»
- Leitender Arzt Orthopädie und Traumatologie in einem Regionalspital, 30–40 J. (Interview Nr. 22): «Par contre, cette case dans le dossier médical de tous les patients en Suisse en tout cas, il doit figurer cette information. Mais après c'est le problème de l'application. Et puis, un jeune assistant de devoir dire à un patient qui s'est cassé le pied, ou qui a une appendicite: 'est-ce que vous voulez qu'on réanime si le cœur s'arrête?', ben il faut poser la question au patient de 60 ans, comme celui de 90 ans, bien sûr qu'à 13 ans, on ne pose pas la question, ça c'est une obligation légale, ou en tout cas c'est un principe. Mais à partir d'un certain âge, alors en tout cas 50–60 ans, il y a des antécédents aussi, des patients plus fragiles que d'autres, on doit se prémunir nous-même comme praticien, parce que… quand le patient est dans le coma c'est dépassé quoi.»
- Assistenzärztin Chirurgie an einem Regionalspital, 30–40 J. (Interview Nr. 15): «C'est ce qu'on fait. 'Si ça va pas, est-ce que vous acceptez les soins intensifs…enfin, 1) est-ce que vous acceptez qu'on vous réanime, 2) est-ce que vous acceptez les soins intensifs?, 3) est-ce que vous acceptez d'être intu-

1402 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (Gespräch über Reanimation, Abschnitt «Ältere, pflegebedürftige Patienten in Institutionen der Langzeitpflege»).

1403 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (Gespräch über Reanimation, Abschnitt «Patienten am Lebensende»).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bé?, est-ce que vous acceptez des antibiotiques, ou les manœuvres?' enfin voilà, mais plus loin que ça.»

1.2. *Die Patientenverfügung als Anlass zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende*

PatientInnen, die sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht haben oder diese für sich behalten, haben naturgemäss keine Patientenverfügung verfasst. Trotzdem kann auch dieses Instrument bzw. die Konfrontation damit dazu führen, dass sich PatientInnen mit dem eigenen Lebensende und ihren diesbezüglichen Vorstellungen zu befassen beginnen. Ein Beispiel ist die systematische Frage nach einer bestehenden Verfügung beim Eintritt in eine Institution, gegebenenfalls verbunden mit einer Empfehlung und dem Angebot, beim Verfassen einer Patientenverfügung zu unterstützen. Die Patientenverfügung ist seit dem 1. Januar 2013 in Art. 370 ff. ZGB geregelt, das Gesetz enthält aber keine Vorgaben zur systematischen Erfassung von bestehenden oder zur Förderung des Erstellens von Patientenverfügungen.

In ihrer Richtlinie zu Patientenverfügungen empfiehlt die SAMW den Institutionen der Gesundheitsversorgung, dass diese «interne Weisungen zum Umgang mit Patientenverfügungen erlassen und darin insbesondere festlegen [sollten], wann und wie nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung gefragt wird.»[1404]

Im Rahmen der sozial-empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat sich gezeigt, dass diese Empfehlung in vielen Institutionen, umgesetzt wurde, indem diese systematisch nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung fragen und z.T. auch Hilfe für die Erarbeitung einer solchen anbieten. Im Bereich der Langzeitpflege und in den Hospizen gehört es sogar zum Standard, dass beim Eintritt einer Person nach einer bestehenden Patientenverfügung gefragt wird[1405]. Der Inhalt einer ggf. bestehenden Patientenverfügung wird häufig kurz nach dem Eintritt besprochen. Falls noch keine Patientenverfügung besteht, wird die Erarbeitung einer solchen empfohlen und unterstützt[1406]. Im Kanton Zürich sind Pflegeheime verpflichtet, beim Eintritt das Thema der Patientenverfügung zu besprechen[1407].

1404 SAMW-RL Patientenverfügungen, III. 1. (Empfehlungen an Institutionen der Gesundheitsversorgung).
1405 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 75.
1406 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 75.
1407 § 10 Abs. 2 der Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 des Kantons Zürich: «Tritt eine Person in ein Pflegeheim ein, bespricht der Leistungserbringer mit ihr das Thema der Patientenverfügung. Auf Wunsch der eintretenden Person nehmen Bezugspersonen an der Besprechung teil. Das Ergebnis der Besprechung wird dokumentiert und zu den Akten genommen.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. *PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten*

Wenn eine Patientin ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht hat, werden diese Informationen im Falle einer später eintretenden Urteilsunfähigkeit und vorausgesetzt, dass keine Patientenverfügung vorliegt, im Rahmen des mutmasslichen Willens relevant. An diesem sowie den «Interessen der urteilsunfähigen Person» hat sich die zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigte Person gemäss Art. 378 Abs. 3 ZGB zu orientieren. Zur Eruierung des mutmasslichen Willens sollte sich die vertretungsberechtigte Person in erster Linie daran orientieren, was die betroffene Person ihr im Gespräch zu diesem Thema anvertraut hat.

Die Informationen aus Gesprächen mit Angehörigen können auch dann relevant sein, wenn eine Patientenverfügung vorliegt: So kann in dieser eine vertretungsberechtigte Person bezeichnet werden (Art. 378 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB). Auf den mutmasslichen Willen und damit auf die Informationen aus Gesprächen mit Angehörigen ist schliesslich auch dann abzustellen, wenn eine Patientenverfügung die sich stellende Frage nicht beantwortet.

3. *PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar*

Sollte die PatientIn ihre Gedanken zu medizinischen Massnahmen am Lebensende schriftlich festgehalten haben, wird dies regelmässig in Form einer Patientenverfügung geschehen sein. Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als Festlegung der medizinischen Massnahmen, welchen eine im Verfügungszeitpunkt urteilsfähige Person im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt (Art. 370 Abs. 1 ZGB). Die Patientenverfügung ist gemäss Art. 371 Abs. 1 ZGB schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen. Eine Bezeichnung als Patientenverfügung wird nicht verlangt, sodass jedes datierte und unterzeichnete Schriftstück, das sich zu medizinischen Massnahmen der VerfasserIn äussert, als Patientenverfügung qualifiziert werden kann.

Gemäss Art. 372 Abs. 2 ZGB muss sich die ÄrztIn an die Anweisungen in einer Patientenverfügung halten. Eine Abweichung ist nur dann zulässig, wenn die Patientenverfügung 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. Ist beim Eintritt der Urteilsunfähigkeit nicht bekannt, ob eine Patientenverfügung vorliegt, so muss die behandelnde ÄrztIn dies anhand der Versichertenkarte abklären, sofern keine Dringlichkeit besteht (Art. 372 Abs. 1 ZGB).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

III. Regelungsbedarf

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt untersucht wurde, inwiefern die aktuelle Rechtslage auf den Problemkomplex «Patientenwünsche am Lebensende sind nicht bekannt» eingeht, ist im Folgenden danach zu fragen, ob die geltenden Regeln ausreichend sind oder nicht. Dabei ist zu klären, welche Argumente für eine möglichst umfassende Erarbeitung und Dokumentation der Patientenwünsche sprechen und welche dagegen. Weil die Bezeichnung als «Problem» auf der sozial-empirischen Studie und damit auf Interviews mit ÄrztInnen und PflegerInnen basiert, ist insbesondere kritisch zu hinterfragen, ob das fehlende Wissen um Patientenwünsche auch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht problematisch ist oder nicht.

Im Folgenden wird zur Klärung des Regulierungsbedarfs zunächst auf die menschenrechtlichen Anforderungen eingegangen, bevor die vier bereits eingeführten Fallkonstellationen gesondert betrachtet werden.

1. Menschenrechtliche Anforderungen

Aus der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) und dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK) fliesst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen[1408]. Dieses Recht ist nicht nur im Kontext von Suizid und Suizidhilfe, sondern auch bei Fragen des Behandlungsabbruchs und Behandlungsverzichts relevant. Das Recht auf Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen beinhaltet einen Abwehranspruch (Abwehr von Körperverletzungen) und zugleich einen Schutzanspruch (Schutz der körperlichen Unversehrtheit)[1409].

Der Staat muss die körperliche Unversehrtheit schützen, indem er Körperverletzungen strafrechtlich ahndet. Eine gerechtfertigte Behandlung liegt immer dann vor, wenn die PatientIn diese wünscht und sie medizinisch angezeigt ist. Eine nicht rechtfertigbare Körperverletzung liegt hingegen immer dann vor, wenn eine nicht gewünschte Behandlung aufgenommen oder weitergeführt wird. Um zwischen einer zulässigen Behandlung und einer unzulässigen Körperverletzung unterscheiden zu können, müssen die Patientenwünsche bekannt sein. Aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit fliesst somit eine staatliche Pflicht zur Gewährleistung eines Systems, das die Dokumentation und Abrufbarkeit von Patientenwünschen sicherstellt[1410].

1408 § 7, I, 2 (Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden).
1409 § 7, II (Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht).
1410 Ergebnisse 2. Teil, II (Schlussfolgerungen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. *PatientIn hat sich keine Gedanken zum Lebensende gemacht*

Der Tod und das Sterben werden in der heutigen Gesellschaft verdrängt[1411]. Viele Menschen scheuen sich davor, sich mit der eigenen Endlichkeit zu befassen. Gleichzeitig ist es an jedem einzelnen, für sich zu entscheiden, mit welchen Themen er sich beschäftigen will und mit welchen nicht. Eine irgendwie geartete Pflicht zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende wäre schon deshalb nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht vereinbar.

Davon zu unterscheiden ist aber die Thematisierung des Lebensendes an sich. Ein selbstbestimmter Entscheid setzt im Sinne des Informed Consent immer eine genügende Informationsgrundlage voraus. Wenn sich PatientInnen keine Gedanken zum Lebensende gemacht haben, kann dies einerseits ein bewusster Entscheid zur Verdrängung eines unangenehmen Themas sein. Aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung des Todes ist es aber auch möglich, dass man sich nicht mit dem Lebensende befasst, weil man nie damit konfrontiert wird, ohne dass man dem Thema bewusst ausweicht. Damit man sich bewusst gegen eine Auseinandersetzung mit dem Lebensende entscheiden kann, muss man zunächst wissen, welche Vorteile eine solche Auseinandersetzung mit sich bringt. Zur Beurteilung dieser Vorteile ist nicht die Perspektive des medizinischen Personals, sondern diejenige der potentiellen PatientInnen einzunehmen.

Wünsche zu medizinischen Massnahmen am Lebensende ändern nach einer plötzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands häufig. Beständiger sind demgegenüber die Wünsche, die nach Auftreten einer bestimmten Situation oder Krankheit geäussert wurden[1412]. Aufgrund der Unbeständigkeit von konkreten Wünschen für abstrakte Situationen ist es wenig sinnvoll, sich mit einer Situation zu befassen, die man gar nicht kennt; demzufolge sollte dies auch von niemandem verlangt werden. Demgegenüber spricht auch aus Patientensicht einiges für eine Auseinandersetzung mit dem Lebensende, wenn aufgrund eines bestimmten Ereignisses oder einer Krankheit damit gerechnet werden muss, dass die betroffene Person an den Folgen dieses Ereignisses oder dieser Krankheit stirbt. Ab diesem Zeitpunkt ist für die Person nach entsprechender Aufklärung absehbar, wie die ihr verbleibende Zeit aus medizinischer Sicht aussehen könnte und dieses Wissen ist die Grundlage für eine konkrete Auseinandersetzung mit dem Tod. Somit wäre es sowohl aus Sicht der PatientInnen als auch aus Sicht des medizinischen Personals positiv, wenn möglichst viele Menschen ab dem Zeitpunkt, in dem ihr Lebensende absehbar ist, sich mit diesem Fakt befassen und sich Gedanken zu ihren Wünschen für gewisse Situationen machen würden.

1411 Lehr, Umgang, S. 13 ff.

1412 SAMW-RL Patientenverfügungen, II, 4.4. (S. 10): «Oft ist die Beurteilung einzelner Massnahmen erst dann möglich, wenn eine Erkrankung vorliegt und deren Verlauf absehbar ist.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Konstellation, in der sich eine PatientIn keine Gedanken zum Lebensende gemacht hat, wird vom heute geltenden staatlichen Recht der Schweiz nicht erfasst. Zwei Richtlinien der SAMW befassen sich am Rande damit, indem sie einerseits bestimmten Institutionen empfehlen festzulegen, wann nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung gefragt wird, und andererseits für die Spezialfrage des Reanimationsstatus gewisse Vorgaben machen[1413]. Diese Richtlinien sind aber nicht demokratisch legitimiert und nicht verbindlich, weil sie von einer privaten Organisation erarbeitet wurden[1414]. Dementsprechend unterschiedlich fällt auch die Rezeption in den verschiedenen Institutionen aus. Während einzelne Spitäler und Heime standardmässig (sei dies gestützt auf interne Richtlinien[1415] oder als informelles Standardvorgehen[1416]) nach einer Patientenverfügung fragen und/oder den Reanimationsstatus mit den PatientInnen bzw. BewohnerInnen besprechen, kennen andere Institutionen keine solchen Regeln. Dies ist mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen unbefriedigend, zumal die Wahrung desselben davon abhängt, in welcher Institution sie sich befinden und damit letztlich eine zufällige Komponente hat.

Somit kann für diese Fallkonstellation ein Regelungsbedarf dahingehend bejaht werden, dass schweizweit einheitliche Regeln zum konkreten Umgang mit dem Reanimationsstatus und Patientenverfügungen gelten sollten. Auf diesem Weg wird den PatientInnen und BewohnerInnen dieser Institutionen die Möglichkeit geboten, sich mit dem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen.

3. *PatientIn hat sich Gedanken zum eigenen Lebensende gemacht, diese aber für sich behalten*

Im Unterschied zur Situation, in der sich eine PatientIn nicht mit dem Lebensende befasst und dies möglicherweise ein bewusster Entscheid ist, stellt sich bei PatientInnen, die sich bereits Gedanken dazu gemacht haben, nicht die Frage, ob sie das Thema verdrängen. Da jeder Mensch weiss, dass er früher oder später stirbt, ist davon auszugehen, dass sich die meisten Menschen Gedanken dazu machen. Weil aber der Tod in der heutigen Gesellschaft tabuisiert wird, bestehen grosse Hürden, mit Angehörigen darüber zu sprechen.

Demgegenüber dürften Menschen, die sich bereits Gedanken zu ihrem Lebensende gemacht haben, in der Regel bereit sein, sich mit medizinischem Personal darüber zu unterhalten. Mit Blick auf die Unbeständigkeit von weit im Voraus festgelegten Anordnungen wäre es jedoch nicht sinnvoll, flächendeckende Lebensend-Gespräche von ÄrztInnen mit ihren PatientInnen zu verlangen. Denkbar

1413 Siehe dazu oben, § 11, II, 2.
1414 Rüetschi, Richtlinien, S. 1222.
1415 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 62.
1416 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 63.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wäre indessen, ab dem Eintritt von bestimmten Ereignissen oder Krankheit ein solches Gespräch anzubieten. Dies hätte einerseits den Vorteil, dass im Falle einer Gesundheitsverschlechterung und einer damit zusammenhängenden Urteilsunfähigkeit bekannt wäre, was sich die Person für diese Situation wünscht. Hinzu kommt, dass im Gespräch mit einer ÄrztIn deren Fachwissen mit Bezug auf konkrete medizinische Massnahmen in die Wünsche der betroffenen Person einfliessen kann. Damit könnte man auch dem Problem, dass medizinisch unrealistische Wünsche geäussert werden, entgegenwirken. Dieses ist in der sozial-empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz wiederholt aufgetreten:

– Oberärztin Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 1): «dass ich vor kurzem einen Patienten auf der Notfallstation gesehen habe, der war, ja genau, der war sehr alt und schwerst krank also mit, mit allem, irgendwie Niere schlecht, Herz schlecht, alles wirklich so ganz am Rand und dann hatte er dann noch einen akuten Infekt. Und dann hat der irgendwie gesagt, ja, aber er würde dann wiederbelebt werden wollen und dann, also das sind dann die Situationen, wo ich auch dann völlig an den Rand komme und denke, das hat doch gar keinen Sinn, also, der, wenn er wiederbelebt wird, dann … überlebt er das als hirnloses Wrack».
– Assistenzärztin Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 15): «Ou alors qui me disent, 'ah oui, je veux être intubé, mais je ne veux pas aller aux soins intensifs', (rires), je leur dis, mais non, mais non, non... (rires). C'est pas possible. Et ils me disent, ah bon d'accord.»

In der Schweiz wird dem Problem, dass PatientInnen ihre Gedanken zum eigenen Lebensende für sich behalten, auf gesetzlicher Ebene nicht begegnet. Wie bei PatientInnen, die sich gar nicht mit ihrem Tod auseinandersetzen, werden auch bei dieser Fallkonstellation die Patientenwünsche nur dann erfragt, wenn dies im Rahmen der Erfassung des Reanimationsstatus oder der Ermunterung zum Verfassen einer Patientenverfügung geschieht. In diesem Bereich sollte das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen gestärkt werden, indem ihre Lebensend-Wünsche beim Eintritt von bestimmten Ereignissen oder Krankheiten, die das Lebensende absehbar machen, erfragt werden.

4. PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht, ohne diese schriftlich festzuhalten

Bei PatientInnen, die ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch geäussert haben, ohne sie auch schriftlich festzuhalten, können diese Wünsche berücksichtigt werden, wenn die vertretungsberechtigte Person davon weiss und danach handelt (Art. 378 ZGB). Problematische Situationen ergeben sich jedoch einerseits dann, wenn die Wünsche betreffend Lebensende im Gespräch mit anderen Personen eingebracht wurden und die vertretungsberechtigte Person oder die behandelnde

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ÄrztIn davon nichts (oder nur durch einen Zufall) erfahren. Diese Konstellation ist in den durchgeführten Interviews mehrmals aufgetaucht:

– Oberärztin Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 1): «[...] ich glaube, was wir tatsächlich häufig nicht gut machen, ist, dass wir tolle Gespräche führen, die manchmal tatsächlich nicht schlecht sind, aber dann wird es nicht gut genug dokumentiert und dann ist der Kollege die nächste Woche im Urlaub und dann ist das schönste Gespräch einfach für nix gut. Also ich glaube, das ist ein Bisschen ein Fehler, dass man das nicht begreift, dass es auch auf der Chirurgie, das ist ein Fach, in dem wir sowieso vielleicht ein bisschen zu wenig Zeit haben. Ja, wir führen dann zwar die Gespräche, aber eben, es wird nicht aufgeschrieben das wäre etwas, was man sicher ändern müsste».
– Hausärztin Innere Medizin und Hämatologie, 40–50 J. (Interview Nr. 14): «Aber es macht es ein bisschen schwierig, die Assistenzärzte wechseln relativ häufig und dann ist das schwierig. Also ist insofern gut, dass wir zu den Unterlagen kommen, an die wir kommen müssen. Zu den Medikamentenlisten und so. Aber zu den Gesprächen, was muss man, oder wie wird man, oder wie würden Sie? Das ist mässig.»
– Leitender Arzt Palliativmedizin in einem Palliativzentrum, 40–50 J. (Interview Nr. 28): «Ich habe das dem Hausarzt gesagt – wie gesagt: keine Familie, keine irgendwelche Freunde oder Angehörigen waren erwähnt – und er hat bestätigt, dass man es so verstehen kann; dass man trotz der Ankreuzung, dass dieser Patient hydriert werden will – in dieser Situation hat das keinen Sinn. Und vor allem soll man die frühere Feststellung beachten, dass er keine lebensverlängernden Massnahmen will.»
– Assistenzarzt Anästhesie und Notfall in einem Universitätsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 10): «Dann ist es einfach, die Meinung des Hausarztes ist sehr, sehr gefragt, ist sehr wichtig dort, um einzuschätzen; so quasi im Sinn von – sie sagen dann nicht: 'Moll', der kann das abschätzen, darum geht es nicht. Sondern der sagt dann: 'Moll', der würde das wollen. Sagt im Sinne von: ich weiss auch nicht, ob sie oder er es richtig versteht, aber, ich kenne ihn nun schon seit zehn Jahren und er wäre, wenn er nicht so verwirrt wäre, würde er dies auf jeden Fall wollen.»

Selbst wenn die im Gespräch geäusserten Wünsche einer PatientIn ihrer VertreterIn bekannt sind, ist nicht gewährleistet, dass auch danach gehandelt wird. Das hier angesprochene Problem ist die unbewusste Nichtbeachtung der Patientenwünsche durch vertretungsberechtigte Personen, weil diese aufgrund ihrer persönlichen Nähe häufig Mühe haben, ihre eigenen Wünsche von jenen der betroffenen Personen zu trennen. So wurde in den Interviews wiederholt gesagt, dass Behandlungen auf Wunsch von Angehörigen begonnen oder fortgeführt wurden, obwohl aus Sicht des medizinischen Personals Zweifel bestanden, ob

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

diese Massnahmen dem mutmasslichen Wille der PatientInnen entsprechen. Diese Konstellation ist abzugrenzen von Fällen der Überbehandlung, die im nachfolgenden Kapitel untersucht werden[1417].

Beispiele für die Vermischung der eigenen Wünsche von Angehörigen mit jenen der PatientInnen, für die sie entscheiden müssen, fanden sich in den folgenden Interviewstellen:

– Pflegefachperson auf der Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9): «Wir haben dann aber gemerkt, dass die Patientin selber nicht mehr ansprechbar ist, wir haben auch gewusst, dass sie keine Patientenverfügung hat und es ist eigentlich der Sohn gewesen, der eigentlich schon, wo wir sie hereingefahren haben, uns gebeten hat, macht etwas, macht etwas, sie darf nicht sterben. Und das ist für uns einfach ein klarer Auftrag gewesen, also auch für den ärztlichen Bereich und wir haben uns dann entschieden, dass wir das eigentlich machen, dass wir sie intubieren, um sie auch zu entlasten vom Atmen her, aber natürlich mit einem unguten Gefühl, weil wir haben gewusst, das entspricht jetzt dem Willen des Sohnes, ihrem Willen wahrscheinlich nicht, in diese Moment kann sie ihn nicht äussern [...].»
– Assistenzarzt Anästhesie und Notfall in einem Universitätsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 10): «Ja, es ist einfach häufig, emotional zu sehr involviert und man merkt, gerade wenn es um Operationen geht, haben die Angehörigen mehr Angst davor, den Patienten zu verlieren durch diese Operation, als sie sich freuen über den Nutzen, den der Patient danach haben könnte.»

Für PatientInnen, die ihre Gedanken zum Lebensende im Gespräch z.B. mit Angehörigen eingebracht haben, ohne diese schriftlich festzuhalten, ist die Regelung des ZGB grundsätzlich nicht zu beanstanden. Diese sieht vor, dass eine nahestehende Person ihre Zustimmung zu medizinischen Massnahmen erteilen oder verweigern kann und sich dabei am mutmasslichen Willen zu orientieren hat. Die zitierten Interviewstellen zeigen aber exemplarisch, dass Informationen zum mutmasslichen Willen häufig auch oder sogar nur bei der HausärztIn oder beim Personal der Institution vorhanden sind. Die Berücksichtigung dieser Informationen ist im Konzept des ZGB nicht vorgesehen. Hinzu kommt die Gefahr, dass Angehörige die mutmasslichen Wünsche der Betroffenen unbewusst mit ihren eigenen vermischen und vermutlich häufig auch gar nicht wissen, dass nach dem Gesetz ausschliesslich die Wünsche der betroffenen Person ins Gewicht fallen.

Zur Verbesserung des Informationsflusses zwischen den verschiedenen Akteuren und damit zur Vermeidung der Nichtberücksichtigung von nur mündlich geäusserten Wünschen, sollten diese Wünsche z.B. von HausärztInnen oder von Pflegefachpersonen schriftlich festgehalten und weitergegebenen werden. Die aktuelle Rechtslage ist in diesem Sinne mangelhaft und verbesserungswürdig.

1417 § 12 (Überbehandlung).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5. *PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar*

In den Interviews hat sich gezeigt, dass Patientenverfügungen und andere schriftliche Dokumente im entscheidenden Zeitpunkt häufig nicht verfügbar sind. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die Dokumente werden bei Verlegungen von einer Institution in eine andere nicht mitgeliefert, sie gehen in einem Dossier unter oder das Personal weiss gar nicht, dass eine PatientIn ihre Gedanken zum Lebensende schriftlich festgehalten hat.

Das ZGB hält hierzu nur fest, dass beim Eintritt der Urteilsunfähigkeit das Vorhandensein einer Patientenverfügung – sofern nicht schon bekannt – anhand der Versichertenkarte abgeklärt werden muss (Art. 372 Abs. 1 ZGB). Diese Bestimmung ist in verschiedener Hinsicht fragwürdig: Zunächst einmal werden Urteilsunfähigkeit und Äusserungsunfähigkeit gleichgesetzt, indem nicht vorgesehen ist, die urteilsunfähige ansprechbare Person selbst zu fragen, ob sie eine Patientenverfügung hat. Weiter setzt die Bestimmung voraus, dass die behandelnde ÄrztIn sowohl die Versichertenkarte der urteilsunfähigen Person als auch ein entsprechendes Lesegerät zur Verfügung hat, was beides häufig nicht der Fall ist. Schliesslich ist auch davon auszugehen, dass in vielen Fällen trotz bestehender Patientenverfügung diese Tatsache nicht auf der Versichertenkarte abgespeichert ist, weil einerseits wenig bekannt ist, dass es diese Möglichkeit gibt und andererseits die Information bei jedem Krankenkassen- und damit auch Kartenwechsel neu erfasst werden müsste. Schliesslich ist auch die zugrundeliegende Idee, mit den Abklärungen zum Vorhandensein einer Patientenverfügung erst nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit zu beginnen, zu hinterfragen[1418].

Insgesamt besteht im Bereich Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von Patientenverfügungen somit erhebliches regulatorisches Verbesserungspotential.

Ebenfalls Teil des Problems, dass schriftlich festgehaltene Patientenwünsche nicht berücksichtigt werden, ist deren unterschiedliche Dokumentation und Bezeichnung. Beispiele dafür finden sich in den folgenden Interviewausschnitten:

– Pflegefachperson und Abteilungsleiterin in einem Alters- und Pflegeheim, 50–60 J. (Interview Nr. 13):
  «A: Also wir haben da den persönlichen Willen mitgegeben.
  I: Also schriftlich sogar?
  A: Ja.
  I: Also die Patientenverfügung war das?

1418 Müller-Stähelin, Selbstbestimmung, S. 138, schreibt von einer «Abklärungspflicht in einem zu späten Zeitpunkt».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

A: Nein, wir haben ein eigenes Blatt, das heisst: Persönlicher Wille, wo man dann solche Sachen reinschreibt, Bemerkungen, wie sie begleitet werden möchten.
I: Aber das heisst, das hatte man im Spital abgegeben.
A: Das ist keine Patientenverfügung, das ist für uns vielleicht bindend, für sie nicht.»

– Heimärztin Innere Medizin / Geriatrie in einem Alters- und Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 11): «Und er sagte, ganz klipp und klar, also er war voll urteilsfähig: 'ich will, es ist mir gleich – also ich finde es eigentlich, es ist sicherlich kein schlimmer, nicht ein qualvoller Tod, zu verbluten, oder, so zu verbluten – ich will auf keinen Fall in das Spital, ich will keine Bluttransfusion, wenn es wieder blutet; gebt mir, was ich brauche: ich will nicht mehr!' Das ist also, unter Zeugen, hat er x-mal gesagt, handschriftlich in einer Verfügung, aber ähm, das konnte er dann nicht mehr so unterschreiben, aber es war ganz klar.»

Wenn schriftliche Dokumente zu den Wünschen von PatientInnen angelegt werden, sollte deren Umsetzung nicht an Formalien wie z.B. einer fehlenden Unterschrift scheitern. Das Kriterium der Unterschrift ist zwar grundsätzlich sinnvoll, um sicherzustellen, dass die betroffene Person die (nicht zwingend eigenhändig geschriebenen) Anweisungen als ihre eigenen bestätigt. In besonders gelagerten Situationen wie jener im oben erwähnten Interviewausschnitt muss es jedoch eine Möglichkeit geben, dass z.B. eine ÄrztIn anstelle der PatientIn unterschreibt, wenn diese nicht dazu in der Lage ist. Diesbezüglich ist somit ein regulatorischer Handlungsbedarf zu bejahen.

Demgegenüber ist der mangelnden Verbindlichkeit von Dokumenten infolge einer anderen Bezeichnung oder dem unbegründeten Verzicht auf eine Unterschrift der betreffenden Person nicht mit gesetzlichen Anpassungen zu begegnen. Vielmehr ist in diesem Bereich mit entsprechenden Umsetzungsmassnahmen dafür zu sorgen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten genutzt, d.h. schriftliche Patientenwünsche in Form von eigenhändig unterzeichneten Patientenverfügungen festgehalten werden.

IV. Regelungsvorschläge

1. Vorbemerkungen

Die Ausführungen zum Regulierungsbedarf haben gezeigt, dass die aktuelle Rechtslage mit Bezug auf das Problem, dass Patientenwünsche am Lebensende nicht bekannt sind, in den folgenden Bereichen ungenügend ist:

– Beim Eintritt von bestimmten Ereignissen oder Krankheiten, die das Lebensende absehbar machen, sollten die Lebensend-Wünsche erfragt werden.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Zur Vermeidung der Nichtberücksichtigung von nur mündlich geäusserten Wünschen sollten diese schriftlich festgehalten werden.
- Im Bereich der Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von schriftlich dokumentierten Patientenwünschen besteht erhebliches Verbesserungspotential.
- Es sollten schweizweit einheitliche Regeln zum konkreten Umgang mit dem Reanimationsstatus und mit der Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung gelten.
- Für jene Fälle, in denen die betroffene Person nicht (mehr) unterschreiben kann, sollte eine Gesundheitsfachperson stellvertretend eine Patientenverfügung unterschreiben können.

Während es sich anbietet, die letzten beiden Vorschläge als Spezialfragen separat abzuhandeln, sind die anderen drei Punkte eng miteinander verknüpft, weil es um die Erfragung, die Dokumentation und die Abrufbarkeit von Informationen zu Lebensend-Wünschen geht. Dies muss nicht zwingend in Form von Patientenverfügungen geschehen. Das Institut der Patientenverfügung geht von der Idealvorstellung einer selbstbestimmten und gut informierten PatientIn aus, die für den Fall einer später eintretenden Urteilsunfähigkeit dokumentiert, welchen medizinischen Massnahmen sie in dieser Situation zustimmt oder nicht zustimmt. Die zunehmende Verbreitung von vorgedruckten Patientenverfügungen zeigt, wie schwierig es für viele Menschen ist, ihre eigenen Vorstellungen niederzuschreiben. Sowohl bei vorgedruckten als auch bei eigenhändig verfassten Patientenverfügungen sind Formulierungen verbreitet, die dem medizinischen Personal im Einzelfall kaum weiterhelfen. Beispiele dafür sind die Ablehnung von «sinnlosen» Massnahmen oder von «Lebens- und Leidensverlängerung»[1419].

Auch wenn die Patientenverfügungen häufig zu offen formuliert sind, um als Handlungsanweisung für eine spezifische Frage zu dienen[1420], wurden sie in den Interviews mehrheitlich positiv bewertet. Dabei wurde insbesondere immer wieder darauf hingewiesen, dass das Erarbeiten einer Patientenverfügung einen Prozess auslöst, der wichtiger ist als das dabei resultierende Dokument. Häufig dient die Frage nach oder die Erarbeitung einer Patientenverfügung als Anstoss für PatientInnen oder HeimbewohnerInnen, sich überhaupt einmal Gedanken zum eigenen Lebensende zu machen[1421].

Aufgrund der positiven Bewertung der Patientenverfügung und des Vorteils der Niederschwelligkeit infolge minimaler Formvorschriften wird im Folgenden keine grundlegende Änderung und Verkomplizierung der Patientenverfügung

1419 Patientenverfügung der FMH und SAMW, ausführliche Version, Ziff. 3.
1420 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 76: «Die Gespräche zeigen, dass nur in seltenen Fällen aus Patientenverfügungen direkt der Wille von Patient/innen abgelesen und die entsprechenden Entscheidungen umgesetzt werden.».
1421 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 76: Patientenverfügung als Anlass und Grundlage für einen Klärungsprozess.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vorgeschlagen. Stattdessen soll zunächst geprüft werden, ob beim Eintritt gewisser Kriterien ein Hinweis auf die Möglichkeit zum Verfassen einer Patientenverfügung erfolgen sollte. Unabhängig davon wird in einem weiteren Schritt untersucht, ob die Einführung eines anderen Instruments, der Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) auch ein Modell für die Schweiz sein könnte[1422]. Abschliessend wird das Thema Reanimationsstatus kurz beleuchtet.

2. *Staatliche Information zum Thema Patientenverfügung*

Die sozial-empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat gezeigt, dass Patientenwünsche am Lebensende häufig aus dem einfachen Grund nicht bekannt sind, dass sich PatientInnen gar nie Gedanken zu diesem Thema gemacht oder aber diese für sich behalten haben. Die aktuelle Rechtslage schafft keine Anreize zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende, obwohl dies sowohl für die PatientInnen als auch für das Gesundheitspersonal vorteilhaft wäre.

Der Europarat empfiehlt in den Schlussfolgerungen seines Leitfadens zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende explizit die Information über «Mittel wie z.B. Vorausverfügungen, die den Dialog zwischen Patienten und Ärzten ermöglichen oder erleichtern»[1423]. Ferner hält Art. 28 der Biomedizin-Konvention fest, dass die Mitgliedstaaten dafür sorgen, «dass die durch die Entwicklungen in Biologie und Medizin aufgeworfenen Grundsatzfragen, insbesondere in Bezug auf ihre medizinischen, sozialen, wirtschaftlichen, ethischen und rechtlichen Auswirkungen, öffentlich diskutiert werden und zu ihren möglichen Anwendungen angemessene Konsultationen stattfinden». Bereits vor Inkrafttreten der Biomedizin-Konvention für die Schweiz wurde darauf hingewiesen, dass mit der (inzwischen erfolgten) Schaffung einer nationalen Ethikkommission und des Unterrichtes der Bioethik an den Hochschulen das schweizerische Recht mit Art. 28 der Biomedizin-Konvention lediglich «besser übereinstimmen» würde[1424].

In diesem Zusammenhang ist ein Vergleich mit dem Transplantationsrecht interessant. Das Transplantationsgesetz[1425] enthält einen eigenen Abschnitt zur Information der Öffentlichkeit. Art. 61 Abs. 1 TPG sieht vor, dass das Bundesamt für Gesundheit und die Kantone die Öffentlichkeit regelmässig über Belange der Transplantationsmedizin informieren und dass sie zu diesem Zweck mit Organisationen und Personen des öffentlichen oder des privaten Rechts zusammenarbei-

1422 Siehe dazu Pally Hofmann, Auswirkungen, S. 475.
1423 Europarat, Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende, Mai 2014, S. 33.
1424 Steffen/Guillod, Landesbericht, S. 393.
1425 Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ten können. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung umfasst die Information namentlich (a.) «das Aufzeigen der Möglichkeiten, den eigenen Willen bezüglich der Spende von Organen, Geweben oder Zellen zu äussern, und der mit der Willensäusserung verbundenen Konsequenzen;» sowie (b.) «die gesetzliche Regelung und die Praxis, namentlich die Darstellung der Voraussetzungen der Entnahme, Zuteilung und Transplantation von Organen, Geweben und Zellen in der Schweiz.» In Abs. 3 wird der Bundesrat dazu ermächtigt, «fest[zu]legen, dass eine Erklärung zur Spende von Organen, Geweben oder Zellen auf einem geeigneten Dokument oder Datenträger vermerkt werden kann.»

Das BAG hat diesen Informationsauftrag seit dem Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2007 mit zahlreichen Kampagnen umgesetzt[1426]. So wurden u.a. eine Broschüre zum Thema an alle Haushalte der Schweiz verteilt[1427], eine eigene Webseite eingerichtet[1428], Plakate und TV-Spots geschaltet[1429], eine Spendekarte in Zeitungen und Zeitschriften platziert[1430], ein Wettbewerb durchgeführt und eine Web-App programmiert[1431]. Die Diskrepanz zur fehlenden Information betreffend Patientenverfügung ist augenfällig. Bemerkenswert ist auch, dass alle der für die Transplantationskampagnen verwendeten Slogans sich auch für die Patientenverfügung einsetzen liessen: «Ich weiss, was ich will» / «Ich habe es in der Hand» / «Alle haben Recht: Sie äussern ihren Willen».

Die Gründe für die breitflächige Kampagne auf der einen und die völlig fehlende Information auf der anderen Seite sind nicht ohne weiteres ersichtlich. Insbesondere sind Organspenden auch ohne explizite Einwilligung durch die verstorbene Person möglich. Zwar heisst es in Art. 8 Abs. 1 lit. a TPG, dass Organe, Gewebe oder Zellen einer verstorbenen Person entnommen werden dürfen, «wenn sie vor ihrem Tod einer Entnahme zugestimmt hat». Das Gesetz hält dann aber in Abs. 2 weiter fest: «Liegt keine dokumentierte Zustimmung oder Ablehnung der verstorbenen Person vor, so sind ihre nächsten Angehörigen anzufragen, ob ihnen eine Erklärung zur Spende bekannt ist.» In Abs. 3 folgt dann die entscheidende Regel: «Ist den nächsten Angehörigen keine solche Erklärung bekannt, so können Organe, Gewebe oder Zellen entnommen werden, wenn die nächsten Angehörigen einer Entnahme zustimmen. Sie haben bei ihrer Entscheidung den mutmasslichen Willen der verstorbenen Person zu *beachten*.» Die gross angelegte Informationskampagne mit dem Ziel, möglichst viele Menschen zur Willensäusserung betreffend Organspende zu veranlassen, lässt sich also nicht damit erklären, dass ohne eine solche keine Spenden möglich wären.

1426 Siehe dazu www.bag.admin.ch/transplantation → Kampagne → Archiv früherer Kampagnen.
1427 Kampagne 2007.
1428 www.transplantinfo.ch.
1429 Kampagnen 2008, 2009, 2011.
1430 Kampagne 2010.
1431 Kampagne 2012.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In der Botschaft zum Transplantationsgesetz äusserte sich der Bundesrat folgendermassen[1432]: «Selbstverständlich kann es keine Pflicht zur Spende von Organen, Geweben oder Zellen geben und jeder Entscheid ist zu respektieren. Es ist aber wünschenswert, dass sich möglichst viele Personen zu Lebzeiten gestützt auf die abgegebene Information mit der Frage einer Organspende auseinander setzen, eine persönliche Entscheidung treffen und ihren Willen dokumentieren. Wünschenswert ist dies vor allem auch deshalb, weil mit einer Willensäusserung die Angehörigen von der Belastung entbunden werden, diesen Entscheid anstelle der verstorbenen Person treffen zu müssen.» Diese Überlegungen können auch als Gründe für eine bessere Information über Patientenverfügungen herangezogen werden: Es kann keine Pflicht zum Erstellen einer Patientenverfügung geben; aber es ist wünschenswert, dass sich möglichst viele Personen zu Lebzeiten gestützt auf die abgegebene Information mit dem Lebensende auseinandersetzen und die Patientenverfügung kann als Instrument zur Förderung dieser Auseinandersetzung dienen.

Damit eine Informationskampagne zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende zulässig ist, braucht es eine gesetzliche Grundlage. Aufgrund der Regelung der Patientenverfügung im Zivilgesetzbuch ist es naheliegend, auch die Informationstätigkeit dort zu regeln. Mit Blick auf die Formulierung von Art. 61 TPG wäre eine Ergänzung von Art. 371 ZGB (Errichtung und Widerruf) durch einen Abs. 1bis mit folgendem Wortlaut denkbar: «Der Bundesrat erlässt Bestimmungen zur Information der Öffentlichkeit über Belange der Patientenverfügung. Die Information umfasst namentlich das Aufzeigen der Möglichkeiten, den eigenen Willen bezüglich medizinischer Massnahmen im Fall der Urteilsunfähigkeit festzuhalten.»

3. Einheitlicher Umgang mit Patientenverfügungen in Institutionen

Die Untersuchung des Regulierungsbedarfs hat ergeben, dass in der Schweiz einheitliche Regeln zum Umgang mit Patientenverfügungen weitgehend fehlen[1433] und dass insbesondere im Bereich Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von bestehenden Patientenverfügungen erhebliches regulatorisches Verbesserungspotential besteht[1434]. Bei der Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen in Institutionen ist zu unterscheiden zwischen Regeln zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung einerseits und Regeln zur Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit andererseits. Während der erste Punkt in den Richtlinien der SAMW zu Patientenverfügungen thematisiert wird, findet sich zum zweiten Punkt in Art. 372

1432 Botschaft vom zum Transplantationsgesetz (BBl 2002 29), S. 177.
1433 § 11, II, 3.
1434 § 11, III, 5.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Abs. 1 ZGB eine – aus verschiedenen Gründen verbesserungswürdige[1435] – Regelung.

Die Richtlinien der SAMW werden nur vereinzelt umgesetzt, d.h. in gewissen Institutionen bestehen Regeln zum Erfragen von Patientenverfügungen und in anderen nicht. Diese uneinheitliche Umsetzung ist symptomatisch für eine private Regelung, die demokratisch nicht legitimiert und nur beschränkt durchsetzbar ist[1436]. Hinzu kommt, dass die Stärkung des verfassungsmässig garantierten Rechts auf persönliche Freiheit mittels Patientenverfügung illusorisch bleibt, solange der Staat nur die formellen Voraussetzungen und die grundsätzliche Verbindlichkeit festsetzt, ohne zu gewährleisten, dass die Existenz einer Verfügung im entscheidenden Zeitpunkt bekannt und diese auch verfügbar ist. Damit stellt sich die Frage, inwiefern der Staat bei der Regelung dieser Bereiche auf die Richtlinien der SAMW zurückgreifen soll.

Die Berücksichtigung der SAMW-Richtlinien liegt deshalb nahe, weil diese in einem strukturierten und transparenten Verfahren sowie unter Einbezug aller davon betroffenen Kreise erarbeitet werden. Typischerweise setzt die SAMW zur Erarbeitung einer Richtlinie eine Subkommission ein, die zunächst einen Entwurf erarbeitet und diesen dann – nach Genehmigung durch den Senat[1437] – in eine Vernehmlassung schickt[1438]. Die Ergebnisse der Vernehmlassung werden sodann in der definitiven Fassung berücksichtigt, bevor auch diese wieder durch den Senat verabschiedet wird. Die Richtlinien der SAMW geniessen hohe Anerkennung und werden auch regelmässig aktualisiert[1439]. Das Bundesgericht hat sich in verschiedenen Leitentscheiden auf die Richtlinien abgestützt[1440]. Verschiedene Themen, die Gegenstand von SAMW-Richtlinien waren, sind heute in eigenen Bundesgesetzen geregelt, so z.B. das Humanforschungs- und das Transplantationsrecht[1441].

Eine unveränderte Übernahme von SAMW-Richtlinien in staatliches Recht ist weder sinnvoll noch möglich, weil die Richtlinien häufig den Inhalt von staatlichem Recht wiederholen und zudem nicht in der Gesetzessystematik aufgebaut sind. Die Dokumente sind unterteilt in Richtlinien und Empfehlungen; einzelne

1435 § 11, III, 5.
1436 § 4, I, 1 (Zur Bedeutung des Standesrechts).
1437 Der Senat ist das oberste Stiftungsorgan der SAMW u.a. mit VertreterInnen der medizinischen Fakultäten, der mit der Ausbildung von ÄrztInnen betrauten medizinischen Institutionen, der Ärzteschaft und der Pflegewissenschaften; siehe www.samw.ch → Porträt → Senat.
1438 Die Vernehmlassungen werden jeweils in der frei zugänglichen Schweizerischen Ärztezeitung angekündigt, zuletzt: Biller-Andorno/Salathé, Urteilsfähigkeit, S. 747 f.
1439 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 15.
1440 BGE 133 I 58 E. 6.3.4 (SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende); BGE 121 V 289 E. 7.c (SAMW-Richtlinien zur Fortpflanzungsmedizin); BGE 119 Ia 460 E. 4.a) und BGE 115 Ia 234 E. 3. b) (SAMW-Richtlinien für die artifizielle Insemination und SAMW-Richtlinien für die In-vitro-Fertilisation).
1441 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 16.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

enthalten darüber hinaus noch einen Kommentarteil[1442]. Für die Frage, welche Elemente einer Richtlinie in staatliches Recht übernommen werden sollen, spielt diese Unterscheidung jedoch keine Rolle.

Die SAMW-Richtlinien zu Patientenverfügungen enthalten nach der Präambel im Kapitel «Richtlinien» die folgenden Abschnitte:

1. Adressaten der Richtlinien
2. Ethische Gewichtung der Patientenverfügung
3. Rechtliche Rahmenbedingungen
4. Inhalte einer Patientenverfügung
5. Information und Beratung beim Erstellen einer Patientenverfügung
6. Aufbewahrung und Bekanntgabe der Patientenverfügung
7. Widerruf der Patientenverfügung
8. Umsetzung der Patientenverfügung
9. Willensänderung
10. Konfliktsituationen

Gemäss Ziff. 1 richten sich die Richtlinien «in erster Linie an Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere Fachpersonen, welche Patienten beim Verfassen einer Patientenverfügung beraten und Patientenverfügungen in einer konkreten Entscheidungssituation umsetzen.» Dementsprechend finden sich in den darauf folgenden Abschnitten Ausführungen, die als Leitlinien für eine Beratung und nicht als allgemeingültige Regeln gedacht sind. Diese Aspekte erfordern aufgrund ihres beratenden Charakters und der daraus folgenden fehlenden Durchsetzbarkeit keine staatliche Regulierung. Die Richtlinien enthalten aber auch Regeln zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung und zur Aufbewahrung von Patientenverfügungen.

3.1. Regeln zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung

In Ziff. 6 der SAMW-Richtlinien steht, dass es Aufgabe des Verfügenden sei, «dafür zu sorgen, dass das Vorhandensein einer Patientenverfügung im Bedarfsfall bekannt ist und das Dokument vorliegt.»[1443] Genau hier liegt jedoch das in der sozial-empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende immer wieder aufgetretene Problem der fehlenden Bekanntheit und Verfügbarkeit im entscheidenden Moment. Die Richtlinien äussern sich sodann in Ziff. 8 (unter dem Titel «Umsetzung der Patientenverfügung») nochmals zu diesem Thema: «Patientenverfügungen müssen in die klinischen Entscheidungsfindungsprozesse integriert werden. Dies bedeutet, dass urteilsfähige Patienten beim Eintritt in eine

1442 So z.B. die SAMW-RL Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten (I. Präambel, II. Richtlinie, III. Kommentar, IV. Empfehlungen zuhanden der zuständigen Gesundheitsbehörden).

1443 SAMW-RL Patientenverfügungen, II.6. (Aufbewahrung und Bekanntgabe der Patientenverfügung).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

medizinische Einrichtung nach einer Patientenverfügung gefragt werden und das Vorhandensein im Patientendossier dokumentiert wird.»

Diese Regel, d.h. die Frage nach einer Patientenverfügung beim Eintritt in eine Institution, ist für die Effektivität dieses Instruments so zentral, dass sie in das Gesetz überführt werden sollte. Dies ist nicht ohne Anpassung der ohnehin fragwürdigen[1444] Bestimmung in Art. 372 Abs. 1 ZGB möglich. Anstatt erst nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit abzuklären, ob eine Patientenverfügung existiert (und sich dabei einzig auf die Versichertenkarte zu stützen), sollte diese Frage also bereits beim Eintritt in eine Institution geklärt werden. Eine mögliche Formulierung ist die folgende: «Beim Eintritt in ein Spital sowie in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt.»

3.2. Regeln zur Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von Patientenverfügungen

Die SAMW-Richtlinien gehen implizit davon aus, dass Patientenverfügungen durch die medizinischen Einrichtungen aufbewahrt werden, indem sie festhalten, dass bei einer Verlegung die Verfügung der PatientIn *mitgegeben* wird[1445]. Für eine zuverlässige Verfügbarkeit im Falle der Urteilsunfähigkeit ist eine Aufbewahrung durch die Institution unerlässlich. Die Patientenverfügung existiert gerade für die Situation der Urteilsunfähigkeit und in dieser ist eine PatientIn regelmässig nicht mehr in der Lage, Auskunft über den Aufbewahrungsort zu geben. Eine zentrale Aufbewahrung durch die Institutionen ist für die Effektivität der Patientenverfügungen so zentral, dass eine entsprechende Regelung in das Gesetz aufgenommen werden sollte.

Darüber hinaus muss auch sichergestellt werden, dass Patientenverfügungen bei Verlegungen innerhalb einer Institution (z.B. auf die Intensivstation eines Spitals) oder von einer Institution in eine andere (z.B. von einem Pflegeheim in ein Spital) immer mitgehen. Weil aber eine Verlegung häufig mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit einer für die PatientIn belastenden Situation verbunden ist, sollte die Verantwortung für das Mitkommen der Patientenverfügung nicht bei ihr liegen. Da das an der Verlegung beteiligte Personal ohnehin für den Informationsfluss besorgt sein muss, ist die einfachste Lösung darin zu erkennen, dass auch die Patientenverfügung zusammen mit den anderen Dokumenten transferiert wird.

Eine mögliche Formulierung für die Sicherstellung der Auffindbarkeit von Patientenverfügungen lautet folgendermassen: «Liegt eine Patientenverfügung vor, wird diese Tatsache im Patientendossier dokumentiert. Spitäler sowie Wohn-

1444 § 11, III, 5.

1445 SAMW-RL Patientenverfügungen, II.8. (Umsetzung der Patientenverfügung). Die in Ziff. 6 aufgelisteten Aufbewahrungsorte gelten demzufolge für Situationen, während denen sich eine Person nicht in einer medizinische Einrichtung befindet.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

oder Pflegeeinrichtungen sorgen während der Dauer des Aufenthalts für die Aufbewahrung und Auffindbarkeit der Patientenverfügung. Bei einer Verlegung der Patientin oder des Patienten sind sie für die Übergabe der Patientenverfügung verantwortlich.»

3.3. Vorschlag für eine Neuformulierung von Art. 372 ZGB

Die oben gemachten Vorschläge für den einheitlichen Umgang mit Patientenverfügungen in Institutionen stellen sicher, dass bereits beim Eintritt in eine Institution abgeklärt wird, ob eine Person eine Patientenverfügung hat oder nicht. Damit würde die heute geltende Regelung, wonach diese Frage erst im Falle der Urteilsunfähigkeit geklärt wird, obsolet. Indem die vorgeschlagene Neuformulierung den Weg der Abklärung offen lässt, ist die Abklärung anhand der Versichertenkarte weiterhin möglich. Dies dürfte insbesondere dann hilfreich sein, wenn eine PatientIn im Zeitpunkt des Eintritts bewusstlos ist.

Für Art. 372 wird somit die folgende Formulierung vorgeschlagen (Abs. 2 und 3 unverändert):

1 Beim Eintritt in ein Spital sowie in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Liegt eine Patientenverfügung vor, wird diese Tatsache im Patientendossier dokumentiert.

> [1bis] Spitäler sowie Wohn- oder Pflegeeinrichtungen sorgen während der Dauer des Aufenthalts für die Aufbewahrung und Auffindbarkeit der Patientenverfügung. Bei einer Verlegung der Patientin oder des Patienten sind sie für die Übergabe der Patientenverfügung verantwortlich.
> [2] 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.
> [3] Die Ärztin oder der Arzt hält im Patientendossier fest, aus welchen Gründen der Patientenverfügung nicht entsprochen wird.

Da die vorgeschlagene Regelung nicht erst nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit greift, sollte die Marginalie neu «Aufbewahrung und Anwendung» statt wie bisher «Eintritt der Urteilsunfähigkeit» lauten.

4. Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen

4.1. Abgrenzung zur Patientenverfügung

Patientenverfügungen haben den Vorteil, dass sie jederzeit und eigenhändig errichtet werden können (Art. 371 Abs. 1 ZGB). Diese Niederschwelligkeit bringt

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

aber auch verschiedene Nachteile mit sich[1446]. Die sozial-empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat ergeben, dass das Erstellen von Patientenverfügungen zwar die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende fördert[1447], die dabei resultierenden Dokumente jedoch nur selten einen direkten Einfluss auf die Behandlung haben[1448]. Als konkrete Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Patientenverfügungen wurden genannt[1449]:

– Patientenverfügungen sind unklar oder zu allgemein formuliert, als dass aus ihnen in einer konkreten Situation der Wille der PatientIn abgelesen und die entsprechende Entscheidung getroffen werden könnte[1450].
– PatientInnen haben zu wenige Kenntnisse, um eine Patientenverfügung kompetent unterschreiben zu können (insbesondere dann, wenn vorgefertigte Formulare oder Ausdrucke aus dem Internet verwendet werden)[1451].
– PatientInnen können nicht im Voraus abschätzen, was sie im entscheidenden Moment wollen werden.

Dieser Kritik am Institut der Patientenverfügung war sich auch der Gesetzgeber bewusst, zumal sogar in der Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht (unter Verweis auf die SAMW) darauf hingewiesen wurde: «Die Patientenverfügungen seien Vorausverfügungen für eine kaum voraussehbare existentielle Situation und könnten deshalb weder rechtlich noch ethisch mit einer Jetzt-für-jetzt-Erklärung der urteilsfähigen Person verglichen werden. Zudem dürfen an frühere Einwilligungen keine geringeren Anforderungen gestellt werden als an gegenwärtige. Eine Einwilligung sei grundsätzlich nur bei hinreichender Aufklärung wirksam; eine Patientenverfügung erfülle diese Voraussetzung jedoch häufig nicht.»[1452]

Aufgrund der verbreiteten Vorbehalte des medizinischen Personals gegenüber Patientenverfügungen ist davon auszugehen, dass auch diejenigen Verfügungen, die gestützt auf umfassende medizinische Informationen konkrete Anweisungen beinhalten, häufig nicht direkt angewendet werden. Denn sobald die Patientenverfügung relevant wird (d.h. nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit), lässt sich nicht mehr herausfinden, unter welchen Bedingungen sie erstellt worden ist und wieviel Beratung die betreffende Person vor der Erstellung ihrer Verfügung in Anspruch genommen hat. Das Problem ungenügender Aufklärung lässt sich des-

1446 Siehe dazu die ausführliche Kritik am Institut der Patientenverfügung von Fagerlin/Schneider, Failure, S. 30 ff. sowie Henry S. Perkins, Controlling, S. 51 ff.
1447 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 76: Patientenverfügung als Anlass und Grundlage für einen Klärungsprozess.
1448 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 76: «Die Gespräche zeigen, dass nur in seltenen Fällen aus Patientenverfügungen direkt der Wille von Patient/innen abgelesen und die entsprechenden Entscheidungen umgesetzt werden.».
1449 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 77 f.
1450 Siehe auch Teno et al., Advance Directives, S. 508.
1451 Bobbert, Patientenverfügungen, Rz. 20; Hoffmann/Zimmerman/Tompkins, Dangers, S. 5.
1452 Botschaft Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7032.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

halb nicht mit dem Fördern von konkreten und detaillierten Patientenverfügungen[1453] lösen.

Würde man die Anforderungen für die Gültigkeit von Patientenverfügungen erhöhen, ist davon auszugehen, dass weniger Menschen eine solche errichten und sich so mit ihrem eigenen Lebensende befassen würden. Nichtsdestotrotz sollte es ein Instrument geben, das die oben erwähnten und fundamentalen Nachteile der Patientenverfügung minimiert. Ein solches existiert in den USA seit über zehn Jahren mit den «Physician Orders for Life-Sustaining Treatment» (POLST) und hat sich in den letzten Jahren auch in Deutschland und in der Schweiz unter dem Begriff «ärztliche Notfallanordnung» (ÄNO) verbreitet. ÄNO werden ausschliesslich im Rahmen von Advance Care Planning[1454] erstellt. Im Unterschied zu Patientenverfügungen, die im Rahmen von ACP erstellt werden können, aber nicht müssen, ist bei ärztlichen Notfallanordnungen somit gewährleistet, dass sie auf einer umfassenden Aufklärung und Auseinandersetzung mit dem Lebensende basieren.

4.2. Erfahrungen mit ärztlichen Notfallanordnungen

POLST bzw. ärztliche Notfallanordnungen sind Anweisungen, die in Absprache mit der betroffenen Person in bestimmten Situationen und auf einem standardisierten Formular festgehalten werden. Die Notfallanordnungen setzen sich zusammen aus dem Prozess zur Diskussion der Patientenwünsche am Lebensende einerseits und deren Festlegung auf einem standardisierten Formular andererseits. Das POLST-Formular ist farblich so gestaltet, dass es auffällt und einen Wiedererkennungseffekt erzielt[1455], das ÄNO-Formular nicht[1456]. Das POLST-Formular beinhaltet alle relevanten Anordnungen zur medizinischen Behandlung am Lebensende, d.h. zur Reanimation, Intubation, Ernährungssonden und zur Frage, ob die PatientIn palliativmedizinische Unterstützung des Sterbeprozesses oder alle Möglichkeiten zur Lebensverlängerung wünscht[1457]. POLST ist im US-Bundesstaat Oregon entwickelt und im Laufe der Jahre in zahlreichen weiteren Bundesstaaten eingeführt worden[1458]. In Deutschland wurde in einem regionalen Pilotprojekt die sogenannte «hausärztliche Anordnung für den Notfall» (HAn-

1453 So bietet zum Beispiel die 36-seitige Patientenverfügung der Krebsliga die Möglichkeit, den Umfang einzelner medizinischer Massnahmen (Schmerzmittel, Atemunterstützung, verschiedene Varianten künstlicher Ernährung, lebenserhaltende Behandlung, Reanimation, Spitaleinweisung) festzulegen.

1454 Zum Begriff: § 2, VIII (Advance Care Planning).

1455 Die POLST-Formulare sind je nach Bundesstaat gelb, rosa oder hellgrün eingefärbt, siehe dazu www.patientsrightscouncil.org/site/polst-important-questions-answers.

1456 BAG/palliative ch, Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning», Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, S. 29.

1457 Olick, Advance Directives, S. 56 f.

1458 Hickman et al., Barriers, S. 119; siehe auch die Übersicht unter www.polst.org/programs-in-your-state.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

No) eingeführt und wissenschaftlich begleitet[1459]. Auch in der Schweiz sind in den letzten Jahren erste Erfahrungen mit ärztlichen Notfallanordnungen gesammelt worden[1460]. Die in der Schweiz eingesetzte ärztliche Notfallanordnung wurde in Anlehnung an die POLST und die HAnNo entwickelt[1461].

Im Unterschied zu POLST enthalten die HAnNo und die ÄNO ausschliesslich Behandlungswünsche für Notfallsituationen[1462]. Das HAnNo-Formular bietet nebst einer Maximal- (lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen) und einer Minimaltherapie (keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, d.h. ausschliesslich palliative Massnahmen) vier Varianten von eingeschränkten lebensverlängernden Therapien zur Auswahl: keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; zusätzlich keine invasive Beatmung; zusätzlich keine Behandlung auf Intensivstation; zusätzlich keine Mitnahme ins Krankenhaus[1463]. Von diesen insgesamt sechs Varianten muss eine ausgewählt werden.

Auch das ÄNO-Formular bietet neben einer Maximal- und einer Minimalvariante vier Zwischenstufen. Zur Auswahl stehen die folgenden Therapieziele[1464]:

- Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar;
- Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel:
- keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie;
- keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung, ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie;
- keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung, keine Behandlung auf einer Intensivstation, ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie;
- keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung, keine Behandlung auf einer Intensivstation, keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation, ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie am aktuellen Lebensort;
- Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung: ausschliesslich lindernde Therapie, wenn möglich Verbleib am aktuellen Lebensort.

Im Unterschied zu POLST-Formularen enthalten das HAnNo- und das ÄNO-Formular keine Angaben zum Einsatz künstlicher Ernährung. Die AutorInnen des HAnNo-Formulars gehen davon aus, dass gleichzeitig eine Patientenverfü-

1459 In der Schmitten et al., Intervention., S. 3 ff.
1460 Krones et al., Advance Care Planning, S. 1; Krones, Wille , S. 100; Pally Hofmann, Auswirkungen , S. 476; Suter, Advance Care Planning, Rz. 9.
1461 Karzig et al., Advance Care Planning , S. 106.
1462 Marckmann/in der Schmitten, Erfahrungen, V151; die Behauptung, wonach die HAnNo eine grössere Auswahl eingeschränkter lebensverlängernder Therapien anbiete als POLST, erweist sich nach einem Vergleich der Formulare als falsch.
1463 Siehe Formular Hausärztliche Anordnung für den Notfall HAnNo.
1464 BAG/palliative ch, Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning», Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, S. 29.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gung existiert und dass für elektive Entscheidungen diese und ggf. die Vertretungsperson heranzuziehen sind[1465]. Angaben zum Einsatz künstlicher Ernährung fehlen auch im ÄNO-Formular, das sich stark an das HAnNo-Formular anlehnt. Auch die AutorInnen des ÄNO-Formulars gehen davon aus, dass mehrere Formulare auszufüllen sind. Unter dem Begriff «ACP-Patientenverfügung» werden sogar vier Formulare subsumiert: (1.) die Werteanamnese bzw. Standortbestimmung zur Therapiezielklärung, (2.) die ärztliche Notfallanordnung, (3.) die Spitalbehandlung bei Urteilsunfähigkeit unklarer Dauer und (4.) die Festlegungen bei bleibender Urteilsunfähigkeit[1466].

Für die betroffenen Menschen ist diese Doppelspurigkeit nachteilig, weil die Unterschiede erklärt werden müssen und nicht ersichtlich ist, weshalb sowohl eine Patientenverfügung als auch eine ärztliche Notfallanordnung und ggf. noch weitere Dokumente erarbeitet bzw. aufgefüllt werden sollen.

Insgesamt ist für die vorliegende Fragestellung sowohl die Einschränkung auf Notfallsituationen als auch die Beschränkung auf HausärztInnen nicht sinnvoll, sodass im Folgenden mehrheitlich auf das US-amerikanische POLST-Modell abgestützt wird.

Das ÄNO-Formular muss ebenso wie das POLST-Formular sowohl von der betroffenen Person als auch von einer ÄrztIn unterschrieben werden[1467]. In der Schweiz hat dies zu Verunsicherungen bei den ÄrztInnen geführt[1468].

Studien in den USA haben gezeigt, dass POLST-Formulare die tatsächlichen Wünsche der Betroffenen zuverlässig wiedergeben[1469] und dass die darin gemachten Angaben auch effektiv befolgt werden[1470]. Im US-Bundesstaat Oregon wurde zudem mit dem Oregon POLST Registry Act eingeführt, dass die Gesundheitsbehörde ein zentrales Register betreibt, in dem alle POLST-Formulare enthalten sind, sofern die betroffene Person sich nicht dagegen ausgesprochen hat[1471]. Damit wird sichergestellt, dass die mittels POLST festgehaltenen Patientenwünsche jederzeit abrufbar sind, und gemäss einer ersten Untersuchung bewährt sich dieses System[1472]. Zudem sind bereits Überlegungen zur Errichtung einer US-weiten,

1465 In der Schmitten et al., Rettungsdienst 2, S. 469 f.: «Für elektive Entscheidungen sind die ausführliche PV und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigter bzw. Betreuer) heranzuziehen. Aus diesem Grund werden in der HAnNo – anders als in den POLST-Formularen mehrerer US-Staaten – u. a. weder die Frage einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) noch die Gabe von Antibiotika behandelt.».

1466 Hecht et al., ACP, S. 1091.

1467 BAG/palliative ch, Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning», Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, S. 29.

1468 Hecht et al., ACP, S. 1090: «Einige Hausärzte verstanden nicht, wieso sie, obwohl sie die Beratung nicht selbst durchführten, die Dokumente unterschreiben sollten».

1469 Meyers et al., POLST, S. 37.

1470 Lee et al., POLST, S. 1219; Hickman et al., Comparison, S. 1241; Hickman et al., Use, S. 133.

1471 Oregon Revised Statute, Chapter 127 , § 663–684.

1472 Schmidt et al., Registry , S. 796.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

cloudbasierten POLST-Datenbank angestellt worden[1473]. Daten aus dem Register in Oregon zeigen, dass nur 6 Prozent der Menschen, die sich mittels POLST für «comfort measures only» ausgesprochen haben, in einem Spital verstorben sind, während der Anteil bei denjenigen, die sich für die Maximaltherapie entschieden hatten, bei 44 Prozent lag[1474].

Die Gründe, welche in den USA zur Einführung von POLST geführt haben, insbesondere die mit der Einführung von Patientenverfügungen verbundenen falschen Hoffnungen, lassen sich auf die Schweiz übertragen. Ziel der schweizweiten Regelung der Patientenverfügung war es, das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf persönliche Freiheit zu stärken, indem auch nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit medizinisch das gemacht werden sollte, was sich die betroffene Person in dieser Situation wünscht[1475]. Diesem Ziel ist man aufgrund der erwähnten Probleme mit Patientenverfügungen allerdings nur wenig näher gekommen[1476]. Diese Erfahrung haben auch die USA gemacht, was zur Einführung von POLST führte. Gestützt auf die vergleichbaren Erfahrungen mit Patientenverfügungen und auf die positiven Erfahrungen der USA mit POLST sollte auch die Schweiz dieses Instrument einführen, um das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende zu stärken.

Auch in der sozial-empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat sich gezeigt, dass ärztlich begleitete und auf bestimmte medizinische Behandlungen fokussierte Dokumente zum Umfang der lebensverlängernden Behandlungen im Gegensatz zu allgemein gehaltenen Patientenverfügungen zu positiven Erfahrungen führen[1477].

4.3. Vorüberlegungen zur Einführung in der Schweiz

Zunächst stellt sich die Frage, ob es für die Einführung von POLST in der Schweiz eine gesetzliche Regelung braucht. Grundsätzlich wäre es schon heute und ohne Anpassung der gesetzlichen Grundlagen möglich, ein solches System einzuführen, zumal die POLST-Dokumente nach geltendem Recht wohl als Patientenverfügungen qualifiziert würden[1478]. Allerdings bestehen zum Schutz der persönlichen Freiheit staatliche Schutzpflichten. In diesem Bereich erfolgt der Schutz vor allem durch das Gesetz, wobei verschiedene gesundheitsrechtliche Erlasse den staatlichen Schutzpflichten mit Bezug auf die persönliche Freiheit zugerechnet werden[1479]. Wenn es eine Möglichkeit gibt, die medizinische Behandlung

1473 Jesus et al., Emerging Trends, S. 143.
1474 Fromme et al., Association, S. 1246.
1475 Botschaft Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7011 f.
1476 Krones/Bastami, Evolution, S. 194; Monteverde, Advance Care Planning , S. 117.
1477 Interview Nr. 18, S. 16 f.
1478 Suter, Advance Care Planning, Rz. 12.
1479 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 159 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und den derzeit lückenhaften Schutz der Selbstbestimmung am Lebensende mit einer Massnahme wie POLST stark zu verbessern, muss der Staat dies fördern. Staatliches Handeln setzt jedoch eine gesetzliche Grundlage voraus, sodass eine gesetzliche Regelung von POLST zu befürworten ist[1480].

Für eine schweizweite gesetzliche Einführung von POLST ist zunächst zu prüfen, ob der Bund dazu befugt ist oder ob es hierfür eine neue Verfassungsgrundlage bräuchte. Die standardisierte medizinische Festlegung des Behandlungsumfangs betrifft sowohl privat- als auch öffentlich-rechtliche Behandlungsverhältnisse. Dies gilt ebenso für die Regulierung der Patientenverfügung und die Einführung des elektronischen Patientendossiers. Trotzdem haben Bundesrat und Parlament im einen Fall nur auf Art. 122 BV (Zivilrecht), im anderen zusätzlich noch auf Art. 95 BV (Privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit) verwiesen[1481] und sich bei der Patientenverfügung sogar für eine Regelung im Zivilgesetzbuch entschieden (Art. 370 ff. ZGB). Mit Blick auf diese weite Interpretation von Bundeszuständigkeiten erscheint auch für die gesetzliche Regelung von POLST keine eigene Verfassungsgrundlage notwendig.

Weiter stellt sich die Frage, ob die Einführung von POLST in der Schweiz über die Ergänzung eines bestehenden oder durch den Erlass eines neuen Gesetzes erfolgen sollte. Auf eidgenössischer Ebene existiert in der Schweiz kein Gesundheitsgesetz. Im Bereich des Gesundheitsrechts bestehen vielmehr verschiedene Spezialerlasse, so z.B. das Fortpflanzungsmedizingesetz[1482], das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen[1483], das Transplantations-[1484], das Humanforschungs-[1485] und das Medizinalberufegesetz[1486]. Damit erscheint es im Lichte der schweizerischen Rechtstradition naheliegend, auch für die Regulierung von POLST ein eigenes Gesetz zu erlassen. Sollte sich der Gesetzgeber jedoch dazu entscheiden, ein Patientenrechtsgesetz zu erlassen[1487], wäre die Integration der Regulierung von POLST in dieses sinnvoll. Im Folgenden werden Vorschläge für zu regulierende Punkte gemacht, die sowohl beim Erlass eines

1480 Siehe auch Karzig et al., Advance Care Planning, S. 208.
1481 Botschaft Erwachsenenschutzrecht (BBl 2006 7001), S. 7122; Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (BBl 2013 5321), S. 5344.
1482 Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG).
1483 Bundesgesetz vom über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG).
1484 Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz).
1485 Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG).
1486 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG).
1487 Vgl. dazu die drei am 15. Juni 2012 vom Nationalrat (AB 2012 N 1210) angenommenen Postulate zur Stärkung der Patientenrechte (Postulat Kessler Margrit [12.3100]: Patientenrechte stärken; Postulat Gilli Yvonne [12.3124]: Patientenrechte stärken; Postulat Steiert Jean-François [12.3207]: Stärkung der Patientenrechte) sowie den Bericht des Bundesrates, Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, Bern 2015, S. 80 (Schaffung eines umfassenden Patientenrechtsgesetzes des Bundes).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

eigenen Gesetzes als auch innerhalb eines Patientenrechtsgesetzes aufgenommen werden könnten.

4.4. Skizze einer Regulierung

Für eine gesetzliche Regulierung von POLST ist zunächst eine Definition dieses Instruments notwendig. Sodann braucht es Regeln betreffend Inhalt, Zeitpunkt der Erstellung, Zuständigkeiten sowie Aufbewahrung und Zugang. Als Übersetzung von «Physician Orders for Life-Sustaining Treatment» wird im Folgenden «medizinische Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen» (MAUL) vorgeschlagen.

Definition: Als medizinische Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen (MAUL) gilt das von einer ÄrztIn gemeinsam mit ihrer PatientIn nach ausführlicher Beratung ausgefüllte und von beiden unterschriebene Formular.

Erläuterungen: In den USA existieren je nach Bundesstaat verschiedene Bezeichnungen: Neben Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, z.B. in Oregon, Kalifornien und Hawaii) wird das Instrument auch Physician Orders for Scope of Treatment (POST, z.B. in Indiana und Tennessee), Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST, z.B. in Connecticut und New York) und Medical Orders for Scope of Treatment (MOST, z.B. in Colorado und North Carolina) genannt[1488]. Weil das ausgefüllte Formular die Patientenwünsche nach ärztlicher Beratung wiedergibt, sind es letztlich nicht ärztliche, aber dennoch medizinische Anordnungen. Aus diesem Grund erscheint für die deutsche Fassung der Begriff «medizinische Anordnung» am geeignetsten. «Lebenserhaltende Massnahmen» sind alle medizinischen Behandlungsmethoden, Arzneimittel und Interventionen, die das Leben erhalten, indem sie Vitalfunktionen unterstützen, wiederherstellen oder ersetzen. Lebenserhaltende Massnahmen beinhalten nicht die tägliche Pflege zur Unterstützung der Hygiene und des Wohlbefindens[1489].

Inhalt: Das MAUL-Formular enthält mindestens je einen Abschnitt zur kardiopulmonalen Reanimation, zu medizinischen Interventionen und zur künstlichen Ernährung.

Erläuterungen: Ein Blick auf die verschiedenen POLST-Formulare in den US-Bundesstaaten zeigt, dass diese drei Abschnitte standardmässig enthalten sind, während in gewissen Staaten zusätzlich ein separater Abschnitt zur Gabe von Antibiotika aufgenommen wurde[1490]. In denjenigen Staaten, die keinen eigenen

1488 National POLST Paradigm, POLST Program Legislative Comparison .
1489 Vgl. Oregon Revised Statute, Chapter 127 , § 663.
1490 In den US-Bundesstaaten Alaska, Colorado, Georgia, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, New Hampshire, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Tennessee, Utah, Vermont und Wisconsin enthalten die POLST-Formulare einen eigenen Abschnitt zur Gabe von Antibiotika.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Abschnitt zu Antibiotika vorsehen, werden diese meistens bei den medizinischen Interventionen erwähnt. Da die Frage, ob eine separate Festlegung der Gabe von Antibiotika sinnvoll ist, medizinisch umstritten zu sein scheint, sollte sie nicht auf Gesetzesebene entschieden werden. Mit der gewählten Formulierung wird aber die Möglichkeit zur Aufnahme weiterer Abschnitte offen gelassen. Bei der kardiopulmonalen Reanimation besteht nur die Wahl zwischen ja und nein[1491].

Im Abschnitt zu den medizinischen Interventionen sehen die meisten Formulare drei Optionen vor: Comfort Measures Only, Limited Treatment und Full Treatment. Diese lassen sich am ehesten mit Palliativbehandlung, eingeschränkte Behandlung und volle Behandlung übersetzen. Die erste Option bedeutet, dass Schmerzen durch Medikamente, Lageveränderungen, Wundbehandlung und weitere Massnahmen bekämpft werden. Zudem werden, falls zur Befreiung der Atemwege nötig, Sauerstoff, Absaugen und manuelle Massnahmen eingesetzt[1492]. Spitalverlegungen werden vermieden, sofern sie nicht für eine palliative Behandlung notwendig sind. Die zweite Option (eingeschränkte Behandlung) bedeutet, dass zusätzlich zu den palliativen Massnahmen bei entsprechender Indikation medizinische Behandlungen, Antibiotika, Infusionen und Herzfrequenzmonitor eingesetzt werden. Jedoch werden keine Intubation, andere Atemwegsinterventionen oder mechanische Beatmung vorgenommen. Möglich bleiben die CPAP- und BiPAP-Beatmung[1493]. Spitalverlegungen erfolgen, soweit indiziert, wobei eine Behandlung in der Intensivstation vermieden wird[1494]. Bei der dritten Option (volle Behandlung) werden zusätzlich Intubation, andere Atemwegsinterventionen und mechanische Beatmung vorgenommen. Darüber hinaus wird die betroffene Person bei entsprechender Indikation auch auf die Intensivstation verlegt[1495].

Im Abschnitt zur künstlichen Ernährung bieten die POLST-Formulare ebenfalls drei Optionen an: langfristige künstliche Ernährung, zeitlich befristete künstliche Ernährung (wobei der Zeitrahmen näher zu spezifizieren ist) oder keine künstliche Ernährung[1496].

Zeitpunkt der Erstellung: HausärztInnen, Spitäler sowie Wohn- oder Pflegeeinrichtungen müssen ihren PatientInnen bzw. BewohnerInnen ein Beratungsgespräch zum Ausfüllen des MAUL-Formulars anbieten, wenn:

1491 So auch SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.6. (S. 14).
1492 Als Beispiel wird hier auf das Formular des US-Bundesstaats Oregon, wo POLST entwickelt worden ist, verwiesen: oregonpolst.org/form-details.
1493 CPAP = Continuous Positive Airway Pressure, d.h. Kombination der Spontanatmung mit einem dauerhaften Überdruck. BiPAP = Biphasic Positive Airway Pressure, d.h. während des Ausatmens wird ein niedrigerer Druck angelegt, um dieses zu erleichtern.
1494 oregonpolst.org/form-details (Section B, Limited Treatment).
1495 oregonpolst.org/form-details (Section B, Full Treatment).
1496 oregonpolst.org/form-details (Section C).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

a) diese an einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit leiden;
b) aufgrund fortschreitender kognitiver Beeinträchtigungen der Verlust der Urteilsfähigkeit hinsichtlich lebensverlängernder Massnahmen innerhalb eines Jahres absehbar ist; oder
c) die betroffene Person dies wünscht.

Erläuterungen: Im Unterschied zur Patientenverfügung soll die medizinische Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen in erster Linie denjenigen Menschen zur Verfügung stehen, die bereits mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert sind. Dementsprechend ist es naheliegend, für das Erreichen dieser Zielgruppe bei den HausärztInnen und Institutionen des Gesundheitswesens anzuknüpfen. Bereits heute muss in Situationen, in denen Reanimationsversuche medizinisch nicht indiziert wären, die zuständige ÄrztIn das Gespräch mit der PatientIn suchen[1497]. Reanimationsversuche sind insbesondere dann medizinisch nicht indiziert, wenn der Tod mit Sicherheit innerhalb von Tagen oder Wochen eintritt[1498]. Ein Gespräch über den Reanimationsstatus muss gemäss der einschlägigen SAMW-Richtlinie auch mit PatientInnen mit einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit geführt werden[1499]. Diese Regel gilt also auf standesrechtlicher Ebene bereits heute[1500] und soll mit dem obenstehenden Vorschlag einerseits auf Gesetzesstufe gehoben und andererseits zu einem Gespräch auch über die weiteren lebenserhaltenden Massnahmen gemäss MAUL-Formular ausgebaut werden.

Die separate Erwähnung des Verlusts der Urteilsfähigkeit infolge fortschreitender kognitiver Beschränkungen soll daran erinnern, dass Demenzerkrankungen einen Sonderfall darstellen, vor dem sich viele Menschen fürchten. Untersuchungen haben gezeigt, dass der Einsatz von lebenserhaltenden Massnahmen in diesen Fällen besonders häufig abgelehnt wird[1501]. Es kommt auch vor, dass Menschen aus Angst davor, wegen fortschreitender Demenz zu einem späteren Zeitpunkt für urteilsunfähig erklärt zu werden, frühzeitig Suizidhilfe in Anspruch nehmen.

1497 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (S. 11).

1498 In der Terminologie der SAMW-Richtlinien handelt es sich nur in diesem Fall um PatientInnen am Lebensende; vgl. SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, Fn. 8, und SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.1. (S. 6).

1499 In Ziff. 2.4. der SAMW-RL Reanimationsentscheidungen wird für «Situationen, in welchen Reanimationsversuche medizinisch nicht indiziert wären» (und demzufolge ein Gespräch geführt werden muss), auf Ziff. 2.2. verwiesen. Gemäss Ziff. 2.2. ist «bei Patienten mit einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit, die sich über Monate oder Jahre erstrecken kann, […] der Wille, resp. der mutmassliche Wille des Patienten ausschlaggebend».

1500 Die Ausführungen der SAMW-RL Reanimationsentscheidungen zum Prozess, der zur Entscheidung führt, ob bei Eintritt eines Herzkreislaufstillstands Reanimationsmassnahmen eingeleitet werden oder nicht, gelten gemäss Ziff. 1 der Richtlinien «insbesondere für Institutionen» und «sind sinngemäss auf die Hausarztpraxis übertragbar».

1501 Gjerdingen, Opinions , S. 421: «Most surveyed individuals did not desire life-sustaining treatments with any degree of dementia, and the proportion of individuals not desiring such treatments increased with the projected severity of dementia. These findings indicate a need for including dementia in advance directives planning.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Wenn man diesen die Möglichkeit bietet, nach Eintritt der Urteilsunfähigkeit einzelne oder alle lebenserhaltenden Massnahmen abzulehnen, könnten diese Angst gemildert und damit auch Suizide vermieden werden.

Die Besprechung des Umfangs lebenserhaltender Massnahmen und das Ausfüllen des dazugehörigen Formulars sollen für die PatientInnen freiwillig sein. Die vorgeschlagene Bestimmung sieht deshalb nur eine Pflicht zum Anbieten des Beratungsgesprächs und nicht eine Pflicht zur Durchführung vor. Die PatientInnen haben somit ein Recht und keine Pflicht zum Beratungsgespräch und Ausfüllen des Formulars.

Beratungsgespräch: Das MAUL-Formular ist durch eine ÄrztIn im Rahmen eines ausführlichen Beratungsgesprächs über die einzelnen lebenserhaltenden Massnahmen auszufüllen.

Erläuterungen: Der Hauptunterschied zwischen medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen und Patientenverfügungen liegt in den konkreten und umsetzbaren Handlungsanweisungen, die bei der Patientenverfügung meist fehlen[1502]. Die Festlegung dieser Handlungsanweisungen setzt voraus, dass die betreffende Person weiss, welche Auswirkungen die Einleitung oder Nichteinleitung der verschiedenen Massnahmen mit Blick auf ihren Gesundheitszustand haben kann. Dieses Wissen kann nur durch ein individuelles ärztliches Beratungsgespräch unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Gesamtsituation der betroffenen Person vermittelt werden. Zur Festlegung der medizinischen Anordnungen müssen sodann auch die persönlichen Vorstellungen und Wünsche der Person miteinbezogen werden. Aus diesen Gründen kann ein MAUL-Formular nur gemeinsam mit einer ÄrztIn nach einem ausführlichen Beratungsgespräch ausgefüllt werden.

Aufbewahrung und Zugang: Das Original des ausgefüllten MAUL-Formulars bleibt bei der betreffenden Person. Eine Kopie wird in ihrem Patientendossier abgelegt und muss bei Verlegungen mitgegeben werden. Sofern die Person über ein elektronisches Patientendossier verfügt, kann sie das MAUL-Formular auch in diesem ablegen lassen und die Zugriffsrechte festlegen.

Erläuterungen: Die auf dem MAUL-Formular festgehaltenen Anordnungen gelten auch ausserhalb von Institutionen. Daher muss sichergestellt werden, dass das Formular auch bei Personen, die selbständig wohnen, im Notfall leicht auffindbar ist. In den USA wird das POLST-Formular standardmässig am Kühlschrank aufbewahrt und das Personal der Notfalldienste ist entsprechend sensibilisiert[1503]. Die explizite Erwähnung der Pflicht zum Mitgeben des MAUL-Formu-

1502 Sabatino, Law and Policy , S. 230.

1503 Siehe www.polst.org → Patient FAQs : «A POLST form always remains with the patient, regardless of whether the patient is in the hospital, at home or in a nursing home. The form should be placed in a visible location recognized by emergency medical personnel (usually the front of the refrigerator or in a medicine cabinet).».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lars bei Verlegungen soll in Übereinstimmung mit der für Patientenverfügungen vorgeschlagenen Regelung gewährleisten, dass die Dokumente immer bei den PatientInnen bleiben und in Notfallsituationen sofort verfügbar sind.

Das elektronische Patientendossier hat zum Ziel, dass «alle Gesundheitsfachpersonen auf behandlungsrelevante Daten ihrer Patientinnen und Patienten, die von anderen am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen erstellt und dezentral erfasst wurden, zugreifen [können]»[1504]. Gemäss Art. 9 Abs. 1 EPDG können Gesundheitsfachpersonen nur soweit auf die Daten von Patientinnen oder Patienten zugreifen, wie diese ihnen Zugriffsrechte erteilt haben. In medizinischen Notfallsituationen können Gesundheitsfachpersonen jedoch auch ohne Zugriffsrechte auf Daten aus dem elektronischen Patientendossier zugreifen, soweit die PatientIn dies nicht im Rahmen der Anpassung der Grundeinstellung ausgeschlossen hat (Art. 9 Abs. 5 EPDG). Wer vorsätzlich ohne Zugriffsrecht auf ein elektronisches Patientendossier zugreift, wird mit Busse bis zu 100'000 Franken bestraft (Art. 24 Abs. 1 EPDG). Die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers ist freiwillig und bedarf einer schriftlichen Einwilligung der PatientIn (Art. 3 Abs. 1 EPDG).

Die medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen richten sich an alle Gesundheitsfachpersonen, die im Notfall in die Behandlung der betreffenden Person involviert sind, und damit an einen unbekannten Adressatenkreis. Aus diesem Grund ist das elektronische Patientendossier geradezu prädestiniert, den Zugang zu diesen Informationen zu gewährleisten. Deshalb wird vorgeschlagen, das MAUL-Formular im elektronischen Patientendossier abzulegen, sofern die betreffende Person über ein solches verfügt und eine elektronische Ablage wünscht.

Verbindlichkeit und Haftung: Die im MAUL-Formular gemachten Angaben sind zu befolgen. Widerhandlungen können als Körperverletzung strafrechtliche Folgen haben. Bei Beachtung der Anordnungen entfällt jegliche Haftung des medizinischen Personals, auch wenn dies zu einer Lebensverkürzung führt.

Erläuterung: Die medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie einerseits verbindlich sind und die Handelnden gleichzeitig auch die Gewissheit haben, dass sie bei Beachtung der Anweisungen von jeglicher Haftung befreit sind. Es ist sinnvoll, dies im Gesetzestext explizit zu erwähnen, um damit die nötige Rechtssicherheit zu schaffen. Studien haben gezeigt, dass nicht nur ÄrztInnen, sondern auch RichterInnen grosse Mühe mit der juristischen Qualifikation von medizinischen Massnahmen haben. So haben bei einer Befragung von über 2800 Personen aus der Ärzte- und Richterschaft 42 Prozent der ÄrztInnen und 36 Prozent der RichterInnen die Beendigung einer künstlichen Beatmung als aktive Sterbe-

1504 Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (BBl 2013 5321), S. 5323.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hilfe und damit falsch eingestuft[1505]. Im Hinblick auf die Beachtung der medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen ist nicht die juristisch korrekte Qualifikation der einzelnen Anordnungen von Bedeutung, sondern das Wissen, dass man beim Befolgen der Anordnungen rechtskonform handelt. Dazu ist es sinnvoll, diese Sicherheit mittels expliziter Erwähnung im Gesetzestext zu gewährleisten.

Vergütung: Der für die Beratung und das Ausfüllen eines MAUL-Formulars entstehende Zeitaufwand wird angemessen vergütet.

Erläuterung: Die Entschädigung für den Aufwand, den die Beratung und Erstellung eines MAUL-Formulars mitbringt, ist für den ambulanten Bereich via Tarmed und für die Beratung in Alters- und Pflegeheimen über eine entsprechende Ergänzung der Krankenpflege-Leistungsverordnung sicherzustellen.

5. Reanimationsstatus

Der Entscheid, Reanimationsversuche in gegebener Situation zu unterlassen («Rea-Nein»), darf gemäss SAMW-Richtlinie nicht ohne ein Gespräch mit der PatientIn gefasst werden[1506]. Bei genauer Lektüre der Richtlinie ergibt sich darüber hinaus, dass mit allen PatientInnen, die an einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit leiden, ein Gespräch zum Thema Reanimation geführt werden muss[1507]. Trotzdem kommt es immer wieder vor, dass dieser Entscheid von ÄrztInnen ohne Rücksprache gefällt und festgehalten wird[1508]. Im Rahmen der sozial-empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat sich gezeigt, dass das medizinische Personal häufig meint, die Konfrontation mit der Frage nach dem Reanimationsstatus sei für die PatientInnen unangenehm und deshalb wäre es besser, sie davor zu verschonen. Dies hat sich exemplarisch in den folgenden Interviewstellen gezeigt:

- Belegarzt Onkologie in einer Privatklinik, 60–70 J. (Interview Nr. 2): «das habe ich immer eine sehr, sehr schwierige Diskussion gefunden, … weil ehm … oder dann müssen Sie Leute, die im Prinzip überhaupt nicht an das Sterben denken, müssen Sie konfrontieren mit dem».
- Leitender Arzt Palliativmedizin in einem Spital, 30–40 J. (Interview Nr. 3): «Also ein Punkt ist ja, dass man bei jedem Spitaleintritt eigentlich eine ärztliche Verordnung verlangt wird, Reanimation ja oder nein. Und ich den-

1505 van Oorschot/Simon, Klassifikationen, S. 45.
1506 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4. (S. 11).
1507 In Ziff. 2.4. der SAMW-RL Reanimationsentscheidungen wird für «Situationen, in welchen Reanimationsversuche medizinisch nicht indiziert wären» (und demzufolge ein Gespräch geführt werden muss), auf Ziff. 2.2. verwiesen. Gemäss Ziff. 2.2. ist «bei Patienten mit einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit, die sich über Monate oder Jahre erstrecken kann, […] der Wille, resp. der mutmassliche Wille des Patienten ausschlaggebend».
1508 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 21.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ke, wenn hier eine schriftliche Patientenverfügung da ist, erleichtert dies extrem, das auszufüllen, und sonst ist es eine Diskussion, die je nachdem recht schwierig sein kann […]».

– Assistenzärztin Innere Medizin in einem Kantonsspital, 20–30 J. (Interview Nr. 24): «Moi je vais peut-être pas penser à lui demander si jamais il se passe quelque chose... Et pour moi aussi j'ai remarqué, que c'est hyper dur à demander des fois. Parce que ça fait peur au patient 'alors s'il vous arrive quelque chose'... 'Quoi, il va m'arriver quelque chose, je vais mourir?'. Alors il s'imagine le pire il pense qu'on leur dit pas toute la vérité sur le pourquoi ils sont à l'hôpital. Alors qu'en fait ils sont là pour un problème X et que l'on parle d'un problème Y au cas où ça se passait. Des fois ils ont du mal à concevoir que c'est deux problèmes différents. Donc c'est difficile à mettre sur la table. Mais voilà il faut le faire.»
– Assistenzärztin Innere Medizin in einem Kantonsspital, 20–30 J. (Interview Nr. 27): «Stellen Sie sich vor, Sie kommen mit Ihrer Mutter ins Krankenhaus und Ihre Mutter hat, 'nur' etwas Kleines. Sie hatte zwar schon andere Sachen gehabt, aber jetzt aktuell nur was Kleines, und jetzt kommt ein junger Assistenzarzt her und sagt, ähm, ja wie machen wir es denn jetzt, wenn sie abstellt? Dann denken Sie sich, ja Entschuldigung, sie kommt je nur wegen etwas Kleinem und jetzt kommt der und fragt, was man macht, wenn sie abstellt, auf diese Frage bin ich jetzt gar nicht vorbereitet.»

Im Gegensatz zu diesen Schilderungen hat eine in der Schweiz durchgeführte Studie ergeben, dass es die allermeisten PatientInnen (85 Prozent) positiv empfanden, wenn mit ihnen beim Spitaleintritt ein Gespräch zum Thema Reanimation durchgeführt wurde[1509]. Die Regel der SAMW-Richtlinie, wonach ein Gespräch über die Reanimation zumindest bei PatientInnen mit einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit geführt werden muss, erscheint daher richtig. Eine Pflicht zum Gespräch mit allen PatientInnen wäre jedoch nicht sinnvoll und auch aus praktischen Gründen kaum möglich[1510]. Weil es sich bei der SAMW-Richtlinie um Standesrecht handelt, kann die Pflicht zum Gespräch über den Reanimationsstatus kaum durchgesetzt werden. Um zu gewährleisten, dass die Vorgabe eingehalten wird, und um allfällige Verstösse ahnden zu können, muss sie daher in staatliches Recht überführt werden.

Dies gilt auch dann, wenn eine gesetzliche Regelung der medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen eingeführt wird, weil das Ausfüllen eines entsprechenden Formulars freiwillig sein soll[1511]. Eine PatientIn kann zwar die Festlegung des Reanimationsstatus der ÄrztIn überlassen, aber es

1509 Ghelli/Gerber, Wiederbelebung, S. 1667.
1510 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, II. 2.4.
1511 § 11, IV, 4.4 (Skizze einer Regulierung von medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

muss ihr vor einem Rea-Nein-Entscheid ein Gespräch dazu angeboten werden und der Status muss auch dann festgelegt werden, wenn dies die PatientIn nicht selber entscheiden möchte[1512].

Die Festlegung des Reanimationsstatus ist ohne ärztliche Beratung nicht sinnvoll, weil die Reanimationsresultate von zahlreichen Faktoren abhängig sind und die Erfolgswahrscheinlichkeit häufig überschätzt wird[1513]. Der Reanimationsentscheid muss immer unter Berücksichtigung des zum Aufenthalt in einer Institution führenden medizinischen Problems und deshalb für jeden Aufenthalt neu festgesetzt werden. Es handelt sich daher nicht um eine Patientenverfügung, die i.d.R. allgemein formuliert, ohne ärztliche Mitwirkung und für einen unbestimmten Zeitraum angelegt wird. Eine gesetzliche Regelung des Reanimationsstatus sollte deshalb nicht im Kontext der Patientenverfügung erfolgen; sie würde auch systematisch nicht in die entsprechenden Abschnitte des Erwachsenenschutzrechts (Art. 360 ff. ZGB: die eigene Vorsorge bzw. Art. 374 ff.: Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen) passen.

Eine mögliche Formulierung zur gesetzlichen Regelung des Reanimationsstatus ist die folgende: «Beim Eintritt in ein Spital sowie in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist festzulegen, ob in gegebener Situation Reanimationsversuche durchgeführt werden sollen oder nicht. Bei Patienten mit einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit muss ein Gespräch über den Reanimationsstatus geführt werden.»

Die vorgeschlagene Regelung des Reanimationsstatus knüpft am Eintritt in eine Institution des Gesundheitswesens an und betrifft im Falle von Spitälern überwiegend öffentlich-rechtliche Behandlungsverhältnisse[1514]. Für den Erlass einer schweizweit geltenden Regelung des Reanimationsstatus fehlt es an einer Bundeskompetenz. Der Reanimationsstatus könnte somit nur nach einer Verfassungsergänzung bundesweit geregelt werden. Eine solche wäre für den Erlass eines Patientenrechtsgesetzes, in dessen Rahmen auch der Reanimationsstatus geregelt würde, denkbar. Ansonsten müsste die Regelung des Reanimationsstatus in den kantonalen Gesundheitsgesetzen aufgenommen werden.

1512 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 63: «Praktisch in allen Spitälern wäre es vorgesehen, den Reanimationsstatus jeder Patientin und jedes Patienten standardmässig festzulegen und im Patientendossier oder ähnlichen Unterlagen zu dokumentieren.».

1513 SAMW-RL Reanimationsentscheidungen, Anhang, Ziff. 1: Reanimationsresultate bei Erwachsenen.

1514 In der Schweiz entfällt ungefähr ein Viertel des Spitalbetten auf Privatspitäler (Privatkliniken Schweiz, Jahresbroschüre 2020, S. 17).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

§ 12 Überbehandlung

I. Problembeschreibung

Bei vielen medizinischen Massnahmen ist der Nutzen ungewiss oder umstritten. Diese Unsicherheit betrifft insbesondere diejenigen Fälle, in denen eine ÄrztIn eine medizinische Massnahme empfiehlt, die aus Sicht einer anderen ÄrztIn nicht erfolgversprechend ist. Demgegenüber geht es nachfolgend um medizinische Massnahmen, die aus Sicht der ÄrztInnen selbst eindeutig sinnlos sind. Diese erfolgen nicht aus medizinischen Gründen, sondern infolge ungenügender Aufklärung (der PatientIn und/oder ihrer Angehörigen) oder ungenügendem Wissen um die Rechtslage. Wenn eine Behandlung medizinisch sinnlos ist und trotzdem durchgeführt wird, ist im Folgenden von Überbehandlung die Rede.

Die sozial-empirische Studie zu Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz hat ergeben, dass Überbehandlungen regelmässig vorkommen[1515]. Die Gründe dafür sind vielfältig: Eine Überbehandlung kann zunächst auf Wunsch der PatientIn oder ihrer Angehörigen erfolgen. Solchen Wünschen wird teilweise Folge geleistet, weil das medizinische Personal sich davor scheut, offen über die Aussichtslosigkeit zu informieren und der PatientIn oder ihren Angehörigen damit jede Hoffnung zu nehmen. Es kommt aber auch vor, dass ÄrztInnen aus Angst vor (nur vereinzelt konkret angedrohten) rechtlichen Konsequenzen Behandlungen durchführen, die sie selber als nicht sinnvoll erachten[1516]. Speziell an Universitätsspitälern besteht die Auffassung, man dürfe nichts verpassen und müsse deshalb so viel wie möglich abklären und behandeln.

Nachfolgend werden zu jeder dieser Fallkonstellationen exemplarisch einige Interviewstellen aus der sozial-empirischen Studie aufgeführt.

1. Überbehandlung auf Wunsch der PatientIn

– Oberärztin Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 1): «das sind ja so ein bisschen so grenzwertige Vorgänge. Aber zu sagen, Ihr Herz wird dann kaum noch eine Chance haben, wieder anfangen selbstständig zu schlagen und oder wenn, würde es so lange dauern, bis wahrscheinlich die Hirnfunktionen, die Primärfunktionen ganz schwer geschädigt sind, dass ich Ihnen das auf keinen Fall empfehlen will. Und wenn dann jemand das trotzdem will, dann, dann … ja, … ich meine, er ist der Patient.»
– Assistenzärztin Chirurgie in einem Regionalspital, 30–40 J. (Interview Nr. 15): «Après, il y a des gens qui disent je veux être réanimé à tout prix... (pause 5 sec) et c'est juste pas faisable, c'est juste pas possible étant donné les

1515 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 15 und 30.
1516 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 44.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

pathologies, étant donné qu'on se trouve dans une situation d'urgence, et on dit on réanime, ou on réanime pas? Et on dit, bon, même si on essaie, on va jamais y arriver.»

– Belegarzt Onkologie in einer Privatklinik, 60–70 J. (Interview Nr. 2): «rückblickend hat man sagen müssen, eigentlich hätte man von Anfang an sagen müssen, das ist so eine ungünstige Ausgangslage, ist es sinnvoll eine Behandlung zu machen. Aber in diesem Fall hat die ganze Familie und der Patient selbst, es ist ein bisschen ein Autokrat gewesen, gesagt, man muss das, klar, man macht etwas, oder … und dann, dem kann man sich schwer entziehen.»
– Leitender Arzt Palliativmedizin in einem Spital, 30–40 J. (Interview Nr. 3): «Also wenn jemand fünf Chemotherapien hatte, die nichts genützt haben, dann sage ich, also mit der nächsten würden wir ihnen wirklich nur noch schaden. Und dann … ja, habe ich auch schon einen Onkologen kommen lassen müssen, wenn ich es nicht mehr sinnvoll gefunden habe, einfach, dass dieser gesagt hat: Nein, das würde ich jetzt auch nicht mehr machen. Selbstverständlich ist auch schon das Umgekehrte passiert, dass dann der Patient irgendeinen Onkologen kontaktiert hat, der dann gefunden hat, da könnte man doch noch und dann die Diskussion so losgegangen ist.»

2. *Überbehandlung auf Wunsch der Angehörigen*

– Pflegefachperson auf Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9) «Wir haben dann aber gemerkt, dass die Patientin selber nicht mehr ansprechbar ist, wir haben auch gewusst, dass sie keine Patientenverfügung hat und es ist eigentlich der Sohn gewesen, der eigentlich schon, wo wir sie hereingefahren haben, uns gebeten hat, macht etwas, macht etwas, sie darf nicht sterben. Und das ist für uns einfach ein klarer Auftrag gewesen, also auch für den ärztlichen Bereich und wir haben uns dann entschieden, dass wir das eigentlich machen, dass wir sie intubieren, um sie auch zu entlasten vom Atmen her, aber natürlich mit einem unguten Gefühl, weil wir haben gewusst, das entspricht jetzt dem Willen des Sohnes, ihrem Willen wahrscheinlich nicht. In diese Moment kann sie ihn nicht äussern und die medizinische und auch die pflegerische Einschätzung in diese Richtung geht, dass man sagen muss, jetzt machen wir einfach einen Blödsinn.»
– Assistenzarzt Anästhesie und Notfall in einem Universitätsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 10): «Sie sah das ein, sie hat es begriffen, um was es geht ähm hat, die Konsequenzen eigentlich abschätzen können. Und wir waren alle überzeugt, dass sie eigentlich eine palliative Therapie wünscht. Dass wir richtig, dass es so ring geht, dass man Schmerzmittel, halt einfach so viel gibt wie sie braucht. Dann kam aber ihr Mann dazu. Und ihr Mann hat, allen gegenüber, auch ihr gegenüber, immer ganz klar gesagt: das kommt gar nicht in

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Frage. Du musst wieder nach Hause kommen, weil du musst zu den Kindern schauen. Es kommt gar nicht in Frage, dass wir aufgeben.»
- Heimärztin Innere Medizin / Geriatrie in einem Alters- und Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 11): «Wenn nun jemand von den Angehörigen verlangt, dass man eine Magensonde eingelegt, und wir es unsinnig finden, dann kann man, kann man, oder wenn wir es wirklich unsinnig finden, und es die Angehörigen aber unbedingt wollen, könnte man im Notfall die Erwachsenenschutzbehörde einschalten. Aber bei etwas, das rasch geht, eben nicht und das ist noch schwierig, also ich weiss nicht ob man, also ich würde jetzt sagen; ja, dass man halt dann manchmal, je nach Situation, dann halt nachgibt und denkt: 'Jenu', wenn es nun die Angehörigen wollen, ...»
- Pflegefachperson Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 12): «War dann zwei Wochen intubiert, auf der Intensivstation. Und es war eigentlich klar, dass sie es nicht überlebt. Nun haben wir sie gestern geholt, auf der Abteilung, und es 'suppet', aus dem ganzen Bauch, überall raus. Es ist hoffnungslos, und es ist einfach so, dass man mit der Therapie weiterfährt. Mit allem. Weil die Angehörigen wollen, dass man alles macht. […] Wenn von den Angehörigen sehr viel Druck kommt, dann macht man sehr viel. Auch wenn es der Patient nicht unbedingt selbst will.»
- Assistenzärztin Chirurgie in einem Regionalspital, 30–40 J. (Interview Nr. 15): «Le patient ne voulait pas être réanimé … Patient jeune … hum … Et qui était après intubé, plus la possibilité de répondre, mais la famille voulait qu'on fasse tout. Je me souviens que ça m'avait particulièrement perturbé, parce que les chefs des soins intensifs avaient décidés de suivre l'avis de la famille et pas celui du patient.»
- Hausarzt / Heimarzt Allgemeine Medizin, 60–70 J. (Interview Nr. 25): «Donc en fait les difficultés c'est si les gens, si les gens autour, des gens qui veulent qu'on lutte, qu'on réanime qu'on va à l'hôpital etc. dans des situations qui nous paraissent pas demander ça. Encore une fois la difficulté c'est rarement la situation même, c'est l'entourage qui crée des problèmes.»

3. Überbehandlung aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen
- Hausarzt / Heimarzt Allgemeine Medizin, 30–40 J. (Interview Nr. 23): «Il y a toujours le côté 'on est quand même dans un milieu universitaire, faut faire des examens', ça c'est des choses que j'entendais quand j'étais [dans un hôpital universitaire], voilà, quand même en milieu universitaire, faut faire l'IRM [imagerie à résonance magnétique], le machin, parce que des fois c'est pour se couvrir légalement, alors qu'il suffirait de discuter avec les patients, leur famille pour expliquer pourquoi on fait pas l'IRM, par exemple.»
- Pflegefachperson Chirurgie in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 12): «Und ich habe das Gefühl, heute ist mit diesem Ganzen, dass man,

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

eben dann trotzdem irgendjemand vor Gericht geschleppt wird, weil man das oder das nicht gemacht hat. Hier habe ich mehr das Gefühl, dass man Angst hat, dass dann im Hintendrein, kommen dann die Angehörigen, sagen: Nein, da muss man alles machen. Oder dann muss man einfach alles machen. Und der ist noch Jurist, oder, der weiss dann noch genau, was, wie es ist oder, dann macht man lieber alles. Auch wenn es völlig unsinnig ist, aber man will sich einfach die Hände nicht verbrennen.»

– Pflegefachperson auf Intensivpflegestation in einem Regionalspital, 40–50 J. (Interview Nr. 9): «Wir mussten dann umstecken, mir hat sie fast 'Eine kläpft' oder, als ich den Katheter umstecken musste. Ich habe gesagt: 'Schauen Sie, ich gebe Gas, dann können Sie ganz schnell wieder in das Heim', weil ich bin ja genau gleich in der Falle gesessen. Jetzt, wir können es nicht einfach stoppen, weil sonst haben wir wieder ein Problem, nämlich ein juristisches, dass man hier (unverständlich), dass man einen Therapiefehler macht, den sie ins Jenseits befördern kann.»
– Oberarzt Chirurgie in einem Kantonsspital, 40–50 J. (Interview Nr. 5): «Aber man neigt doch dazu, dann lieber noch irgendetwas zu machen, auch wenn man selber nicht überzeugt ist davon, ob es auch erfolgsversprechend ist, wenn man durch die Unterlassung von Hilfe immer das Gefühl hat, man bringt sich eher in Schwierigkeiten, als durch die ehm, dadurch, dass man etwas macht, wenngleich das von zweifelhaftem Erfolg ist. Also das ist eine häufige Situation, dass man sozusagen, wie zum Selbstschutz, dann etwas macht, was vielleicht nicht im Sinne des Patienten eigentlich ist, gleichwohl fühlt man sich juristisch weniger angreifbar, wenn man etwas gemacht hat, was dann vielleicht nicht funktioniert, als wenn man von vornherein nichts macht.»

II. Aktuelle Rechtslage

Medizinische Behandlungen sind (abgesehen von Notfällen) nur dann zulässig, wenn die PatientInnen eingewilligt haben[1517]. Diesem Grundsatz übergeordnet gilt jedoch die Voraussetzung, dass nur das behandelt werden darf, was auch medizinisch sinnvoll ist[1518]. Medizinisch sinnlose Behandlungen verstossen sowohl gegen Menschenrechte als auch gegen gesetzliche Bestimmungen und nicht zuletzt gegen Standesrecht. Dies gilt ganz unabhängig vom Grund, der zu einer Überbehandlung führt (Wunsch der PatientIn / Wunsch der Angehörigen / Angst vor rechtlichen Konsequenzen).

1517 Fellmann, Rechtsverhältnis, S. 207.
1518 Büchler/Michel, Medizinrecht, S. 74.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Überbehandlung als Verletzung der körperlichen Integrität

Jede medizinische Behandlung stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der PatientIn dar[1519]. Die körperliche Unversehrtheit ist Bestandteil des Rechts auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) und wird auch vom Recht auf Privatleben gemäss Art. 8 EMRK geschützt[1520]. Zivilrechtlich wird die körperliche Integrität von Art. 28 ZGB, strafrechtlich von mehreren Tatbeständen in Art. 122 ff. StGB erfasst[1521]. Medizinische Eingriffe in die körperliche Integrität sind regelmässig durch die Einwilligung der betroffenen Person gerechtfertigt. Die Einwilligung ist jedoch nur gültig, wenn sie auf einer hinreichenden Aufklärung basiert[1522]. Die Aufklärungspflicht dient somit nicht nur dem Schutz der freien Willensbildung der PatientIn, sondern auch dem Schutz ihrer körperlichen Integrität[1523]. Die Einwilligung in eine medizinisch sinnlose Behandlung kann nun aber nur dann erfolgen, wenn nicht über die Sinnlosigkeit informiert wird. Sie basiert daher immer auf einer ungenügenden Aufklärung und ist damit nicht rechtsgültig.

Überbehandlungen verstossen damit mangels gültiger Einwilligung stets gegen das verfassungs-, zivil- und strafrechtlich geschützte Recht auf körperliche Integrität. Je nach Schwere der Körperverletzung müsste diese von Amtes wegen (bei schwerer Körperverletzung gemäss Art. 122 StGB) oder nur auf Antrag (bei einfacher Körperverletzung gemäss Art. 123 StGB) strafrechtlich verfolgt werden.

2. Überbehandlung als Verletzung der Aufklärungspflicht

Die Pflicht zur Aufklärung ist in verschiedenen kantonalen Gesundheits- oder Patientengesetzen verankert[1524] und folgt auch aus den auftragsrechtlichen Pflichten der LeistungserbringerIn[1525]. Wenn eine PatientIn oder ihre Angehörigen eine Überbehandlung verlangen und diese dann auch durchgeführt wird, basiert dies häufig auf einer ungenügenden Aufklärung. Denn bei einer Aufklärung über den Umstand, dass es sich bei einer bestimmten Behandlung um eine Überbehandlung handelt, dürfte in aller Regel dazu führen, dass keine Einwilligung erteilt wird. Der Verzicht auf die Aufklärung unter Annahme einer hypothetischen Einwilligung ist nicht möglich, weil in eine Überbehandlung auch hypothetisch nicht eingewilligt werden kann.

1519 Fellmann, Rechtsverhältnis, S. 207.
1520 HK EMRK-Meyer-Ladewig/Nettesheim, Art. 8 N 10; Pätzold in Karpenstein/Mayer, Art. 8 N 7.
1521 Büchler/Michel, Medizinrecht, S. 63.
1522 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 82.
1523 BGE 117 Ib 197 E. 2c.
1524 Art. 39 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Bern; § 13 der Patientinnen- und Patientengesetzes des Kantons Zürich, § 25 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern.
1525 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 82.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Auch das therapeutische Privileg als Begründung für einen Verzicht auf die vollständige Aufklärung ist im Bereich von Überbehandlungen nicht anwendbar. Dieses greift nur dann, wenn durch die Aufklärung der Behandlungserfolg gefährdet wird[1526]. Bei einer Überbehandlung ist aber gar kein Behandlungserfolg möglich, sodass dieser auch nicht gefährdet sein kann.

Aufgrund der kantonalrechtlich festgeschriebenen Aufklärungspflicht lässt eine mangelhafte Aufklärung nicht nur die Gültigkeit der Einwilligung entfallen, sondern stellt eine eigenständige Rechtsverletzung dar.

3. Überbehandlung als unwirksame Leistung

Damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Leistung übernimmt, muss diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Überbehandlungen zeichnen sich jedoch dadurch aus, dass sie gerade nicht wirksam sind. Demzufolge wären die dabei entstehenden Kosten nicht durch die Krankenkasse zu übernehmen.

Die PatientInnen dürften demgegenüber in den allermeisten Fällen einem Grundlagenirrtum unterliegen, indem sie davon ausgehen, dass die Behandlung wirksam ist. Unabhängig davon, ob es sich um privat- oder öffentlich-rechtliche Behandlungsverhältnisse handelt, sind die Behandlungsverträge für die PatientInnen aufgrund des wesentlichen Irrtums unverbindlich, womit auch die Pflicht zur Zahlung einer Vergütung entfällt. Die Leistungserbringer würden somit für die durch Überbehandlungen entstandenen Kosten nicht entschädigt und könnten dann z.B. wegen Vertragsverletzung durch unsorgfältige Ausführung der Arbeit gegen ihre MitarbeiterInnen vorgehen.

III. Regelungsbedarf

1. Menschenrechtliche Anforderungen

Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliesst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen[1527]. Dieses Recht wird verletzt, wenn trotz gegenteiliger Patientenwünsche lebenserhaltende Massnahmen aufgenommen oder weitergeführt werden. Solche Massnahmen verletzen zudem auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit.

1526 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, S. 84.
1527 § 7, I, 2 (Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. *Notwendigkeit einer Regelung*

Überbehandlungen verletzen die körperliche Integrität der PatientInnen sowie die Aufklärungspflicht der ÄrztInnen; zudem müssten die dabei anfallenden Kosten weder durch die Krankenversicherer noch durch die PatientInnen übernommen werden. Die obigen Ausführungen zur aktuellen Rechtslage betreffend Überbehandlungen bleiben freilich überwiegend theoretisch, weil sinnlose Behandlungen von den PatientInnen, Angehörigen und Krankenversicherungen in der Regel nicht als solche erkannt werden: Überbehandlungen sind nur deshalb möglich, weil die Aufklärung über die Sinnlosigkeit unterbleibt. Damit werden auch die Unwirksamkeit der Einwilligung und die daraus folgende Integritätsverletzung regelmässig nicht als solche erkannt. Es besteht somit ein strukturelles Problem, das die Verhinderung der Körperverletzungen in Form von Überbehandlungen systematisch verunmöglicht.

Das geltende Recht bietet zwar verschiedene Ansatzpunkte, um die Unzulässigkeit von Überbehandlungen festzumachen. Es fehlt jedoch an konkreten Instrumenten, um sinnlose Behandlungen wirksam zu verhindern oder bereits durchgeführte Überbehandlungen zu ahnden. Dies trifft Menschen am Lebensende in besonderem Masse, weil bei dieser Patientengruppe angesichts der beschränkten verbleibenden Lebensdauer weniger Zeit für aufwändige Abklärungen bleibt, was dazu führen kann, dass man im Zweifel eher eine Massnahme ergreift, als von dieser abzusehen. Menschen am Lebensende sind häufig geschwächt und haben wenig Energie, um auf eine umfassende Aufklärung zu pochen oder sich gegen Forderungen ihrer Angehörigen durchzusetzen. Wenn Menschen nur noch kurze Zeit zu leben haben, hat die Ärzteschaft auch bei einer Überbehandlung weniger zu befürchten, als wenn sie sich den Forderungen und möglichen Vorwürfen der Angehörigen nach dem Tod aussetzt.

Um Überbehandlungen zu verhindern, genügt es nicht, deren Rechtswidrigkeit festzuhalten. Vielmehr braucht es konkrete Schutzmechanismen, die gerade Menschen am Lebensende dabei unterstützen, über ihren Gesundheitszustand und die Aussichten möglicher Behandlungen informiert zu werden. Sinnlose medizinische Massnahmen dürfen gar nicht erst angeboten werden, und bei dahingehenden Forderungen durch die PatientInnen selbst oder durch ihre Angehörigen muss mit der gebotenen Empathie über die Aussichtslosigkeit informiert werden. Das geltende Recht verfügt über keine griffigen Instrumente zur Verhinderung von Überbehandlungen und muss dementsprechend ergänzt werden.

IV. Regelungsvorschläge

Um sinnlose Behandlungen am Lebensende zu vermeiden, sind Regelungen notwendig, die über die blosse Feststellung der Rechtswidrigkeit hinausgehen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. *Information über fehlende Behandlungsmöglichkeiten*

Überbehandlungen basieren in aller Regel auf ungenügender Information der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Die Informationsvermittlung in Form der Aufklärung durch ÄrztInnen ist nach geltendem Recht in erster Linie als Voraussetzung einer gültigen Einwilligung in eine bestimmte Behandlung vorgesehen. Kaum geregelt ist jedoch die unabhängig von einer Behandlung erfolgende Information[1528]. Dies ist insbesondere bei Menschen, für die es keine kurativen Behandlungsmöglichkeiten mehr gibt, problematisch. Diese Regelung dürfte dazu beitragen, dass Menschen am Lebensende häufig gar nicht oder nur oberflächlich über ihren Gesundheitszustand informiert werden.

Wenn nur im Vorfeld einer anstehenden Behandlung zwecks Einwilligung informiert werden muss und wenn sinnlose Behandlungen gar nicht erst thematisiert werden sollten, handelt eine ÄrztIn, die ihre PatientIn nicht über die Unbehandelbarkeit informiert, nach geltendem Recht korrekt. Die meisten PatientInnen dürften jedoch unabhängig von der Rechtslage davon ausgehen, dass sie auch dann informiert werden, wenn es nicht um die Aufklärung im Hinblick auf eine bestimmte Behandlung geht und erst recht dann, wenn keine sinnvolle Behandlung mehr zur Verfügung steht. Im Umkehrschluss werden sie bei ausbleibender Information nicht damit rechnen, dass sie unheilbar krank sind. Dieses Informationsdefizit dient in der Folge als Nährboden für falsche Erwartungen und Wünsche. Treten zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund der fortgeschrittenen Krankheit Probleme auf, erwarten PatientInnen, die nicht über ihren schlechten Gesundheitszustand informiert wurden, kurative Massnahmen. In dieser Situation fällt es vielen ÄrztInnen schwer, offen über die Unbehandelbarkeit zu informieren. Wenn die unwissende PatientIn erwartungsvoll fragt, was getan werden kann, ist es psychologisch schwierig, gar keine Optionen anzubieten. Stattdessen dürften häufig Behandlungsoptionen unter Hinweis auf die beschränkten Erfolgsaussichten ins Spiel gebracht werden. PatientInnen und Angehörige, die nicht frühzeitig über den wahren Gesundheitszustand informiert worden sind, klammern sich in dieser Situation auch an verschwindend kleine Erfolgschancen und verlangen Behandlungen, die medizinisch aussichtslos und deshalb gar keine eigentlichen Behandlungsoptionen sind.

Diesen menschlichen Verhaltensweisen könnte vorgebeugt werden, indem PatientInnen auch dann über ihren Gesundheitszustand informiert werden müssten, wenn dies nicht im Zusammenhang mit einer bestimmten Behandlung und der einzuholenden Einwilligung verlangt würde. Dies wäre in Form einer allgemei-

1528 In vielen kantonalen Gesetzen wird zwar ein Recht auf Aufklärung über den Gesundheitszustand genannt, dies aber stets im Zusammenhang mit der Aufklärung über eine Behandlung, siehe z.B. Art. 39 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Bern; § 13 der Patientinnen- und Patientengesetzes des Kantons Zürich, § 25 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen, von einer Behandlung unabhängigen Aufklärungs- oder Informationspflicht über den Gesundheitszustand möglich. Eine weniger weit gehende Aufklärungspflicht könnte beschränkt auf diejenigen Fälle eingeführt werden, in denen die ÄrztIn sieht, dass für die PatientIn keine sinnvollen kurativen Behandlungsoptionen mehr zur Verfügung stehen.

Eine solche Informationspflicht müsste selbstredend sowohl für privat- wie auch für öffentlich-rechtliche ÄrztIn-PatientInnen-Verhältnisse gelten. Sie wäre daher nicht im Zivilgesetzbuch zu regeln. Stattdessen sollte sie in den kantonalen Gesundheitsgesetzen oder, sofern ein solches geschaffen wird, in einem neuen eidgenössisches Patientenrechtsgesetz aufgenommen werden. Eine mögliche Formulierung wäre die folgende: «Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch darauf, auch über fehlende Behandlungsmöglichkeiten informiert zu werden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss in dieser Situation die Gelegenheit zu einem ausführlichen Gespräch anbieten.»

2. Beschwerdemöglichkeiten von Patientenorganisationen

Menschen am Lebensende führen keine Prozesse. Ihnen fehlt in aller Regel nicht nur die Zeit und die Energie, sondern auch die Aussicht auf einen konkreten Vorteil im Falle des Obsiegens. Ihr Tod ist absehbar und ein Grundsatzurteil zum Thema Überbehandlung würde in erster Linie der Nachwelt zugutekommen. Hinzu kommen die bekannten prozessualen (Kosten-)Hürden, welche vulnerable Gruppen besonders stark treffen. Die wenigen Fälle, in denen trotz alledem prozessiert wurde, zeigen ein weiteres Problem: Das Rechtsschutzinteresse fällt mit dem Tod weg. Im Fall Gross gegen die Schweiz wurde aus diesem Grund ein bereits gefälltes Urteil nachträglich wieder aufgehoben. Die Beschwerdeführerin war im Urteilszeitpunkt bereits verstorben und das Gericht wurde auf ihren Wunsch nicht darüber informiert. Die Grosse Kammer des EGMR hat das Urteil und die damit festgestellte Verletzung von Art. 8 EMRK mit der Begründung aufgehoben, dass die Nichtinformation über das Versterben einem Missbrauch des Beschwerderechts gleichkomme[1529].

Die Darstellung der aktuellen Rechtslage betreffend Überbehandlung hat gezeigt, dass Überbehandlungen aus verschiedenen Gründen rechtswidrig sind[1530]. Entsprechende Musterprozesse wären häufig erfolgreich, wenn sie geführt würden. Sie können aber aus den gezeigten Gründen nicht von den direkt Betroffenen geführt werden. Aus diesem Grund braucht es Beschwerdemöglichkeiten von Patientenorganisationen. Dies entspricht auch einer Forderung des UNO-Sonder-

1529 Urteil der Grossen Kammer des EGMR 67810/10 vom 30. September 2014 (Gross gegen Schweiz), Rn. 37.

1530 § 12, II (Aktuelle Rechtslage).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

berichterstatters zum Recht auf Gesundheit[1531]. Das Instrument des Verbandsbeschwerderechts ist in der Schweiz bereits etabliert. Ein solches besteht nicht nur im Arbeits- und im Umweltrecht, sondern auch im Diskriminierungsrecht. So sehen insbesondere das Gleichstellungs- und das Behindertengleichstellungsgesetz ein Klage- und Beschwerderecht von Organisationen vor.

Nach Art. 7 Abs. 1 GlG können Organisationen, die nach ihren Statuten die Gleichstellung von Frau und Mann fördern oder die Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wahren und seit mindestens zwei Jahren bestehen, im eigenen Namen feststellen lassen, dass eine Diskriminierung vorliegt, wenn der Ausgang des Verfahrens sich voraussichtlich auf eine grössere Zahl von Arbeitsverhältnissen auswirken wird. Eine ähnliche Regelung findet sich in Art. 9 Abs. 1 BehiG: «Behindertenorganisationen gesamtschweizerischer Bedeutung, die seit mindestens zehn Jahren bestehen, können Rechtsansprüche auf Grund von Benachteiligungen, die sich auf eine grosse Zahl Behinderter auswirken, geltend machen.»

Ein Verbandsbeschwerderecht zur Durchsetzung der Ansprüche von Menschen am Lebensende könnte entweder am Schutz vor Altersdiskriminierung oder am Schutz von vulnerablen Menschen anknüpfen. Sofern in der Schweiz der Diskriminierungsschutz und damit auch der Schutz vor Altersdiskriminierung auf Gesetzesstufe ausgebaut werden, würde es sich anbieten, in diesem Rahmen auch ein Beschwerderecht für Seniorenorganisationen nach dem Vorbild der bestehenden Beschwerderechte für Behinderten- und Geschlechtergleichstellungsorganisationen einzuführen.

Die spärliche bundesgerichtliche Rechtsprechung im Patientenrecht zeigt allerdings, dass nicht nur ältere Menschen kaum prozessieren, sondern dass PatientInnen generell nur selten den Rechtsweg gegen Spitäler oder ÄrztInnen beschreiten. Wenn ein Fall durch das Bundesgericht entschieden wird, handelt es sich meisten um Streitigkeiten hinsichtlich der Kostenübernahme durch Versicherungen. In diesem Bereich sind auch ErbInnen, die bei einer allfälligen Nichtübernahme der Kosten durch die Versicherung zahlungspflichtig werden, im Sinne des Prozessrechts persönlich betroffen[1532].

Die Durchsetzung der Rechte von PatientInnen ist somit nicht nur bei Menschen am Lebensende ungenügend. Daher ist zu empfehlen, ein Verbandsbeschwerderecht nicht (nur) bei Seniorenorganisationen, sondern bei Patientenor-

1531 Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/HRC/18/37), Ziff. 49: «It is essential that complaints mechanisms are put in place to address practices that unnecessarily restrict liberty and autonomy of older persons and to enable them to reclaim their dignity.».

1532 So zum Beispiel im Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2014 vom 5. Februar 2015 (Prozess der ErbInnen gegen die Krankenversicherung) und im Urteil des Bundesgerichts 4A_67/2014 vom 4. März 2015 (Prozess der ErbInnen gegen die Privatversicherung).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ganisationen anzusiedeln, zumal sich auch jüngere Personen am Lebensende befinden können. Der Bundesrat hätte sich im Bericht «Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz» zur Frage äussern müssen, «wie Partizipationsrechte (Beschwerde, Rekurs oder Klage) von Patientenorganisationen als Träger öffentlicher Aufgaben zur Geltendmachung von schutzwürdigen öffentlichen Interessen eingeführt werden können». Diese Frage wurde in allen drei Postulaten[1533], welche der 102-seitige Bericht erfüllen sollte[1534], gestellt. Im Bericht wird sie nicht beantwortet. Es wird lediglich festgestellt, dass sowohl das Bundesverwaltungsrecht als auch die kantonalen Gesundheitsgesetzgebungen keine spezifischen Klage- oder Beschwerderechte für Patientenorganisationen kennen[1535]. Im Kapitel «Handlungsfelder» ist das Thema ausgeklammert[1536]. Der Bundesrat hat im März 2016 die Abschreibung der drei Motionen beantragt[1537]. Der Nationalrat ist diesem Antrag nicht gefolgt, weil die Kommission die Ergebnisse des Berichts und die Handlungsmöglichkeiten noch vertiefter diskutieren wollte[1538].

In einem der Gutachten, die zur Erarbeitung des bundesrätlichen Berichts in Auftrag gegeben worden sind, wurden das internationale Soft Law und nationale Gesetze mit Blick auf die Stärkung der Patientenrechte untersucht. Gemäss diesem Gutachten enthalten nur das französische Gesundheitsgesetzbuch und das deutsche Sozialgesetzbuch spezifische Partizipationsrechte von Patientenorganisationen[1539]. Das deutsche Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten weitet lediglich das Mitbestimmungsrecht der Patientenorganisationen in verschiedenen Gremien auf die Landesebene aus[1540]. In Frankreich ist im Code de la santé publique vorgesehen, dass national zugelassene Patientenorganisationen in einem Strafverfahren die Rechte einer ZivilklägerIn ausüben können[1541]. Dazu muss das Einverständnis des Opfers vorliegen und die Zuwiderhandlung muss das kollektive Interesse der Nutzer des Gesundheitssystems verletzen[1542].

1533 Postulat Kessler Margrit (12.3100): Patientenrechte stärken; Postulat Gilli Yvonne (12.3124): Patientenrechte stärken; Postulat Steiert Jean-François (12.3207): Stärkung der Patientenrechte.

1534 Der Untertitel des Berichts lautet gemäss Standardformulierung wie folgt: Bericht in Erfüllung der Postulate 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli und 12.3207 Steiert.

1535 Bericht des Bundesrates, Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, Bern 2015, S. 47.

1536 Bericht des Bundesrates, Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, Bern 2015, S. 78 ff. (Handlungsfeld A: Patientenrechte in materieller Hinsicht; Handlungsfeld B: Patientenrechte in der Praxis; Handlungsfeld C: Schadensprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen; Handlungsfeld D: Berücksichtigung von Patienteninteressen in gesundheitspolitischen Prozessen).

1537 Bericht des Bundesrates vom 4. März 2016 über Motionen und Postulate der gesetzgebenden Räte im Jahre 2015, Auszug: Kapitel I (BBl 2016 2893), S. 2901.

1538 AB 2016 N 912.

1539 Rütsche/D'Amico/Schläpfer, Patientenrechte, S. 31.

1540 § 140f (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten) des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

1541 Art. L1114–2 des Code de la santé publique.

1542 Rütsche/D'Amico/Schläpfer, Patientenrechte, S. 19.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In der Schweiz könnte ein Beschwerderecht für Patientenorganisationen entweder in kantonalen Gesundheits- bzw. Pateientenrechtsgesetzen oder, nach Schaffung einer entsprechenden Bundeskompetenz[1543], in einem nationalen Patientenrechtsgesetz verankert werden. Mit Blick auf die Definition von «Mensch mit Behinderungen» im Behindertengleichstellungsgesetz[1544] wäre jedoch auch die Aufnahme von Organisationen, die sich für die Rechte von Menschen am Lebensende einsetzen, in die Liste der vom Bundesrat zu bezeichnenden beschwerdeberechtigten Organisationen denkbar[1545]. Menschen am Lebensende sind von dieser Definition in den meisten Fällen erfasst, da eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung es ihnen erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen.

3. Überflüssige medizinische Massnahmen

Auch innerhalb der medizinischen Fachwelt wurde erkannt, dass häufig unnötige Behandlungen vorgenommen werden. In der Schweiz wurde 2017 der Verein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» mit Beteiligung der SAMW, der schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin sowie verschiedener Patienten- und Konsumentenschutzorganisationen gegründet[1546]. Dieser Verein bezweckt, «Ärztinnen und Ärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die Bevölkerung sowie sämtliche Akteure der Gesundheitsversorgung und die Politik für das Thema Über- und Unterversorgung zu sensibilisieren und Möglichkeiten zu der [sic] Vermeidung aufzuzeigen»[1547]. Kernstück der Sensibilisierungsarbeit des Vereins sind die sogenannten Top-5-Listen aus den klinischen Fachdisziplinen. Diese Listen enthalten (mindestens) fünf medizinische Massnahmen, die in der Regel unnötig sind. Die Listen selbst werden von den medizinischen Fachgesellschaften erstellt, beziehen sich auf publizierte Guidelines und sind evidenzbasiert[1548].

Die am Trägerverein beteiligten Organisationen stehen nach eigenen Angaben «klar dafür ein, dass die Kampagne ausschliesslich dem Patientenwohl dient und nicht von der Gesundheitsökonomie vereinnahmt wird»[1549]. Die Berücksich-

1543 Bericht des Bundesrates, Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, Bern 2015, S. 80.

1544 Art. 2 Abs. 1 BehiG: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.».

1545 Siehe Art. 5 Abs. 1 lit. d i.V.m. Anhang 1 der Behindertengleichstellungsverordnung.

1546 Vgl. die Aufzählung der Mitglieder in Art. 3 der Statuten des Vereins «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland».

1547 Art. 2 der Statuten des Vereins «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland».

1548 www.smartermedicine.ch → Für Fachpersonen.

1549 www.smartermedicine.ch → Warum smarter medicine?

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tigung der Top-5-Listen hat denn auch nicht zwingend zur Folge, dass die Gesundheitskosten sinken. Als Beispiel hierfür dient der Verzicht auf das Legen eines Dauerkatheters bei Inkontinenz. Damit wird zwar Pflegematerial eingespart, gleichzeitig entsteht aber ein erhöhter Personalbedarf beim Pflegepersonal[1550]. Die in den Top-5-Listen enthaltenen medizinischen Massnahmen sind lediglich «in der Regel»[1551] und damit nicht immer unnötig[1552]. Somit kann die Vergütung entsprechender Leistungen durch die OKP nicht unter Verweis auf die fehlende Zweckmässigkeit i.S.v. Art. 32 KVG verweigert werden. Die Listen richten sich denn auch nicht an die Krankenversicherungen, sondern an PatientInnen und ÄrztInnen.

Obwohl eine Mehrheit der HausärztInnen in der Schweiz die Empfehlungen kennt und ihnen zu 90 Prozent auch zustimmt[1553], werden sie häufig nicht eingehalten. Eine Umfrage unter HausärztInnen in der Schweiz hat gezeigt, dass nur 14 Prozent der Befragten alle fünf Empfehlungen der Top-5-Liste für die ambulante allgemeine innere Medizin einhalten[1554].

3.1. Top-5-Listen

Aktuell finden sich auf der Webseite von «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» Top-5-Listen für die Ambulante Allgemeine Innere Medizin, für die Stationäre Allgemeine Innere Medizin, für die Geriatrie, die Intensivmedizin, die Gastroenterologie, die Chirurgie, die Radio-Onkologie, die Nephrologie, die Neurologie, die Anästhesiologie und Reanimation[1555]. Alle diese Listen wurden von den jeweiligen Fachgesellschaften zusammengestellt[1556].

In der Top-5-Liste der Geriatrie, die von der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie zusammengestellt worden ist, finden sich unter anderem die folgenden drei (an ÄrztInnen gerichteten) Empfehlungen[1557]:

– Empfehlen Sie keine perkutane Magensonde bei PatientInnen mit fortgeschrittener Demenz; bieten Sie stattdessen eine assistierte orale Ernährung an.

1550 www.smartermedicine.ch → Warum smarter medicine?
1551 www.smartermedicine.ch → Für Fachpersonen.
1552 Capaul, Qualität , S. 3.
1553 Neuner-Jehle, Choosing Wisely , S. 14.
1554 Selby et al., Survey , S. 35: «There were 159 GPs with complete responses to all questions regarding whether the recommendations are followed, of whom 2 (1%), 8 (5%), 27 (17%), 51 (32%), 49 (31%) and 22 (14%) reported following zero, one, two, three, four and five recommendations respectively.».
1555 www.smartermedicine.ch → Top-5-Listen .
1556 smarter medicine, Anästhesiologie und Reanimation, S. 1574; smarter medicine, Chirurgie, S. 12; smarter medicine, Gastroenterologie, S. 1449; smarter medicine, Geriatrie, S. 804; Selby et al., Innere Medizin, S. 769; Fumeaux/Lavina, Intensivmedizin, S. 1293; smarter medicine, Nephrologie, S. 793; smarter medicine, Neurologie, S. 1361; smarter medicine, Radio-Onkologie, S. 429.
1557 smarter medicine, Geriatrie , S. 804 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– Verwenden Sie Antipsychotika nicht als Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen bei Demenz.
– Verwenden Sie bei älteren Erwachsenen keine Benzodiazepine oder andere sedativ-hypnotische Arzneien als Mittel der ersten Wahl gegen Schlaflosigkeit, Unruhezustände oder Verwirrtheit.

Aktuell existiert zumindest in der Schweiz noch keine solche Liste für Palliative Care. Borasio/Jox haben jedoch drei häufige Überbehandlungen am Lebensende identifiziert[1558]:

– künstliche Flüssigkeits- und Sauerstoffzufuhr in der Sterbephase,
– enterale (d.h. über den Darm erfolgende) Ernährung bei fortgeschrittener Demenz,
– Herzschrittmacher und implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren[1559] in der Sterbephase.

3.2. Rechtliche Würdigung

Wenn medizinische Massnahmen vorgenommen werden, die aus Sicht der jeweiligen Fachgesellschaften in der Regel unnötig sind, handelt es sich regelmässig um Körperverletzungen. In diese kann nicht gültig eingewilligt werden, weil die Einwilligung auf unvollständiger Information basiert. Wenn im Vorfeld der Massnahmen darüber informiert würde, dass sie in der Regel unnötig sind, würde die Einwilligung in den meisten Fällen nicht erteilt. In jenen Fällen, welche als Ausnahme die Regel bestätigen, ist die Einwilligung jedoch gültig und die Körperverletzung gerechtfertigt, weil die Massnahmen in diesen Fällen nicht unnötig sind. Es handelt sich somit nicht generell um Leistungen, die nicht zweckmässig i.S.v. Art 32 KVG sind.

Hinsichtlich der Einwilligung stellt sich die Frage, ob diese überhaupt gültig erteilt werden kann, wenn nicht darüber informiert wird, dass eine Massnahme als in der Regel unnötig eingestuft wurde. Nach geltendem Recht ist dies wohl zu bejahen. Wenn eine ÄrztIn für sich zum Schluss kommt, dass eine Massnahme in einem konkreten Fall medizinisch sinnvoll ist, obwohl sie sich auf einer entsprechenden Liste befindet, muss sie in der Aufklärung nicht über diese Tatsache informieren. Dies gilt umso mehr für Massnahmen aus Bereichen, in denen es

1558 Borasio/Jox, Choosing wisely , S. 2 f.
1559 Siehe dazu Carlsson et al., Defibrillatoren, S. 539: «Ein solcher Defibrillator hat verschiedene Behandlungsmodalitäten. Er arbeitet zum einen antibradykard als Pacemaker und stimuliert dann, wenn eine zu programmierende Herzfrequenz unterschritten wird. Bei Kammertachykardien oder Kammerflimmern stehen antitachykarde Behandlungsmöglichkeiten wie Defibrillation (Schocktherapie) und sogenanntes ATP (antitachykardes Pacing) zur Verfügung. Während der Patient eine interne Defibrillation deutlich spürt – soweit er nicht durch die Arrhythmie bewusstlos ist – kann er das ATP in der Regel nicht fühlen.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

(noch) keine solchen Listen gibt und es dementsprechend unklar ist, ob die Kategorisierung in den entsprechenden Fachgesellschaften unumstritten sind.

3.3. Regulierungsvorschlag

Als Ausfluss des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und des Verbots unmenschlicher Behandlung muss der Staat Massnahmen treffen, um Menschen vor Überbehandlung zu schützen[1560]. Hierzu bietet es sich an, auf die Listen von medizinischen Massnahmen, die in der Regel unnötig sind, abzustellen. Diese sollten im Minimum als zwingender Bestandteil der Weiterbildung zur Erlangung eines Facharzttitels vermittelt und geprüft werden. Der Bund könnte die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe mit der Auflage verknüpfen, dass die überflüssigen medizinischen Massnahmen als Lernziele in den entsprechenden Weiterbildungsprogrammen aufgenommen werden. Diese Vorgabe könnte in die Verordnung des EDI über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe[1561] aufgenommen werden.

ÄrztInnen, welche die Facharzt-Weiterbildung bereits abgeschlossen haben, müssen ebenfalls über unnötige medizinische Massnahmen informiert sein. Dazu müsste das Thema fester Bestandteil der ärztlichen Fortbildung sein. Gemäss Art. 40 lit. b MedBG gehört die lebenslange Fortbildung zwar zu den Berufspflichten von ÄrztInnen. Darüber hinaus kennt das Medizinalberuferecht des Bundes jedoch keine Vorgaben. Die Medizinalberufeverordnung beschränkt sich auf die Regelung der Aus- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung[1562]. Der Bundesrat hat die in der Botschaft[1563] erwähnte Möglichkeit zur Regelung der ärztlichen Fortbildung auf Verordnungsebene bislang nicht genutzt.

Da es sich bei «smarter medicine» um eine sehr junge Entwicklung handelt[1564], kann heute noch nicht gesagt werden, welchen Einfluss die Listen unnötiger medizinischer Massnahmen auf die Praxis haben. Für eine Regelung, wonach z.B. ÄrztInnen begründen müssten, wenn sie von den Empfehlungen abweichen, ist es deshalb zu früh. Eine solche wäre allerdings zu prüfen, wenn sich zeigen sollte, dass trotz der Bemühungen von «smarter medicine» weiterhin viele unnötige medizinische Massnahmen vorgenommen werden.

1560 § 7, II (Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht).
1561 Verordnung des EDI über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe.
1562 Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen.
1563 Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (BBl 2005 173), S. 229.
1564 Die meisten Top-5-Listen der Fachgesellschaften wurden im Jahr 2018 in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

§ 13 Medizinische Versorgung in Heimen

I. Problembeschreibung

Aus Interviews im Rahmen der empirische Studie zum Lebensende geht hervor, dass die medizinische Versorgung in Heimen teilweise mangelhaft ist und dass insbesondere eine starke Tendenz gegen Spitalverlegungen besteht. Nachfolgend werden zu diesem Thema exemplarisch einige Interviewstellen aus der sozial-empirischen Studie aufgeführt:

- Heimarzt in einem Alters- und Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 4): «Und darunter schreibe ich in Klammer: wenn möglich keine Hospitalisation. D.h. also, wenn er ein halbwegs vernünftiger Arzt ist und sieht: der hat das Bein gebrochen. Dann schickt man ihn in den Spital. Das Bein muss geflickt werden, oder. Aber wenn der sieht, der fällt ins Lungenödem, er mag nicht mehr atmen, dann schaut man, dass man ihm dies erleichtern kann und lässt ihn sterben. So. [...] Wir machen eigentlich eine Patientenverfügung in diesem Sinne, dass wir eigentlich nichts machen. (Lacht).»
- Heimärztin in einem Alters- und Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 11): «Vielleicht, also so, dass ich fand, nein, da ist es eigentlich klar; nicht hospitalisieren und dann vielleicht irgendwie eine Woche später, ist es am Wochenende schlechter gegangen und der Kollege, der dann Dienst hatte fand – weil ich eben das Gefühl hatte, es sei wirklich am Lebensende, oder – und, der Kollege hat hospitalisiert und dann hat diese Person noch sehr lange sehr gut weitergelebt.»
- Pflegefachfrau und Abteilungsleiterin in einem Alters- und Pflegeheim, 50–60 J. (Interview Nr. 13): «Also, palliativ ist man, wenn man sie hier, wenn sie hier unten stehen und mit einem Lächeln am Empfang begrüsst werden, von da an sind sie palliativ. [...] Es kommt halt, also ich habe einen Mitarbeiter aus Deutschland, der will viel mehr, noch, noch also heilen als wir, wir lindern eher, das ist von der Herkunft her, von der Ausbildung her, das kommt schwer darauf an, oder.»
- Pflegeleiterin in einem Alters- und Pflegeheim, 40–50 J. (Interview Nr. 21): «Ja was, da muss man ihn sofort zurück ins Spital bringen. Und um diese Entscheidung ging es dann, machen wir diese Begleitung, oder, also für uns war klar, dass er die, unser Ziel ist es immer, dass wir sagen, bis zum Ende können sie hier bleiben. [...] Und unsere Meinung ist einfach: Wir vermeiden nach Möglichkeit Hospitalisationen. [...] Unser Heim besteht ja erst seit 2005 und in der ersten Zeit, wenn man seine Identität auch noch nicht so hat, haben wir ein, zweimal erlebt, dass die Angehörigen einfach gesagt haben, nein, wir wollen die im Spital und schlussendlich müssen wir uns ja dann fügen [...] Aber das war dann für uns wie eine Niederlage. Wir hatten

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dann das Gefühl, wir haben versagt. [...] Es geht mir gar nicht gut, sie müssen sofort den Doktor kommen lassen. Dann hab ich gesagt: Ja, wieso meinen sie, brauchen wir den Doktor? Ja, das gehe nicht, sie brauche den Doktor. Aber was soll der Doktor, was kann der machen? Der soll schauen, vielleicht muss ich dann ins Spital. Da habe ich gesagt: Was passiert, wenn sie nicht ins Spital gehen? Ja, dann sterbe ich hier. Und dann habe ich gesagt: Ja, jetzt habe ich gedacht, sie sind bereit. Ja, aber doch nicht jetzt. [...] Und man muss sagen, ihr könnt heute schon eine Infusion stecken, Katheter stecken und weiss nicht was alles, spätestens, wenn der zu uns zurückkommt, wird die Sonde wieder entfernt, und wenn ihr es nicht macht, machen wir es dann halt hier.»

- Haus- und Heimarzt in einem Pflegeheim, 30–40 J. (Interview Nr. 23): «C'est vrai que moi je suis quand même très à l'aise pour passer vite à des soins palliatifs, bon, privilégiant clairement la qualité de vie, c'est une discussion qu'on a parfois avec les patients qui sont en meilleur état de conscience, en meilleur état psychologique, et puis où il y a peut-être moins l'ambivalence. [...] Mais bon, disons que les infirmières de l'EMS savaient qu'elle voulait pas trop aller aux urgences, qu'elle voulait pas trop de soins invasifs, des choses comme ça. Mais c'était pas coché sur le papier donc, d'une certaine manière voilà. On est moins à l'aise. On croit les gens, mais faut pas non plus toujours trop croire (rires).»
- Haus- und Heimarzt in einem Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 25): «Ce que j'ai appris aux soins palliatifs, avec l'hydratation, c'est mieux de ne pas hydrater, il y a moins de souffrance, il y a moins tous les problèmes liés aux liquides, [...] alors nous a [nom de l'EMS], c'est simple on ne fait pas de perfusion.»
- Heimarzt in einem Pflegeheim, 60–70 J. (Interview Nr. 30): «Avec les résidents c'est parfois difficiles, parce qu'ils n'ont plus forcément toute leur capacité de décision, donc c'est difficile de leur poser la question, souvent ils se réfèrent à l'avis du médecin. Et puis la famille, c'est parfois là qu'il y a un peu plus à discuter, à argumenter pour les convaincre de pas en faire de trop.»

Weitere Beispiele für Missstände in Heimen finden sich bei Kley/Segessemann[1565]:

- Besucher von Pflegeheimen und Langzeiteinrichtungen berichten regelmässig von Misshandlungen und Ohrfeigen gegen Insassen durch nicht qualifiziertes Personal[1566].

1565 Kley/Segessemann, Langzeiteinrichtungen, S. 222 ff.

1566 Unter Verweis auf Blick vom 20. Januar 2017 (Misshandlungen in mehreren Glarner Pflege- und Altersheimen); NZZ am Sonntag vom 7. Mai 2017, S. 22 f. (Elend in den Altersheimen); NZZ vom 9. Dezember 2009, S. 19 (Pflegeskandal Entlisberg); Tagesanzeiger vom 27. September 2010 (Pflegeheim-Skandal Adliswil).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– Vereinzelt begehen einzelne Beschäftigte Tötungen an Spital- oder Heiminsassen, in der Absicht, aus «Mitleid» PatientInnen von ihrem Leiden zu «erlösen»[1567]. Zwischen 1995 und 2001 führte ein Pfleger in verschiedenen Heimen im Kanton Luzern den Tod von 22 überwiegend hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohnern herbei[1568].
– Dementen Insassen von Langzeiteinrichtungen wird die Bewegungsfreiheit entzogen und/oder sie werden aus Kostengründen sediert[1569].

Eine Umfrage in der Westschweiz hat ergeben, dass 77 Prozent der HeimleiterInnen bereits mit einer Situation der Misshandlung von älteren Menschen konfrontiert waren und dass mehr als die Hälfte (54 Prozent) schon mit einer Situation der Misshandlung durch Heimpersonal konfrontiert waren[1570].

Auch die im schweizweiten Vergleich grossen Unterschiede beim Anteil an Menschen, die im Spital sterben, weist darauf hin, dass gewisse Heime bei der Spitalverlegung zurückhaltender sind als andere. Spitalverlegungen werden möglicherweise gar nicht angeboten, obwohl die betroffenen Personen auf akutmedizinische Hilfe angewiesen wären[1571].

Untersuchungen zu den Gesundheitskosten am Lebensende haben sodann gezeigt, dass bei Hochbetagten häufig auf teure Eingriffe verzichtet wird. Zwar ist das letzte Lebensjahr massgeblich für die hohen Gesundheitskosten verantwortlich, dieses kostet aber bei Menschen im Alter von über 86 Jahren deutlich weniger (CHF 26'600) als bei 60-Jährigen (CHF 44'400)[1572].

In der Schweiz besteht ein Mangel an Pflegefachkräften. Dieser hat zur Folge, dass die medizinische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen häufig ungenügend ist. Dies wiederum führt dazu, dass viele Menschen verhindern wollen, in einem solchen Heim leben zu müssen. Es kommt sogar vor, dass sich Menschen aus Angst vor dem Eintritt in ein Pflegeheim das Leben nehmen[1573].

1567 Unter Verweis u.a. auf NZZ vom 29. August 2017, S. 22 (Morde in Deutschland an mindestens 90 Patienten); NZZ vom 8. Februar 2006, S. 17 (Morde an 29 Patienten), NZZ vom 19. Apri. 2007, S. 13 (Morde an vier Patienten).

1568 Urteil des Obergerichts des Kantons Luzern OG 21 05 124 vom 3. Februar 2006 (unpubliziert), zitiert im Urteil des Obergerichts des Kantons Luzern 21 07 156.2 vom 18. März 2008, Sachverhalt lit. A.

1569 Kley, Urteilsunfähigkeit, S. 107: «Aus blossen Kostengründen werden deshalb Patienten zunehmend von wenig geschultem Personal versorgt und notfalls sediert, was den Zeitdruck lindert.» Dazu auch HelpAge, Gaps , S. 9: «Sedatives are known to have been given to older patients to minimise stress or workload of staff or under the guise of medication in the best interests of the older person.».

1570 Roulet Schwab/Rivoir, Maltraitance, S. 11.

1571 Luta et al., Hospital , S. 9: «Hospital services areas with low proportion of hospital deaths might indicate an underuse of needed acute care hospital services at EOL (e.g. a nursing homes resident is not offered needed acute care hospital admission).».

1572 Panczak et al., Regional Variation, Supplemental digital content, S. 8.

1573 Kley, Urteilsfähigkeit, S. 108: «Betagte urteilsfähige Menschen müssen ihrem Leben noch in einem Zustand mit möglicherweise guter Lebensqualität ein Ende setzen, wenn sie die sonst zu erwartenden Leiden verhindern wollen.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Im Jahr 2016 wiesen 79 Prozent aller Pflegeheim-BewohnerInnen mindestens einen Bezug eines potentiell inadäquaten Medikaments (PIM) auf[1574]. Grundlage dieser Untersuchung bildeten die Beers- sowie die Priscus-Liste[1575]. Die Beers-Liste wird von der American Geriatrics Society zusammengestellt und enthält für über 65-jährige PatientInnen explizit nicht geeignete Wirkstoffe[1576]. Die Priscus-Liste (von lat. priscus = altehrwürdig) ist eine für Deutschland zusammengestellte Liste von Arzneistoffen, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten[1577]. Unter den PIM befinden sich viele Wirkstoffe aus der Gruppe der Neuroleptika und der Benzodiazepine[1578]. Neuroleptika sind Medikamente mit antipsychotischer, sedierender und psychomotorisch dämpfender Wirkung[1579]. Benzodiazepine sind Medikamente zur Linderung von Angst und zur Muskelentspannung[1580]. Zwei von zehn PflegeheimbewohnerInnen hatten im Jahr 2016 mindestens einen Bezug von Lorazepam, einem mittellang wirksamen Benzodiazepin, das bei Schlafstörungen eingesetzt wird (besser bekannt unter dem Markennamen «Temesta»). In vielen Pflegeheimen wird um 17 Uhr das Abendessen serviert, danach sollen die BewohnerInnen zu Bett gehen[1581].

Die Gesamtkosten für das Leben in einem Schweizer Alters- und Pflegeheim beliefen sich im Jahr 2015 im Durchschnitt auf 8973 Franken pro Monat. Arzt-, Arznei- und Therapiekosten machen zusammen lediglich zwei Prozent dieses Betrages (180 Franken) aus. Je 41 Prozent der 8973 Franken fallen für die Pflege (3710 Franken) und die Hotellerie (3672 Franken) an. Die restlichen 16 Prozent (1411 Franken) gehen an die Betreuung[1582]. Die OKP übernimmt keine Kosten für Hotellerie und Betreuung. 60 Prozent der BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen können diese Kosten nicht selbst bezahlen und sind auf Ergänzungsleistungen angewiesen[1583].

II. Aktuelle Rechtslage

Die Rechte von HeimbewohnerInnen sind in der Schweiz auf verschiedenen Normstufen und föderalen Ebenen geregelt. Die oben dargestellten Probleme

1574 Schneider et al., Helsana-Arzneimittelreport, S. 107.
1575 Schneider et al., Helsana-Arzneimittelreport, S. 110.
1576 AGS, Beers Criteria , S. 2228: «The criteria are intended for use in all ambulatory, acute, and institutionalized settings of care for populations aged 65 and older in the United States, with the exception of hospice and palliative care.».
1577 Holt/Schmiedl/Thürmann, PRISCUS-Liste, S. 543.
1578 Schneider et al., Helsana-Arzneimittelreport, S. 12.
1579 Lexikon der Psychologie, Neuroleptika.
1580 Lexikon der Neurowissenschaft, Benzodiazepine.
1581 NZZ am Sonntag vom 29. Juli 2018: Einsamkeit treibt Senioren in die Sucht.
1582 www.curaviva.ch (Verband Heime und Institutionen Schweiz) > Fachinformationen > Heimeintritt und Aufenthalt > Kosten und Finanzierung (letzter Punkt: Welche Kosten fallen an und wer übernimmt welche Kosten?).
1583 NZZ vom 18. März 2019, S. 25 (Guter Rat für den Pflegefall).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zeigen, dass im Heimbereich zunächst die Grundrechte relevant sind. Das Erwachsenenschutzrecht regelt sodann den Betreuungsvertrag für Urteilsunfähige. Weil der Bund im Bereich des Gesundheitsrechts nur vereinzelt Kompetenzen hat, ist der Heimbereich zu grossen Teilen kantonal und kommunal geregelt.

1. Grundrechtsbindung von Heimen

Wer staatliche Aufgaben wahrnimmt, ist gemäss Art. 35 Abs. 2 BV an die Grundrechte gebunden und verpflichtet, zu ihrer Verwirklichung beizutragen. Die Betreuung von HeimbewohnerInnen in einem Heim mit öffentlich-rechtlicher Trägerschaft ist unzweifelhaft eine staatliche Aufgabe. Die Betreuung von HeimbewohnerInnen in einem Heim, das in der Rechtsform einer privaten Aktiengesellschaft betrieben wird, entspricht ebenfalls staatlichen Aufgabe, wenn die Betreuung aufgrund eines Leistungsauftrags des Kantons erfolgt, nach öffentlich festgelegten Taxen abgerechnet wird und der öffentlichen Aufsicht untersteht[1584]. Es existieren nur wenige private Alters- und Pflegeheime ohne Leistungsauftrag, die überwiegende Mehrzahl ist öffentlich oder privat mit Leistungsauftrag[1585]. Somit erfüllen die meisten Alters- und Pflegeheime eine staatliche Aufgabe und sind dementsprechend an die Grundrechte gebunden. Unklar ist, ob jegliches Angebot medizinischer Pflege der Wahrnehmung einer staatlichen Aufgabe gleichkommt[1586]. Der Staat muss jedoch aufgrund von Art. 35 Abs. 3 BV dafür sorgen, dass die Grundrechte auch in privaten Alters- und Pflegeheimen ohne Leistungsauftrag wirksam werden[1587].

2. Grundrechte

Die Problembeschreibung hat u.a. gezeigt, dass

– Heim-MitarbeiterInnen auch in Fällen, in denen eine Verlegung der HeimbewohnerInnen in ein Spital angezeigt wäre, von einer solchen absehen bzw. so lange davon abraten, bis die betroffenen Personen einer Nichtverlegung zustimmen;

1584 Für den gleich gelagerten Fall der Behandlung von Patienten in einer psychiatrischen Klinik, welche die Rechtsform einer privaten Aktiengesellschaft aufweist: Rütsche, Aufgaben, S. 156, mit Verweis auf BGE 122 I 153 E. 2e S. 156 f.

1585 Cherubini, EMS, S. 36; im Kanton St.Gallen handelt es sich bei 83 von 120 der Betagten- und Pflegeheime, die in die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen sind, um öffentliche Betagten- und Pflegeheime (57) oder um private Betagten- und Pflegeheime mit Leistungsvereinbarung einer Gemeinde (26).

1586 Kley/Segessemann, Langzeiteinrichtungen, S. 227.

1587 Cherubini, EMS, S. 36 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– HeimbewohnerInnen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes häufig nicht reanimiert werden, wobei sie vorgängig nicht über diese Praxis informiert werden;
– HeimbewohnerInnen misshandelt (z.B. geohrfeigt) werden;
– demente HeimbewohnerInnen aus Kostengründen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden;
– demente HeimbewohnerInnen aus Kostengründen sediert werden.

Diese Praxis verletzt zahlreiche Grundrechte:

Das Nichtverlegen von HeimbewohnerInnen in ein Spital trotz medizinischer Notwendigkeit verletzt deren Recht auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) und das Recht auf Gesundheit (Art. 12 UNO-Pakt I). Wenn die Person infolge der Nichtverlegung stirbt, ist darüber hinaus auch das Recht auf Leben (Art 10 Abs. 1 BV, Art. 2 EMRK, Art. 6 UNO-Pakt II) verletzt. Die Nichtvornahme einer medizinisch angezeigten Reanimation ohne vorgängige Aufklärung verletzt das Recht auf Selbstbestimmung (Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 EMRK) und das Recht auf Leben. Die Misshandlung von HeimbewohnerInnen verletzt deren Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 10 Abs. 2 BV). Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit verletzt immer dann, wenn sie einzig aus Kostengründen und nicht zum Schutz der betroffenen Person oder Dritter erfolgt, das Recht auf Bewegungsfreiheit (Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 5 EMRK). Die Sedation von HeimbewohnerInnen aus Kostengründen verletzt deren Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit sowie das Verbot unmenschlicher Behandlung (Art. 10 Abs. 3 BV, Art. 3 EMRK und Art. 7 UNO-Pakt II).

Der ungenügende Schutz von älteren Menschen, die in Alters- oder Pflegeheimen leben, stellt zudem eine Altersdiskriminierung[1588] dar und verletzt dementsprechend das Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV). Eine direkte Altersdiskriminierung würde nur dann vorliegen, wenn unmittelbar am Alter angeknüpft und gestützt darauf eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung erfolgen würde. Eine indirekte Diskriminierung ist demgegenüber dann gegeben, wenn die Benachteiligung an einem neutralen Kriterium anknüpft, welche faktisch aber ausschliesslich oder überwiegend ältere Menschen trifft[1589]. So hat das Bundesgericht in der Praxis einer Gemeinde, geistig behinderte Menschen wegen des fehlenden Willens zur Einbürgerung generell nicht einzubürgern, eine indirekte Diskriminierung erkannt[1590]. Die Gemeinde hat die Nichteinbürgerung nicht mit der Behinderung begründet, ihre Praxis hatte aber zur Folge, dass geistig Behinderte generell nicht eingebürgert wurden. Wenn Menschen in Alters- und Pflegeheimen

1588 § 5, I.
1589 Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte, S. 448.
1590 BGE 139 I 169.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gegenüber Menschen, die zuhause leben, ohne sachliche Gründe benachteiligt werden, stellt dies eine indirekte Altersdiskriminierung dar, weil Menschen in Alters- und Pflegeheimen in der Regel betagt sind. Eine rechtliche Regelung von Alters- und Pflegeheimen, welche die beschriebenen Menschenrechtsverletzungen zulässt, verstösst gegen Art. 8 Abs. 2 BV.

In der Schweiz wurde die Situation in Alters- und Pflegeheimen bisher, soweit ersichtlich, nicht unter dem Aspekt der Altersdiskriminierung betrachtet. In der Studie «Menschenrechtliche Standards bei unfreiwilliger Unterbringung von Menschen in Alters- und Pflegeheimen» des schweizerisches Kompetenzzentrums für Menschenrechte wird der Begriff der Diskriminierung nur im Zusammenhang mit der Behindertenrechtskonvention[1591] und einer Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates zum Recht auf Selbstbestimmung von älteren Personen[1592] erwähnt. In der ausführlicheren Studie des SKMR zu Menschenrechten im Alter ist zwar erwähnt, dass Art. 8 Abs. 2 BV auch das Alter als verpöntes Anknüpfungskriterium nennt[1593], ansonsten finden sich aber auch in dieser Studie nur allgemeine Ausführungen zum Diskriminierungsverbot und eine Zusammenfassung von BGE 138 I 265[1594]. Somit zeigt sich auch in diesen Studien, dass Altersdiskriminierung so verbreitet ist, dass sie häufig gar nicht bewusst als Problem wahrgenommen wird[1595].

In Deutschland, wo die Altersdiskriminierung weder im Grundgesetz noch in den völkerrechtlichen Verpflichtungen explizit erwähnt ist, läuft demgegenüber eine rege Diskussion zur Altersdiskriminierung in Alters- und Pflegeheimen[1596]. Für eine diskriminierungsfreie Pflege müssen sich Pflegeinstitutionen besser auf die Bedarfe der zukünftigen älteren pflegebedürftigen Menschen einrichten[1597].

3. *Erwachsenenschutzrecht*

Das Zivilgesetzbuch enthält sechs Artikel zum Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (Art. 382–387 ZGB). Der Unterabschnitt «Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen» befindet sich im Abschnitt «Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen». Diese Regelung schützt somit nur urteilsunfähige Menschen. Unklar ist, worauf sich die Urteilsfähigkeit konkret beziehen muss. Der Gesetzgeber scheint hier die Relativität der Urteilsfähigkeit ver-

1591 Künzli/Frei/Fernandes-Veerakatty, Unterbringung, S. 2 (Fn. 4).
1592 Künzli/Frei/Fernandes-Veerakatty, Unterbringung, S. 17.
1593 Belser et al., Menschenrechte im Alter, S. 21 f.
1594 Belser et al., Menschenrechte im Alter, S. 22; zur Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Altersdiskriminierung: § 3, II, 1.5.
1595 Siehe dazu Rüegger, Altersdiskriminierung, S. 133.
1596 Vgl. dazu die Dokumentation des Deutschen Instituts für Menschenrechte: Altersdiskriminierung und das Recht Älterer auf Freiheit von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung.
1597 Mahler, Menschenrechte, S. 14.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nachlässigt zu haben und stattdessen von einer allgemein gegebenen oder nicht gegebenen Urteilsfähigkeit ausgegangen zu sein.

3.1. Betreuungsvertrag

Wird eine urteilsunfähige Person für längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut, so muss gemäss Art. 382 Abs. 1 ZGB schriftlich in einem Betreuungsvertrag festgelegt werden, welche Leistungen die Einrichtung erbringt und welches Entgelt dafür geschuldet ist. Die Wünsche der betroffenen Person werden dabei gemäss Abs. 2 «so weit wie möglich» berücksichtigt. Die Zuständigkeit für die Vertretung der urteilsunfähigen Person richtet sich gemäss Abs. 3 sinngemäss nach den Bestimmungen über die Vertretung bei medizinischen Massnahme, d.h. nach der in Art. 378 Abs. 1 ZGB enthaltenen Reihenfolge.

3.2. Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Drei der sechs Artikel betreffend den Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen regeln die Einschränkung der Bewegungsfreiheit. Die Wohn- oder Pflegeeinrichtung darf die Bewegungsfreiheit der urteilsunfähigen Person gemäss Art. 383 Abs. 1 ZGB nur einschränken, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein als ungenügend erscheinen und die Massnahme dazu dient, (1.) eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden; oder (2.) eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen. Absatz 2 hält fest, dass der betroffenen Person vor der Einschränkung der Bewegungsfreiheit erklärt wird, was geschieht, warum die Massnahme angeordnet wurde, wie lange diese voraussichtlich dauert und wer sich während dieser Zeit um sie kümmert. Vorbehalten bleiben Notfallsituationen. In Absatz 3 ist schliesslich festgehalten, dass die Einschränkung der Bewegungsfreiheit so bald wie möglich wieder aufgehoben und auf jeden Fall regelmässig auf ihre Berechtigung hin überprüft wird.

Art. 384 Abs. 1 ZGB verlangt, dass über jede Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit Protokoll geführt wird. Dieses enthält insbesondere den Namen der anordnenden Person, den Zweck, die Art und die Dauer der Massnahme. Nach Absatz 2 wird die zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigte Person über die Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit informiert und sie kann das Protokoll jederzeit einsehen. Ein Einsichtsrecht steht nach Absatz 3 auch den Personen zu, welche die Wohn- oder Pflegeeinrichtung beaufsichtigen.

Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann gemäss Art. 385 Abs. 1 ZGB gegen eine Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit jederzeit schriftlich die Erwachsenenschutzbehörde am Sitz der Einrichtung anrufen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Wenn die Erwachsenenschutzbehörde feststellt, dass die Massnahme nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht, so ändert sie nach Absatz 2 die Massnahme, hebt sie auf oder ordnet eine behördliche Massnahme des Erwachsenenschutzes an. Nötigenfalls benachrichtigt sie die Aufsichtsbehörde der Einrichtung. Absatz 3 hält fest, dass jedes Begehren um Beurteilung durch die Erwachsenenschutzbehörde dieser unverzüglich weitergeleitet werden muss.

3.3. Schutz der Persönlichkeit

Art. 386 ZGB regelt den Schutz der Persönlichkeit. Gemäss Absatz 1 schützt die Wohn- oder Pflegeeinrichtung die Persönlichkeit der urteilsunfähigen Person und fördert so weit wie möglich Kontakte zu Personen ausserhalb der Einrichtung. Wenn sich niemand von ausserhalb der Einrichtung um die betroffene Person kümmert, so benachrichtigt die Wohn- oder Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 die Erwachsenenschutzbehörde. In Absatz 3 wird die freie Arztwahl gewährleistet, «soweit nicht wichtige Gründe dagegen sprechen».

3.4. Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen

In Art. 387 ZGB werden die Kantone dazu verpflichtet, die Wohn- und Pflegeeinrichtungen, in denen urteilsunfähige Personen betreut werden, einer Aufsicht zu unterstellen, soweit nicht durch bundesrechtliche Vorschriften bereits eine Aufsicht gewährleistet ist.

4. Kantonale Regelungen

4.1. Patientenrechte

Für die Regelung der Patientenrechte sind grundsätzlich die Kantone zuständig[1598]. In den meisten Kantonen (AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG) sind Patientenrechte in den Gesundheitsgesetzen enthalten[1599]. In einigen Kantonen sind Patientenrechte zusätzlich (BE, FR, SH, TG, ZG) oder ausschliesslich (OW) in Verordnungen mit Gültigkeit für alle (d.h. nicht nur Spital-) PatientInnen aufgeführt. In den Kantonen Freiburg und Luzern sind Patientenrechte sowohl in den Gesundheits- als auch in den Spitalgesetzen enthalten, im Kanton Zürich ausschliesslich im Patientinnen- und Patientengesetz. In einigen Kantonen (LU, OW, SO, SG) sind

1598 Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli und 12.3207 Steiert, Bern 2015, S. III.
1599 Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, S. 16.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Patientenrechte zudem in den jeweiligen Spitalverordnungen (mit Gültigkeit nur für hospitalisierte Personen) enthalten[1600].

Im Bericht «Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz», den der Bundesrat in Erfüllung von drei gleichlautenden Postulaten[1601] erstellen musste, stehen die Rechte der BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen nicht im Zentrum. Im Abschnitt «Patientenrechte in materieller Hinsicht» werden das Recht auf medizinische Behandlung und Pflege, das Recht auf Schutz der Würde und der Integrität, das Recht auf Aufklärung und Einwilligung, das Recht auf Führung einer Patientendokumentation, auf Einsicht in die Patientendokumentation und auf Schutz medizinischer Personendaten und die Rechte von Patientinnen und Patienten in besonderen Situationen genannt[1602]. Für Menschen in Alters- und Pflegeheimen stehen demgegenüber das Diskriminierungsverbot, des Recht auf Hilfe in Notlagen und das Verbot unmenschlicher Behandlung im Zentrum.

4.2. Heimaufsicht

Das Heimwesen insgesamt und damit auch die Heimaufsicht sind in der Schweiz kantonal geregelt. Nachfolgend wird beispielhaft die Regelung der Heimaufsicht in den Kantonen Bern, Luzern, St.Gallen und Zürich dargestellt.

4.2.1. Bern

Gemäss Art. 67 Abs. 1 des bernischen Sozialhilfegesetzes[1603] stellt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die erforderlichen Angebote für erwachsene Menschen mit einem altersbedingten Pflege- und Betreuungsbedarf bereit. Zu den Angeboten gehören gemäss Abs. 2 lit. b insbesondere die Leistungen von Wohn- und Pflegeheimen. Gestützt auf Art. 65 des Sozialhilfegesetzes (Aufsicht) wurde im Kanton Bern eine Heimverordnung erlassen[1604]. Diese regelt insbesondere die Bewilligungsvoraussetzungen und enthält auch Vorgaben zur Betriebsführung und zur Aufsicht. Gemäss Art. 25 (Rechte der aufgenommenen Personen) Abs. 1 HEV-BE haben die Heimleitung, das Heimpersonal sowie die für Betreuung und Pflege verantwortlichen Personen in privaten Haushalten die Würde, das Selbstbestimmungsrecht und die sexuelle Integrität der aufgenommenen Personen zu achten. Art. 26 HEV-BE hält fest, dass jede aufgenommene Person das Recht hat,

1600 Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, S. 16.
1601 Postulat Kessler Margrit (12.3100): Patientenrechte stärken; Postulat Gilli Yvonne (12.3124): Patientenrechte stärken; Postulat Steiert Jean-François (12.3207): Stärkung der Patientenrechte.
1602 Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz, S. 24 ff.
1603 Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz) vom 11. Juni 2001 des Kantons Bern.
1604 Verordnung über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung) vom 18. September 1996 des Kantons Bern.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sich formlos gegen unangemessene Behandlung zu beschweren. Bei Personen, die ihre Rechte nicht selber wahrnehmen können, steht dieses Recht den ihnen nahestehenden Personen und den mit ihrer gesetzlichen Vertretung betrauten Personen oder Behörden zu. Nach Art. 28 Abs. 1 HEV-BE ist jede aufgenommene Person und gegebenenfalls ihre gesetzliche Vertretung bei Heimeintritt schriftlich auf ihr Beschwerderecht und auf die Möglichkeit einer aufsichtsrechtlichen Anzeige aufmerksam zu machen.

Gemäss Art. 37 Abs. 1 HEV-BE *können* die Aufsichtsbehörden mittels Kontrollbesuchen überprüfen, ob die gesetzlichen Vorschriften und die Bewilligungsauflagen eingehalten werden. Das Alters- und Behindertenamt hat sich die Zielvorgabe gesetzt, dass jedes Heim alle fünf Jahre vor Ort überprüft wird[1605]. Nach Medienberichten wurden in den rund 300 Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern über 100 Mängel festgestellt[1606]. Der Regierungsrat des Kantons Bern lehnt es ab, die festgestellten Mängel publik zu machen[1607]. Er begründet dies mit der Ansicht, dass es sich bei der Mängelliste um besonders schützenswerten Personendaten im Sinne von Art. 3 lit. d des kantonalen Datenschutzgesetzes[1608] handle[1609]. Nach Art. 3 lit. d des bernischen Datenschutzgesetzes handelt es sich bei polizeilichen Ermittlungen, Strafverfahren, Straftaten und die dafür verhängten Strafen oder Massnahmen um besonders schützenswerte Personendaten. Eine Liste von Mängeln, die bei der Überprüfung von Alters- und Pflegeheimen erstellt wird, wird von dieser Bestimmung eindeutig nicht erfasst.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern hat in Form einer Weisung Anforderungen zum Erhalt einer Betriebsbewilligung für Heime erlas-

1605 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern vom 4. April 2018 auf die Motion Schöni Affolter (Transparenz in der institutionellen Alterspflege), S. 2.

1606 Artikel «Missstände – und keiner schaut hin» im Beobachter vom 10. Oktober 2017: «Doch die Mängelliste der Aufsicht, die dem Beobachter nun vorliegt, ist ernüchternd. Sie zeigt vor allem, wie lasch die Kontrolle ist. Obwohl angeblich alles bestens funktioniert, beanstandet der Kanton Bern bei den rund 300 Alters- und Pflegeheimen über 100 Mängel. Die meisten Punkte betreffen die Qualifikation von Heim- und Pflegedienstleistungen.».

1607 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern vom 4. April 2018 auf die Motion Schöni Affolter (Transparenz in der institutionellen Alterspflege), S. 3: «Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass die Aufsicht über die Alters- und Pflegeheime im Kanton Bern in zuverlässiger Form wahrgenommen wird und der Gesundheitsschutz der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen gewährleistet ist. Aus den dargelegten Gründen wird die Veröffentlichung einer Liste aller Alters- und Pflegeheime, welche die gesetzlichen Mindestanforderungen nicht erfüllen, als nicht zielführend erachtet.».

1608 Datenschutzgesetz vom 19. Februar 1986 des Kantons Bern.

1609 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern vom 4. April 2018 auf die Motion Schöni Affolter (Transparenz in der institutionellen Alterspflege), S. 3.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sen[1610]. Hinzu kommen 16 Anhänge mit einem Gesamtumfang von über 200 Seiten[1611].

4.2.2. Luzern

Im Kanton Luzern sind Heime im Betreuungs- und Pflegegesetz (BPG-LU[1612]) geregelt. Die Einzelheiten zu den Bewilligungsvoraussetzungen und zur Aufsicht sind in der Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz (BPV-LU[1613]) geregelt (§ 1b Abs. 3 und § 1d Abs. 1 BPG-LU). Gemäss § 1c Abs. 1 BPV-LU besucht die Dienststelle Soziales und Gesellschaft mindestens alle vier Jahre diejenigen Heime und sonstigen Einrichtungen, die Betagte, Menschen mit Behinderungen oder Betreuungsbedürftige aufnehmen. Sie prüft, ob deren Wohlergehen gewährleistet ist. Nach § 1a Abs. 2 BVP-LU haben Einrichtungen, die mehr als drei Personen aufnehmen, eine prozessorientierte Qualitätssicherung einzurichten, die Aussagen über die Qualität der Betriebsstruktur, der Arbeitsabläufe und der Dienstleistungen ermöglicht.

Für die Einführung dieser Qualitätssicherung hat die Luzerner Altersheimleiter- und -leiterinnen Konferenz (LAK) im Einvernehmen mit Fachverbänden und kantonalen Stellen ein Handbuch erarbeitet[1614]. Das 109-seitige «Handbuch Einführung Q_2008» besteht aus einem Konzept zur Umsetzung der Qualitätssicherung in den Institutionen, einem Terminplan für die Umsetzung, einem Dokument «Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen» sowie

1610 Weisung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom 31. Juli 2018: Anforderungen zum Erhalt einer Betriebsbewilligung für Heime betreffend Vollzug der Artikel 66 und 66a des Sozialhilfegesetzes und der Artikel 7 bis 13 der Heimverordnung.

1611 Anhang 1: Selbstdeklaration Institutionsleitung; Anhang 2: Selbstdeklaration Fachleitung; Anhang 3: Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen IVSE – Rahmenrichtlinien zu den Qualitätsanforderungen vom 1. Dezember 2005; Anhang 4: Interpretationshilfe der SKV IVSE zu den Qualitätsanforderungen an das Fachpersonal in Einrichtungen für erwachsene Personen, Bereich B vom 29. Oktober 2010 mit Ergänzungen des Kantons Bern vom 1. Januar 2013; Anhang 5: Richtlinien betreffend Stellenplan, Qualitätsanforderungen an das Fachpersonal und Fachpersonalquote für erwachsene Personen mit sucht- und psychosozial bedingtem Betreuungsbedarf; Anhang 6: Dokument «Stellenplan Pflege» [auf der Webseite der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern nicht verfügbar]; Anhang 7: Checkliste zum Umgang mit Arzneimitteln; Anhang 8: Richtraumprogramm für Bauten der Invalidenversicherung, BSV/BBL, 1995, revidierte Ausgabe von Juni 2003; Anhang 9: Handbuch für Bauten des Straf- und Massnahmenvollzugs; Anhang 10: Anforderungen an Raumprogramm und Hindernisfreiheit von Institutionen für erwachsene Menschen mit Behinderungen (Bewilligungs- und Anerkennungsvoraussetzungen); Anhang 11: Betriebsbewilligung für stationäre Institutionen für erwachsene Personen mit sucht- und psychosozial bedingtem Betreuungsbedarf, Richtraumprogramm; Anhang 12: Richtraumprogramm für Alters- und Pflegeheime; Anhang 13: Qualitätsstandards zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen; Anhang 14: Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen, Verbandsübergreifende Arbeitsgruppe Prävention; Anhang 15: Konzept zu Palliative Care; Anhang 16: Raumprogramm für Eltern-Kind-Institutionen (Bewilligungsvoraussetzungen).

1612 Betreuungs- und Pflegegesetz vom 13. September 2010 des Kantons Luzern.

1613 Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz vom 30. November 2010 des Kantons Luzern.

1614 Webseite «Qualitätssicherung Pflegeheime» der Dienststelle Soziales und Gesellschaft des Kantons Luzern.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

je einer Broschüre über «Lebensqualität im Heim» und «Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen»[1615]. Grundsätzlich muss jede Institution innert vier Jahren einen adäquaten Stand nachweislicher Qualitätssicherung erreicht haben. Dazu gibt es drei Varianten: Das «Mini Set» für kleinere Institutionen mit bis zu 20 BewohnerInnen in höchstens zwei Gruppen, das «Midi Set» für die Aufbauphase der Qualitätssicherung, oder «wenn damit eine genügende und transparente Aussagekraft generiert werden kann» für die dauernde Verwendung und das «Maxi Set». Dieses «geht von einem Einsatz eines auf dem Markt erhältlichen Qualitätsmanagementsystems mit oder ohne Zertifizierung aus»[1616] . Zusätzlich zum «Handbuch Einführung Q_2008» existiert ein «Leitfaden Q_2016 zu Q-2008». Dieser Leitfaden «nimmt ein paar Veränderungen auf, ohne dabei substanzielle Teile des Handbuches zu tangieren»[1617].

Sowohl das Betreuungs- und Pflegegesetz als auch die zugehörige Verordnung enthalten kein Beschwerderecht der beherbergten, betreuten und gepflegten Personen.

4.2.3. St.Gallen

Im Kanton St.Gallen sind die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in Art. 30a des Sozialhilfegesetzes (SHG-SG[1618]) aufgelistet. Diese Mindestanforderungen gelten gestützt auf Art. 2 der Verordnung über private Betagten- und Pflegeheime[1619] auch als Bewilligungsvoraussetzungen für diese. Gestützt auf Art. 35a des Sozialhilfegesetzes (Qualitative Mindestanforderungen) wurde zudem die Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte (PQV-SG[1620]) erlassen. Diese gilt gemäss Art. 1 Abs. 1 PQV-SG für stationäre Einrichtungen, die von öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder von privaten Institutionen mit Leistungsvereinbarung betrieben werden.

Private Betagten- und Pflegeheime werden gemäss Art. 33 des Sozialhilfegesetzes von der zuständigen Stelle der Gemeinde beaufsichtigt, soweit eine Leistungsvereinbarung vorliegt. Die zuständige Stelle des Staates (Kanton) beaufsichtigt die übrigen (privaten) Heime.

Über öffentliche Betagten- und Pflegeheime sowie über private Einrichtungen mit einer Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde übt gemäss Webseite der

1615 Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz, Handbuch Einführung Q_2008.
1616 Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz, Handbuch Einführung Q_2008, S. 10 f. (Konzept, S. 4 f.).
1617 LAK/CURAVIVA, Leitfaden Q_2016 zu Q-2008.
1618 Sozialhilfegesetz vom 27. September 1998 des Kantons St.Gallen.
1619 Verordnung über private Betagten- und Pflegeheime vom 3. Februar 2004 des Kantons St.Gallen.
1620 Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte vom 10. November 2015 des Kantons St.Gallen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

(kantonalen) Abteilung Alter die jeweilige Standortgemeinde die Aufsicht aus[1621]. Der Gesetzesartikel, auf den die Webseite verweist (Art. 33 SHG-SG), befindet sich jedoch im Abschnitt zu privaten Betagten- und Pflegeheimen (Art. 32 ff. SHG-SG). Damit bleibt unklar, ob öffentliche Betagten- und Pflegeheime beaufsichtigt werden. Art. 30a Abs. 2 lit. f SHG und Art. 5 der Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte sehen nur eine interne Aufsicht vor. Für private Heime ohne Leistungsvereinbarung liegt die Aufsicht gemäss Art. 33 Abs. 1 SHG-SG i.V.m. Art. 10 der Verordnung über private Betagten- und Pflegeheime beim kantonalen Amt für Soziales. Dieses führt nach Art. 11 Abs. 1 lit. c der Verordnung auch Kontrollen durch. Weder das Sozialhilfegesetz noch die Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte sehen vor, dass in öffentlichen Betagten- und Pflegeheimen Kontrollen durchgeführt werden. Aus der kantonalen Webseite zur Aufsicht über die Betagten- und Pflegeheime geht hervor, dass sich der Kanton erst in vierter Linie zuständig fühlt (Aufsichtsebene 1: Individuelle Aufsicht, Bewohnende oder die gesetzliche Vertretung; Aufsichtsebene 2: Fachspezifische Aufsicht, Leitung der Einrichtung; Aufsichtsebene 3: Interne Aufsicht, Leitendes Organ der Trägerschaft; Aufsichtsebene 4: Staatliche Aufsicht, Amt für Soziales, Kanton St.Gallen)[1622].

Die Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte enthält Vorgaben zum Betriebskonzept, zum Personal und zur Infrastruktur. In Art. 11 Abs. 1 PQV-SG sind Mindestanforderungen zur Anzahl der Mitarbeitenden in Pflegeheimen enthalten. Von den Stellenprozenten, über die eine Einrichtung wenigstens verfügen muss, müssen gemäss Art. 11 Abs. 2 PQV-SG wenigstens 40 Prozent von Fachpersonal und wenigstens 10 Prozent von Fachpersonal mit Abschluss in Pflege auf Tertiärstufe besetzt sein.

Die Fachkommission für Altersfragen des Kantons St.Gallen hat sodann Richtlinien zu den Qualitätsanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte erlassen[1623]. Diese enthalten nach den Grundlagen (Führung und Organisation, Finanzen, Pflege- und Betreuungskonzept, Qualitätsentwicklung und -sicherung) Vorgaben zum Personal, zu Pflege und Betreuung, zu Verpflegung und Hauswirtschaft, zu Sicherheit und Hygiene sowie zu Bauten und Ausstattung.

1621 www.sg.ch → Soziales → Alter → Betagten- und Pflegeheime → Aufsicht.
1622 www.sg.ch > Soziales > Alter > Betagten- und Pflegeheime > Aufsicht.
1623 Richtlinien der Fachkommission für Altersfragen des Kantons St.Gallen zu den Qualitätsanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4.2.4. Zürich

Im Kanton Zürich sind Alters- und Pflegeheime im Gesundheitsgesetz (GesG-ZH[1624]) und im Pflegegesetz[1625] geregelt. Die Bewilligungsvoraussetzungen für Altersheime, Alters- und Pflegeheime sowie Pflegeheime (§ 35 Abs. 2 lit. b GesG-ZH) sind in § 36 Abs. 1 GesG-ZH aufgelistet. Die Bewilligung wird demnach erteilt, wenn die Institution den angebotenen Leistungen entsprechend eingerichtet ist, über das für eine fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal verfügt, der Gesundheitsdirektion des Kantons eine gesamtverantwortliche Leitung bezeichnet hat und der Direktion ein Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung bezeichnet hat, das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich ist. Altersheime, Alters- und Pflegeheime, Pflegeheime sowie die Spitex-Institutionen unterstehen gemäss § 37 Abs. 1 GesG-ZH der gesundheitspolizeilichen Aufsicht des Bezirksrates und der gesundheitspolizeilichen Oberaufsicht der Direktion. Diese Bestimmung sieht auch vor, dass der Bezirksrat der Direktion jährlich Bericht erstattet. Die Gesundheitsdirektion und der Bezirksrat können gemäss § 59 Abs. 2 und 3 GesG-ZH jederzeit unangemeldet Kontrollen und Inspektionen durchzuführen.

Das Pflegegesetz regelt das Angebot und die Finanzierung der stationären und ambulanten Pflegeversorgung und enthält keine Bestimmungen zur Heimaufsicht.

Gemäss § 10 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegeversorgung[1626] stellen die Gemeinden sicher, dass die LeistungserbringerInnen das Patientinnen- und Patientengesetz[1627] beachten, die Persönlichkeit und die Privatsphäre der Leistungsbezügerinnen und -bezüger schützen und dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Gleichbehandlungsgebot sowie dem Informations- und Sicherheitsbedürfnis der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gebührend Rechnung tragen. Zudem ist in § 11 der Verordnung das Vorgehen bei Beschimpfung, Bedrohung, Belästigung oder anderweitiger Gefährdung durch LeistungsbezügerInnen geregelt, nicht aber das Vorgehen bei ähnlichen Handlungen vonseiten der LeistungserbringerInnen. Das Patientinnen- und Patientengesetz gilt gemäss § 1 Abs. 1 bei der *medizinischen* Versorgung von Patientinnen und Patienten und enthält keine Bestimmungen zur Heimaufsicht.

Die in § 36 GesG-ZH aufgeführten Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution sind in einem Merkblatt der Gesund-

1624 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 des Kantons Zürich.
1625 Pflegegesetz vom 27. September 2010 des Kantons Zürich.
1626 Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 des Kantons Zürich.
1627 Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 des Kantons Zürich.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heitsdirektion des Kantons Zürich konkretisiert[1628]. Dieses enthält unter anderem Vorgaben zur Infrastruktur und zum Personal, darunter auch einen qualitativen Mindeststellenplan Pflege und Betreuung. Dieser sieht allerdings lediglich Mindestanteile vor. So müssen zum Beispiel mindestens 50 Prozent des Gesamtstellenplanes für die Pflege und pflegerische Betreuung durch Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit bzw. Fachpersonen Betreuung mit Schwerpunkt Betagtenbetreuung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis abgedeckt sein[1629].

III. Regelungsbedarf

1. Menschenrechtliche Anforderungen

Das Diskriminierungsverbot verlangt, dass Menschen in Alters- und Pflegeheimen der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht erschwert werden darf[1630]. Weil in Alters- und Pflegeheimen in der Regel ältere Menschen wohnen, stellt der erschwerte Zugang dieser Gruppe zu medizinischen Leistungen eine indirekte Altersdiskriminierung dar: Die Ungleichbehandlung knüpft nicht direkt am Alter an, sondern an der Tatsache, dass die Betroffenen in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen. Weil in Alters- und Pflegeheimen überwiegend ältere Menschen wohnen, handelt es sich um eine indirekte Altersdiskriminierung.

Wenn Menschen in Alters- und Pflegeheimen daran gehindert werden, bei gesundheitlichen Problemen in ein Spital überzutreten, ist nicht nur das Diskriminierungsverbot, sondern auch eine Kernverpflichtung des Rechts auf Gesundheit verletzt. Eine der Kernverpflichtungen des Rechts auf Gesundheit verlangt einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen[1631]. Im Unterschied zu den programmatischen Elementen sind die Kernverpflichtungen des Rechts auf Gesundheit justiziabel[1632].

2. Notwendigkeit einer Regelung

Die ungenügende medizinische Versorgung von älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen verletzt in verschiedener Hinsicht deren Menschenrechte. Um diesen Missstand zu beheben, erscheinen Regelungen in verschiedenen Bereichen als notwendig.

1628 Merkblatt der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich betreffend Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution (Alters- und Pflegeheim, Pflegeheim, Pflegewohnung).
1629 Merkblatt der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich betreffend Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution, Ziff. 5.2.
1630 Ergebnisse 2. Teil, II (Schlussfolgerungen).
1631 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14, Ziff. 43 lit. a.
1632 § 9, II (Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit); Rütsche, Rechte von Ungeborenen, S. 212.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

IV. Regelungsvorschläge

1. *Gesetzlicher Schutz vor Altersdiskriminierung*

Während zum Schutz vor Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts und aufgrund von Behinderungen je ein eigenes Gesetz erlassen wurde[1633], gilt dies nicht für den Schutz vor Altersdiskriminierung. Ein Blick in die Rechtsprechung zur Altersdiskriminierung zeigt, dass gegen diese Form der Diskriminierung fast ausschliesslich im Arbeitsrecht bzw. im Rahmen von Altersgrenzen für politische Ämter gerichtlich vorgegangen wird[1634]. Abhilfe könnte ein gesetzlich verankerter Schutz vor Altersdiskriminierung schaffen. Ein solcher wurde auch vom Menschenrechtskommissar des Europarats in seinem Bericht zur Schweiz gefordert[1635]. Er schlägt vor, den Schutz vor Altersdiskriminierung im ZGB zu verankern[1636].

2. *Informationen beim Heimeintritt*

2.1. *Regelung des Reanimationsstatus*

Alters- und Pflegeheime müssen verpflichtet werden, über die notwendige Infrastruktur für die Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation zu verfügen. BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen sollten beim Eintritt standardmässig danach gefragt werden, ob sie im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes eine kardiopulmonale Reanimation wünschen oder nicht. Vor dieser Festlegung müssen sie in einem ausführlichen Gespräch mit einer ÄrztIn, auf Wunsch im Beisein ihrer Angehörigen, über die Erfolgsaussichten von Reanimationsversuchen informiert werden. Die für dieses Gespräch eingesetzte Zeit muss via Tarmed entschädigt werden.

1633 Bundesgesetz über die Gleichstellung von Frau und Mann (Gleichstellungsgesetz, GlG); Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG).

1634 § 5, I, 5 (Rechtsprechung des Bundesgerichts).

1635 Rapport par Nils Muižnieks, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, suite à la visite en Suisse du 22 au 24 mai 2017, Ziff. 38: «Le Commissaire recommande donc aux autorités suisses de renforcer en droit civil et administratif la protection des victimes de discrimination en complétant la législation pour lutter contre la discrimination de façon à ce qu'elle s'applique, notamment dans les relations entre personnes de droit privé, pour toute forme de discrimination, y compris sur la base de l'âge».

1636 Rapport par Nils Muižnieks, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, suite à la visite en Suisse du 22 au 24 mai 2017, Ziff. 38: «Cela pourrait comprendre le fait: d'inclure une disposition générale d'interdiction de la discrimination directe et indirecte dans le code civil».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2.2. *Angebot zum Erarbeiten einer Patientenverfügung*

Alters- und Pflegeheime müssen verpflichtet werden, ihren BewohnerInnen beim Eintritt ein Gespräch zum Thema Patientenverfügung und Advance Care Planning anzubieten. Im Unterschied zur Regelung im Kanton Zürich, die lediglich zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung verpflichtet[1637], muss unabhängig vom Bestehen oder Nichtbestehen einer Verfügung ein ausführliches Gespräch zu diesem Thema angeboten werden. Die für dieses Gespräch eingesetzte Zeit ist via Tarmed zu entschädigen.

3. *ZGB-Regelung der Wohn- und Pflegeeinrichtungen*

Der Anwendungsbereich des ZGB-Unterabschnitts «Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen» (Art. 382 ff. ZGB) muss dahingehend ausgeweitet werden, dass Menschen unabhängig vom Kriterium der Urteilsfähigkeit geschützt werden. Einzig bei Art. 382 Abs. 3 (Zuständigkeit für die Vertretung der urteilsunfähigen Person beim Abschluss des Betreuungsvertrags) ist sachlich begründbar, weshalb die Bestimmung nur für Urteilsunfähige gilt. Bei allen anderen Regelungen (Betreuungsvertrag, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Schutz der Persönlichkeit sowie Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen) ist diese Einschränkung willkürlich.

4. *Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen*

Zusätzlich zur Ausdehnung der ZGB-Regelung betreffend den Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen ist Art. 387 ZGB dahingehend anzupassen, dass die Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen dazu beiträgt, die dargestellten Missstände aufzudecken und in Zukunft zu verhindern. Die kantonalen Regelungen sind so unübersichtlich und teilweise unklar, dass die Aufsicht den damit verfolgten Zweck, namentlich den Schutz der Menschen in Alters- und Pflegeheimen, nicht erfüllt. Daher sind konkrete Mindestvorgaben auf Bundesebene notwendig. Art. 387 ZGB ist dementsprechend mit Vorgaben zur Umsetzung der Heimaufsicht zu ergänzen. Es braucht Mindestvorgaben zur Personalausstat-

1637 § 7 Abs. 3 lit. a des Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 des Kantons Zürich: «Urteilsfähige Patientinnen und Patienten werden beim Eintritt gefragt, ob sie eine Patientenverfügung erlassen haben».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tung[1638] wie sie z.B. im Kanton St.Gallen bereits existieren[1639], und konkrete Vorgaben für Kontrollbesuche. Diese müssen in allen Heimen und mindestens einmal pro Jahr ohne Vorankündigung durchgeführt werden. Menschenrechtsverstösse müssen dokumentiert, publiziert und sanktioniert werden. Art. 378 ZGB ist mit diesen Vorgaben oder mit einer Kompetenz zur Regelung auf Verordnungsebene zu ergänzen.

5. Ausstattung der Folterverhütungskommission

Nach Art. 12 des Bundesgesetzes über die Kommission zur Verhütung von Folter kommt der Bund für die Mittel auf, welche die Kommission für ihre Arbeit benötigt. Zu dieser Arbeit gehören gemäss Art. 2 lit. a die regelmässige Überprüfung der Situation von Personen, denen die Freiheit entzogen ist, und der regelmässige Besuch aller Orte, an denen sich diese Personen befinden oder befinden könnten. Aus dem Tätigkeitsbericht 2016 der Kommission geht hervor, dass die zur Verfügung stehenden Mittel für die ihr übertragenen Aufgaben nicht nur ungenügend, sondern sogar gekürzt worden sind[1640]. Indem der Bund der Kommission weniger als die für ihre Arbeit benötigten Mittel zur Verfügung stellt, verletzt er Art. 12 des Bundesgesetzes. In diesem Bereich besteht somit kein Regelungs-, sondern vielmehr Umsetzungsbedarf. Wenn die bestehende Regelung umgesetzt wird, erhält die Kommission die notwendigen Mittel, um alle Orte zu besuchen, an denen sich Personen befinden könnten, denen die Freiheit entzogen ist. Dazu gehören auch die Alters- und Pflegeheime.

§ 14 Palliative Care

I. Problembeschreibung

Sowohl in der Fachwelt[1641] als auch in der Bevölkerung[1642] besteht Einigkeit darüber, dass jeder Mensch am Lebensende Zugang zu Palliative Care haben soll. Die Versorgung mit Palliative Care scheitert jedoch häufig am fehlenden

1638 Wangmo/Nordström/Kressig, Elder abuse, S. 389: «For instance, almost everyone said that hiring more (and motivated) care providers would allow better care provision. Participants believed that more care providers will give them enough time to properly fulfill their responsibilities and fewer abuse and neglect will occur.».

1639 Art. 11 Abs. 1 der Verordnung des Kantons St.Gallen vom 10. November 2015 über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte.

1640 NKVF, Tätigkeitsbericht 2016, S. 9.

1641 palliative.ch → Über uns → Fachgesellschaft.

1642 Stettler/Bischof/Bannwart, Bevölkerungsbefragung, S. 19: «mehr als 4 von 5 Personen (83%) der Meinung sind, dass Palliative Care allen schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz zur Verfügung stehen sollte ('sicher' oder 'eher ja').».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Fachwissen oder an der Finanzierung. Die sozial-empirische Studie hat gezeigt, dass sich ÄrztInnen, die nicht auf Palliative Care spezialisiert sind, in Palliative Care wenig auskennen. Es kommt auch vor, dass ein mobiler Palliativdienst nicht hinzugezogen wird, weil einzelne Akteure nicht zugestehen wollen, dass ihnen das Fachwissen fehlt. Nachfolgend werden zu diesem Thema exemplarisch einige Interviewstellen aus der sozial-empirischen Studie aufgeführt:

– Leiterin Palliativpflege in einem Sterbehospiz, 50–60 J. (Interview Nr. 7): «manchmal wäre es auch schön, wir hätten einen Palliativmediziner, aber da fehlt halt definitiv auch das Geld, damit wir jetzt einen Arzt fest anstellen könnten, hätte sicher auch zu wenig zu tun, aber ehm die Hausärzte sind halt oft nicht so gut geschult in dem, und dann muss man immer auch mit ihnen schauen.»
– Pflegefachperson und Leitung Pflege in einem Alters- und Pflegeheim, 40–50 J. (Interview Nr. 21): «Und der Hausarzt, es gibt auch noch solche Ärzte, die noch nicht auf dem neusten Stand sind, was Palliative Care betrifft. Dass wir wirklich sagen, nein, diese Infusion, das würde einfach mehr schaden und da geht's nicht nur um Wissensvermittlung, sondern auch um Überzeugungsarbeit und das müssen wir irgendwie mit den Angehörigen machen und mit dem Arzt.»
– Pflegefachperson Nephrologie in einem Privatspital, 30–40 J. (Interview Nr. 16): «Donc ça aussi, les soins palliatifs, donc ça s'appelle [nom de l'institution], ils ont toute une équipe mobile qui est à disposition des équipes, on peut les appeler on peut leur demander que leurs médecins viennent nous faire une consultation etc. mais les médecins sont très très peu demandeurs, comme si pour eux c'était humiliant de reconnaître qu'ils ne savent pas.»
– Pflegefachperson in chirurgischer Klinik in einem Kantonsspital, 30–40 J. (Interview Nr. 12): «wir konnten auch anrufen, nachfragen, was würdet ihr, was könnte man ihm noch bieten, oder mit dieser ganzen Frage, Anordnungen von Morphiumabgabe, wie viel, oder, das ist auch immer das Problem (lachend) dass man bei uns damit sehr zurückhaltend ist und die Palliativabteilung sagte ganz klar: ja.»

Auch die fehlende Finanzierung für Leistungen der Palliative Care wurde in den Interviews angesprochen:

– Leitender Arzt Palliative Care in einem grösseren Spital, 30–40 J. (Interview Nr. 3): «es hat leider auch da völlig verkehrte finanzielle Anreize, weil, sowohl zu Hause, als auch in einem Hospiz, also in einem Pflegeheim, müssen Patienten und Angehörige sehr viel selber finanzieren, also so ein Hospiz oder Pflegheim kostet Grössenordnung… 30'000 Franken im Monat und das [Spital] ist gratis. Aber wirklich gratis. Und zu Hause eine Pflege rund um die Uhr ist auch sehr teuer. Also da sind halt die Anreize wirklich völlig falsch gesetzt».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– Pflegefachperson Palliative Care in einer Palliativspitex, 50–60 J. (Interview Nr. 36): «Aber das ist natürlich für die Krankenkassen nicht so, weil die bezahlen mehr bei der Spitex. Die müssen dann vielleicht mehr übernehmen als 82 Franken am Tag. Und im Heim haben sie einfach das und der Rest ist subventioniert, oder. Und darum schaut die Krankenkasse schon schwierig, wenn sie zu viele Stunden Pflege brauchen zu Hause.»

Die ungenügende Finanzierung von Palliative Care in Pflegeheimen führt dazu, dass Personen, die spezialisierte Palliative Care in einer Langzeitpflegeeinrichtung benötigen, aufgrund mangelnder personeller und materieller Ressourcen der Eintritt in ein Pflegeheim verweigert wird[1643]. Die ungenügende Finanzierung von Palliativspitex führt dazu, dass sich PatientInnen nicht selten für eine Hospitalisation entscheiden, um ihrer Familie Sorgen zu ersparen und die finanzielle Belastung zu verringern[1644].

Bereits im Jahr 2012 haben das BAG und die GDK in der Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015 festgehalten, dass der Aufwand für die Pflege von PalliativpatientInnen die in Art. 7a KLV festgehaltene höchste Pflegebedarfsstufe (220 Minuten pro 24 Stunden) überschreitet. Es gibt Pflegesituationen, die mehr als 1000 Pflegeminuten pro Tag erfordern[1645]. Die Strategie hielt dazu fest: «Dieser Einwand soll im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden.»[1646] Art. 7a KLV wurde seither in diesem Punkt nicht angepasst, d.h. die höchste Pflegebedarfsstufe liegt unverändert bei 220 Minuten pro 24 Stunden.

Als Folge des DRG-Systems behalten Spitäler PalliativpatientInnen so lange bei sich, bis die Fallpauschale ideal ausgenutzt ist. Danach werden die PatientInnen verlegt[1647].

Aufgrund einer per 1. Januar 2018 erfolgten Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung werden Leistungen für Palliative Care zuhause kaum mehr entschädigt. In den Worten eines Palliativmediziners: «Dort, wo 73 Prozent der Schweizer Bevölkerung ihren letzten Lebensabschnitt verbringen möchten, nämlich zu Hause, kann mit dem Tarif, der ab 1.1.18 gilt, keine Palliativmedizin mehr angeboten werden.»[1648] Eine im Vorfeld beim BAG eingereichte Stellungnahme von palliative ch hat offenbar keine Wirkung gezeigt[1649].

1643 BAG/GDK, Finanzierung, S. 7.
1644 BAG/GDK, Finanzierung, S. 6.
1645 Laurent/Bourgeois/Matthys, Reconnaissance, S. 53.
1646 BAG/GDK, Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, S. 32.
1647 Artikel auf medinside.ch vom 1. Februar 2019: «Wir müssen Sterbende oft verlegen, weil die Fallpauschale aufgebraucht ist».
1648 Artikel auf palliative.ch vom 29. November 2017: Am Lebensende zuhause gut betreut sein: Das Ziel rückt weiter in die Ferne.
1649 palliative ch, Stellungnahme vom 13. Juni 2017 zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung: «Es ist nicht nachvollziehbar und in keiner Weise begründbar, warum eine Konsultation maximal 20 Minuten dauern

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Aktuelle Rechtslage

1. *Palliative Care als Menschenrechtsanspruch*

Sowohl aus dem Recht auf Gesundheit[1650] (Art. 12 UNO-Pakt I) als auch aus dem Recht auf Hilfe in Notlagen[1651] (Art. 12 BV) fliesst ein Anspruch auf Palliative Care. Palliative Care wird im General Comment zu Art. 12 UNO-Pakt I explizit erwähnt[1652] und gilt als zentrale Komponente des Rechts auf Gesundheit[1653]. Das in der Bundesverfassung verankerte Recht auf Hilfe in Notlagen beinhaltet unbestrittenermassen auch einen Anspruch auf Hilfe in medizinischen Notlagen. Die herrschende Lehre zu Art. 12 BV lehnt die Reduktion dieses Anspruchs auf eine Lazarettmedizin ab[1654] und bejaht damit auch einen Anspruch auf Palliative Care[1655]. Ferner hat auch die parlamentarische Versammlung der Europarats festgehalten, dass Mitgliedstaaten das Recht auf Palliative Care anerkennen sollen[1656]. Der Anspruch auf Palliative Care steht im Schnittpunkt mehrerer Menschenrechte[1657]. Neben dem bereits erwähnten Recht auf Gesundheit und dem Recht auf Hilfe in Notlagen sind auch die Meinungsäusserungsfreiheit, das Recht auf Ehe und Familie, die Religionsfreiheit und das Verbot unmenschlicher Behandlung unmittelbar relevant[1658].

2. *Ausbildung in Palliative Care*

Palliative Care wird durch zahlreiche Berufsgruppen erbracht, im Zentrum stehen jedoch die ärztlichen und die pflegerischen Leistungen. Die folgenden Aus-

---

darf und für Gespräche mit Angehörigen, Betreuungspersonen, Therapeuten, Behörden und Versicherern höchstens noch 30 Minuten alle 3 Monate aufgewendet werden können. Unsinnig ist zudem die Halbierung der letzten 5 Minuten.».

1650 § 9 (Recht auf Gesundheit).

1651 § 8 (Recht auf Hilfe in Notlagen).

1652 UNO-Ausschuss für WSK-Rechte, General comment No. 14 , Ziff. 34: «In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons [...] to preventive, curative and palliative health services;».

1653 Brennan, Palliative Care, S. 495; Ezer/Lohman/de Luca, Palliative Care, S. 163; Lombard, Palliative Care, S. 112 f.; Negri, Universal Human Rights, S. 26 f.

1654 Belser/Waldmann, Nothilfe, S. 56; Blum-Schneider, Kinder, S. 73 f.; Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 633; Coullery, Leistungskatalog, S. 385 f.; Gächter, Grenzen, S. 483; Gächter/Filippo, Grundversorgungsartikel, S. 87; Müller, St.Galler Kommentar, Art. 12 N 29.

1655 Coullery, Grundrechtsanspruch, S. 634.

1656 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Recommendation 1418 (1999) , Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Ziff. 9: «The Assembly therefore recommends that the Committee of Ministers encourage the member states of the Council of Europe to respect and protect the dignity of terminally ill or dying persons in all respects: a. by recognising and protecting a terminally ill or dying person's right to comprehensive palliative care [...]».

1657 Bielefeldt, Lebensende, S. 61.

1658 Bielefeldt, Lebensende, Fn. 47 i.V.m. S. 53 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

führungen zur Regelung der Ausbildung in Palliative Care beschränken sich deshalb auf diese beiden Berufsgruppen.

2.1. *Ärztliche Aus- und Weiterbildung*

In Art. 6 des Medizinalberufegesetzes werden die Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten der AbsolventInnen universitärer Medizinalstudiengänge aufgelistet. Gemäss Art. 6 Abs. 1 lit. a MedBG verfügen die Absolventinnen und Absolventen über die wissenschaftlichen Grundlagen, die für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen erforderlich sind. Bei den berufsspezifischen Ausbildungszielen für die Humanmedizin, Zahnmedizin und Chiropraktik (Art. 8 MedBG) wird Palliative Care (im Unterschied z.B. zur Komplementärmedizin) jedoch nicht erwähnt.

Die Lernziele des Humanmedizinstudiums sind im Lernzielkatalog PROFILES aufgelistet[1659]. Dieser enthält im Teil «Situations as Starting Points» (SSP) einen Abschnitt zu Palliative Care. In diesem sind die folgenden fünf SSPs aufgelistet[1660]:

1. caregivers' fatigue, loss of energy
2. change in treatment goals and end-of-life decisions
3. holistic care of the dying patient
4. management of refractory symptoms (pain, nausea)
5. need for psychosocial and spiritual support of all involved individuals

Bei den Zielen der Weiterbildung hält das Medizinalberufegesetz fest, dass die Weiterbildung die AbsolventInnen dazu befähigt, die Patientinnen und Patienten bis zum Lebensende zu begleiten (Art. 17 Abs. 2 lit. c MedBG).

Die Medizinalberufeverordnung listet 46 Fächer bzw. Weiterbildungsbereiche auf, für die ein Facharzttitel erlangt werden kann[1661]. Die Palliativmedizin gehört nicht dazu. Es existiert jedoch ein interdisziplinärer Schwerpunkt Palliativmedizin, mit dem ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen dokumentieren können, dass sie sich durch eine gezielte Weiterbildung vertiefte Kenntnisse in Palliativmedizin angeeignet haben[1662]. Das schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung hat ein entsprechendes «Programm» genehmigt, das die Voraussetzungen für den Erwerb des interdisziplinären Schwerpunktes sowie die Dauer,

1659 Art. 3 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die eidgenössischen Prüfungen der universitären Medizinalberufe (Prüfungsverordnung MedBG).

1660 Michaud/Jucker-Kupper, Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland (PROFILES) , Bern 2017, S. 33 f.

1661 Anhang 1 zur Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung, MedBV).

1662 Siehe Art. 50 Abs. 3 und Anhang der Weiterbildungsordnung des schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

die Gliederung und den Inhalt der Weiterbildung regelt[1663]. Im 17-seitigen Anhang zu diesem Programm werden die Kompetenzen für PalliativmedizinerInnen aufgeführt[1664].

2.2. *Pflegerische Ausbildung*

Am 1. Februar 2020 ist das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG) in Kraft getreten[1665]. Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf die Regelung der pflegerischen Ausbildung ab diesem Zeitpunkt.

Als Gesundheitsberuf nach dem Gesundheitsberufegesetz gilt u.a. der Beruf Pflegefachfrau und Pflegefachmann (Art. 2 Abs. 1 lit. a GesBG). Das Gesundheitsberufegesetz regelt dementsprechend die Kompetenzen von AbsolventInnen des Bachelorstudiengangs in Pflege (Art. 2 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 GesBG). In Art. 3 des Gesundheitsberufegesetzes sind die allgemeinen Kompetenzen aufgelistet. Gemäss Art. 3 Abs. 2 lit. e GesBG verfügen die AbsolventInnen der in diesem Gesetz geregelten Studiengänge über die Kenntnisse, die für präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und palliative Massnahmen erforderlich sind.

Das Ausführungsrecht zum Gesundheitsberufegesetz umfasst eine Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe GesBG (Gesundheitsberufekompetenzverordnung), eine Verordnung über das Register der Gesundheitsberufe (Registerverordnung GesBG) und eine Verordnung über die Anerkennung und die Gleichstellung von Bildungsabschlüssen in den Gesundheitsberufen nach dem GesBG (Gesundheitsberufeanerkennungsverordnung, GesBAV)[1666]. Die Gesundheitsberufekompetenzverordnung legt fest, dass AbsolventInnen eines Bachelorstudiengangs in Pflege fähig sein müssen, zu Menschen in präventiven, therapeutischen, rehabilitativen oder palliativen Situationen eine patientenzentrierte und fürsorgliche Beziehung gemäss pflegeethischen Prinzipien aufzubauen, die den Pflegeprozess wirksam unterstützt (Art. 2 lit. h Gesundheitsberufekompetenzverordnung).

3. *Finanzierung von Palliative Care*

Die Finanzierung von Palliative Care ist für die verschiedenen Sektoren (Spital / Ambulant / Langzeit) und die verschiedenen LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen / Pflegefachpersonen) unterschiedlich geregelt: Im stationären Bereich wird Palliative Care in der Regel via KVG über Fallpauschalen entschädigt. Im am-

1663 SIWF, Programm Palliativmedizin vom 1. Januar 2016.
1664 SIWF, Anhang 1 zum Programm Palliativmedizin (Kompetenzen für Palliativmediziner).
1665 AS 2020 57, S. 70.
1666 Webseite des BAG zum Projekt Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe GesBG.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bulanten Bereich wird die Vergütung in erster Linie durch den Tarif für ambulante ärztliche Leistungen (Tarmed) geregelt. Im Langzeitbereich besteht eine Kombination aus KVG, kantonalen Beiträgen und von PatientInnen zu tragenden Kosten. Die Finanzierung von Palliative Care ist in der Schweiz so komplex ausgestaltet, dass die entsprechende Broschüre des Bundesamts für Gesundheit und der Gesundheitsdirektorenkonferenz 60 Seiten umfasst[1667].

3.1. Palliative Care im Spital

Im stationären Bereich (spezialisierte Palliativstationen und -kliniken sowie allgemeine Palliative Care auf anderen Stationen) wird Palliative Care via Krankenversicherungsgesetz entschädigt. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Im KVG ist der Begriff der Palliative Care zwar nicht explizit erwähnt und es bestehen keine spezifischen Leistungs- oder Finanzierungsregelungen. Im Rahmen der Palliative Care erbrachte Leistungen werden jeweils dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, wenn es sich um KVG-Pflichtleistungen handelt[1668]. In Bezug auf die Leistungen der ÄrztInnen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, ist die Finanzierung wegen des offenen Leistungskatalogs des KVG gesichert[1669]. Demgegenüber werden auf ärztliche Anordnung erbrachte Leistungen anderer Berufsgruppen nur dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, wenn sie in den Positivlisten der Art. 5–12 KLV aufgeführt sind.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist für eine stationäre Spitalbehandlung leistungspflichtig, wenn eine Krankheit vorliegt, die eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht[1670]. Nach der Rechtsprechung dauert die Akutphase in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist[1671]. Bei Palliative Care ist eine Verbesserung der Gesundheit in Richtung Genesung jedoch per Definition ausgeschlossen, sie wird gar nicht erst angestrebt. Deshalb kommt es immer wieder vor, dass Krankenkassen die Vergütung für einen Spitalaufenthalt auf einer Palliative-Care-Abteilung ablehnen. In einem der wenigen Fälle, in denen gegen eine solche Nichtvergütung prozessiert wurde, hat das Bundesgericht festgehalten, dass das auf kurative Behandlungen gemünzte Erfordernis der Gesundheitsverbesserung im Bereich der

1667 BAG/GDK, Finanzierung.
1668 BAG/GDK, Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012, S. 28.
1669 BAG/GDK, Finanzierung, S. 13.
1670 BGE 126 V 323 E. 2b.
1671 Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2010 vom 18. August 2010, E. 2.1.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Spitalbehandlung und Betreuung von kranken Menschen ohne oder mit unklarer Heilungsaussicht (Palliative Care) nicht herangezogen werden kann[1672].

Das KVG kennt den Begriff der chronisch kranken Person nicht, sondern unterscheidet zwischen der Behandlung von Langzeit- oder PflegeheimpatientInnen auf der einen und akuter Spitalbedürftigkeit auf der anderen Seite (Art. 39 Abs. 3 KVG). Bei der Abgrenzung von Akutspitalbedürftigkeit und blosser Pflegebedürftigkeit steht der behandelnden ÄrztIn ein gewisser Ermessensspielraum zu[1673]. Das Bundesgericht hat jedoch festgehalten, dass die Intensität der ärztlichen Behandlung nicht alleiniges Entscheidungskriterium ist[1674]. Die Krankenkassen sind auch dann für einen sachlich gerechtfertigten Spitalaufenthalt leistungspflichtig, wenn der Krankheitszustand einer versicherten Person nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert[1675].

Für die Vergütung von stationären Behandlungen einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital vereinbaren die Krankenversicherungen und Spitäler gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG Pauschalen, in der Regel Fallpauschalen. Bei der Einführung des Fallpauschalen-Systems («Diagnosis Related Groups» = DRG) im Jahr 2012 waren Spitäler und Abteilungen, die sich auf Palliativbehandlungen spezialisiert hatten, vom Anwendungsbereich von SwissDRG-Fallgruppen ausgenommen[1676]. Seit dem 1. Januar 2016 umfasst der Anwendungsbereich für SwissDRG-Fallgruppen auch die Vergütung der stationären Palliativbehandlungen[1677]. Der Fallpauschalen-Katalog enthält sieben DRGs für Palliative Care. Die mittlere Verweildauer (Belegungstage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurden) liegt je nach DRG zwischen 13[1678] und 32 Tagen[1679].

Zum Vergleich: In einem Urteil des Bundesgerichts, das auf einem Sachverhalt aus dem Jahr 2011 und damit vor Einführung des Fallpauschalen-Systems basiert, hat das Gericht eine Akutspitalbedürftigkeit für mehr als 60 Tage bejaht. Dementsprechend hat es die Beschwerde der ErbInnen gegen die Krankenversi-

1672 Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2014 vom 5. Februar 2015, E. 2.2.1.
1673 BGE 124 V 362 E. 2c.
1674 BGE 115 V 38 E. 3b/aa.
1675 Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2014 vom 5. Februar 2015, E. 2.3.
1676 SwissDRG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Version 5/2012, gültig ab 1.1.2013, Ziff. 2.1.2; SwissDRG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (Version Mai 2014, gültig ab 1.1.2015), Ziff. 2.1.2.
1677 SwissDRG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (Version Mai 2015, gültig ab 1.1.2016), Ziff. 2.1.1.
1678 SwissDRG, Fallpauschalen-Katalog, Abrechnungsversion 2019, S. 4 (DRG A97G, Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen, Mittlere Verweildauer: 12.6 Belegungstage).
1679 SwissDRG, Fallpauschalen-Katalog, Abrechnungsversion 2019, S. 4 (DRG A97A, Palliativmed. Komplexbehandlung ab 7 BT mit komplexer od. komplz. Proz. od. palliativmed. KBH ab 21 BT mit bestimmter Prozedur und IntK/IMCK > 196/184 od. mehr als 8 Bestrahlungen od. schw. motor. Fkst. od. mehrzeitige Eingriffe, Mittlere Verweildauer: 31.7 Belegungstage).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

cherung teilweise gutgeheissen und diese dazu verpflichtet, die Kosten zu übernehmen[1680].

Gewisse Leistungen werden von der OKP nicht übernommen, obwohl sie für ein angepasstes Angebot in Palliative Care notwendig sind[1681]. Ein Beispiel ist die erweiterte Schmerzbehandlung durch die Verabreichung von Medikamenten mit patientenkontrollierten Pumpen[1682].

Die Leistungen von Palliativ-Konsiliardiensten werden von der OKP nicht übernommen. Einzelne Kantone haben jedoch eine Finanzierung geschaffen, die es erlaubt, solche Strukturen aufzubauen[1683]. Im Kanton Freiburg sind Tagespauschalen für nicht akute somatische Spitalaufenthalte inkl. Palliativpflege in einer Verordnung festgelegt (Art. 2 Abs. 1 lit. a Ziff. 5 der Verordnung zur Festlegung der provisorischen Tarife der Spitäler und Geburtshäuser[1684]). Der Kanton Genf hat eine Verordnung zur Festsetzung der Tarife für Dienstleistungen der Universitätsspitäler Genf in den Bereichen Akutversorgung, medizinische Rehabilitation und Palliativmedizin erlassen[1685]. Diese sieht für Palliative Care eine Tagespauschale von CHF 736 vor (Art. 2 Abs. 1 lit. c RTHUG-SRS[1686]).

3.2. Ambulante Palliative Care

Ambulante Palliative Care basiert in erster Linie auf hausärztlichen Leistungen und Spitex-Leistungen. Hinzu kommen mobile Palliativdienste[1687].

Die Entschädigung für hausärztliche Leistungen ist via Tarmed geregelt. Im Tarmed-System ist jedoch nicht berücksichtigt, dass komplex kranke Menschen regelmässige, häufige und im Schnitt längere Hausbesuche benötigen[1688]. Auch die für das Erarbeiten einer Patientenverfügung benötigte Zeit kann via Tarmed nicht erfasst werden[1689]. Auf den 1. Januar 2018 sind zahlreiche Änderungen der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung in Kraft getreten. Unter anderem wurden die für ambulante Palliative Care besonders relevanten sogenannten Leistungsgruppen 10 und 11

1680 Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2014 vom 5. Februar 2015, E. 6.
1681 BAG/GDK, Finanzierung, S. 18.
1682 BAG/GDK, Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012, S. 38.
1683 BAG/GDK, Finanzierung, S. 47.
1684 Verordnung des Kantons Freiburg zur Festlegung der provisorischen Tarife der Spitäler und Geburtshäuser vom 17. Februar 2014.
1685 Règlement de la République et canton de Genève fixant les tarifs des prestations fournies par les Hôpitaux universitaires de Genève dans le domaine des soins subaigus, de la réadaptation médicale et des soins palliatifs (régime sans convention) du 8 octobre 2014.
1686 Art. 2 Abs. 1 lit. c RTHUG-SRS: Les tarifs au sens de l'article 1, fixés en francs par jour, sont les suivants: [c.] Soins palliatifs 736 francs».
1687 Lea von Wartburg, Das ständerätliche Postulat: Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende, Folie 9.
1688 BAG/GDK, Finanzierung, S. 38.
1689 BAG/GDK, Finanzierung, S. 38.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

eingeführt. Die Leistungsgruppe 10 beinhaltet ärztliche Leistungen in Abwesenheit der PatientIn bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren. Die Leistungsgruppe 11 beinhaltet ärztliche Leistungen in Abwesenheit der PatientIn bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf[1690]. Für beide Leistungsgruppen gilt eine Limitation von 60 Minuten pro 3 Monate[1691].

Für Leistungen der Spitex übernehmen die Krankenkassen Beiträge gemäss den Ansätzen in Art. 7a KLV, sofern sie ärztlich verordnet sind. Die Pflegebedürftigen bezahlen je nach Kanton/Gemeinde eine Patientenbeteiligung von maximal CHF 15.95 pro Tag (Art. 25a Abs. 5 KVG i.V.m. Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV). Die Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Spitex-Leistungen wie Nachtwachen und zusätzlichen Hilfsmitteln führen häufig dazu, dass PatientInnen in ein Spital verlegt werden, obwohl sie auch zuhause betreut werden könnten[1692]. Die dabei anfallenden Kosten sind zwar deutlich höher, werden aber vollumfänglich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen.

Bei den mobilen Palliativdiensten ist ein Grossteil der Leistungen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt. Die Abgeltung erfolgt nicht über das KVG, sondern die Leistungen müssen über Leistungsverträge mit Kantonen/Gemeinden finanziert werden[1693]. In einigen Kantonen/Gemeinden existieren bis heute keine solchen Leistungsverträge und damit auch keine mobilen Palliativdienste[1694]. Die Entstehung bzw. der Ausbau des Angebots für mobile Palliative Care wird gebremst oder sogar verhindert, weil keine Anreizmassnahmen und damit nicht genügend spezialisierte Fachkenntnisse vor Ort vorhanden sind[1695].

Im Kanton Waadt ist bereits im Jahr 2002 das «Décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs» in Kraft getreten. Dieses ermöglicht die finanzielle Unterstützung mobiler Palliativdienste[1696]. Im Kanton St.Gallen wurde mit Art. 21a des Gesundheitsgesetzes per 1. Januar 2019 die Grundlage für die finanzielle Unterstützung eines mobilen Palliativdienstes erlas-

1690 Anhang 1 (Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen, gültig ab 1.1.2018) zur Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Ziff. 4 (Änderungen TARMED Leistungsgruppe 1.08/1.08BR zu 1.09).

1691 Anhang 1 (Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen, gültig ab 1.1.2018) zur Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Ziff. 6 (Änderungen TARMED Limitationen 1.08/1.08BR zu 1.09); vgl. auch BAG, Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Änderungen per 1. Januar 2018, Inhalt der Änderungen und Kommentar, Bern 2017, S. 26.

1692 BAG/GDK, Finanzierung, S. 30.

1693 BAG/GDK, Finanzierung, S. 39 f.

1694 Wächter/Bommer, Mobile Palliative-Care-Dienste, S. 39.

1695 BAG/GDK, Finanzierung, S. 8.

1696 Art. 3 Décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs du 25 juin 2002 du Canton de Vaud.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sen[1697]. Gemäss Medienberichten besteht trotzdem die Sorge, dass die Finanzierung nicht ausreichen wird[1698]. Im Kanton Genf besteht eine Equipe für mobile Palliative Care («Consultation de soins palliatifs communautaires»[1699]), die auf einer Vereinbarung zwischen der Institution genevoise de maintien à domicile und dem Genfer Universitätsspital basiert[1700]. Die Kantone Jura, Neuenburg und Bern (Verwaltungskreis Berner Jura) haben gemeinsam die «Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE» gegründet und im März 2017[1701] die «Stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs 2017–2027» verabschiedet[1702]. Die Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE betreibt auch eine Equipe für mobile Palliative Care[1703]. Im übrigen Kanton Bern befindet sich ein Modellversuch für spezialisierte mobile Palliativversorgung erst im Aufbau[1704].

3.3. Palliative Care in Langzeiteinrichtungen

Für die Palliative Care in Langzeiteinrichtungen sind die in Artikel 7 KLV geregelten Pflegeleistungen von besonderer Bedeutung[1705]. Dazu gehören gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (lit. c).

In Art. 7a KLV sind die von der Krankenversicherung zu übernehmenden Beiträge für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV festgelegt, wobei das Maximum bei 108 Franken für einen Pflegebedarf von «mehr als 220 Minuten» liegt (Art. 7a Abs. 3 lit. l KLV). In Pflegeheimen kann der Zugang zu Palliative Care gehemmt sein, weil der Pflegeaufwand deutlich höher ist als das in der KLV vorgesehene Maximum von 220 Minuten[1706]. Palliative Care zeichnet sich durch die hohe Komplexität der medizinischen Behandlung und die aufwändige Pflege aus. Bei sehr intensiver und komplexer Pflege, wie sie im Bereich der Palliative Care häufig erforderlich ist, ist der Beitrag der OKP gemäss Bundesamt für Gesund-

1697 Botschaft und Entwurf der Regierung des Kantons St.Gallen vom 27. Februar 2018 zum XIV. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz, S. 4 f. und 9.
1698 Tagblatt vom 3. August 2018, S. 29: Fürs Sterben fehlt das Geld.
1699 Vgl. Broschüre der Consultation de soins palliatifs communautaires: Une équipe mobile à votre service.
1700 BAG/GDK, Finanzierung, S. 42 f.
1701 Medienmitteilung der Kantone Bern, Jura und Neuenburg vom 13. März 2017: Une stratégie en cinq axes pour les soins palliatifs dans l'espace BEJUNE.
1702 Directions de la santé publique des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel, Stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs 2017–2027.
1703 Vgl. Website der Equipe Mobile en Soins Palliatifs – BEJUNE.
1704 Schreiben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an die Listenspitäler gemäss der Spitalliste Akutsomatik und die SPITEX-Organisationen des Kantons Bern vom 27. Juni 2018.
1705 BAG/GDK, Finanzierung, S. 14.
1706 BAG/GDK, Finanzierung, S. 33.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heit «nicht sehr hoch»[1707]. Weil die Kantone gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG für die Regelung der Restfinanzierung zuständig sind, würde sich bei einer Erhöhung des von der OKP zu übernehmenden Anteils für die PatientInnen theoretisch nichts ändern[1708]. Weil aber die Kantone teilweise zu tiefe Stundenpauschalen festgelegt haben, erhalten PatientInnen in palliativen Situationen nur schwer einen Pflegeheimplatz[1709]. Eine Erhöhung des von der OKP zu übernehmenden Anteils würde diese Problematik entschärfen.

Auch die Beschränkung der Akut- und Übergangspflege auf maximal zwei Wochen (Art. 25a Abs. 2 KVG) führt zu Problemen, weil Palliative-Care-PatientInnen in der Regel über einen deutlich längeren Zeitraum komplexe Pflegeleistungen benötigen[1710].

4. *Palliative Care in kantonalen Erlassen*

Palliative Care wird in 18 von 26 kantonalen Gesundheitsgesetzen explizit erwähnt, in vielen Kantonen wird zudem ein Anspruch oder Recht auf Palliative Care garantiert:

- Gemäss § 16 (Palliative Behandlung) Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt[1711] haben Patientinnen und Patienten ein *Recht* auf eine ihrem Zustand angemessene Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen. Abs. 2 hält zudem fest, dass die Ärztin oder der Arzt Leiden und Schmerzen bei Patientinnen und Patienten am Lebensende lindert, auch wenn dies zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen kann.
- Gemäss Art. 42 (Begleitung der sterbenden Personen) Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Freiburg[1712] sorgt der Staat für die Förderung der Palliativpflege im Kanton.
- Gemäss Art. 24 (Promotion de la dignité en fin de vie) Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Genf[1713] sorgt der Staat für die Förderung und Verbreitung der Palliativmedizin[1714].
- Gemäss Art. 50 (Palliative Behandlung) des Gesundheitsgesetzes des Kantons Graubünden[1715] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen *Anspruch*

1707 BAG/GDK, Finanzierung, S. 16.
1708 BAG/GDK, Finanzierung, S. 17.
1709 IG Pflegefinanzierung, Argumentarium, S. 5.
1710 BAG/GDK, Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012, S. 38.
1711 Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 des Kantons Basel-Stadt.
1712 Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 des Kantons Freiburg.
1713 Loi sur la santé du 7 avril 2006 du canton de Genève.
1714 Art. 24 Abs. 1 LS: «L'Etat veille à la promotion des soins palliatifs et à leur développement dans les lieux de pratique des professionnels de la santé.».
1715 Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz) vom 2. September 2016.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

auf eine ganzheitliche Betreuung nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung.

- Gemäss Art. 29 (Soins palliatifs) des Gesundheitsgesetzes des Kantons Jura[1716] haben Personen am Lebensende das *Recht* auf eine besondere Betreuung, um ein Höchstmass an körperlichem und psychischem Wohlbefinden zu erreichen[1717].
- Gemäss § 25 (Patientenrechte und -pflichten) Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern[1718] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen *Anspruch* auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.
- Gemäss Art. 35 (Accompagnement en fin de vie) Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg[1719] sorgt der Staat für die Entwicklung der Palliativmedizin im Kanton[1720].
- Gemäss Art. 43a (Palliative Behandlung und Betreuung) des Gesundheitsgesetzes des Kantons Nidwalden[1721] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen *Anspruch* auf eine angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint.
- Gemäss Art. 47 (Grundsätze) Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Obwalden[1722] haben unheilbar kranke oder sterbende Menschen *Anspruch* auf eine angepasste Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf eine grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen im Sinne der Palliativmedizin und -pflege.
- Gemäss Art. 21a (Palliative Care) Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons St.Gallen[1723] fördert der Staat Massnahmen im Bereich der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung. Er kann zu diesem Zweck mit öffentlichen oder privaten Organisationen zusammenarbeiten, ihnen Leistungsaufträge erteilen und sie durch Beiträge unterstützen (Abs. 2). Art. 40bis (Grundsätze) Abs. 1 hält fest, dass Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten *Anrecht* auf eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Palliativmassnahmen haben.

1716 Loi sanitaire du 14 décembre 1990 du Canton du Jura.
1717 Art. 29 du Loi sanitaire du 14 décembre 1990 du Canton du Jura: «La personne en fin de vie a droit à des soins spécifiques, de manière à vivre dans le maximum de bien-être physique et psychique.».
1718 Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 des Kantons Luzern.
1719 Loi de santé du 6 février 1995 du Canton de Neuchâtel.
1720 Art. 35 Abs. 2 LS-NE: «L'Etat veille au développement des soins palliatifs dans le canton.».
1721 Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsgesetz) vom 30. Mai 2007 des Kantons Nidwalden.
1722 Gesundheitsgesetz vom 3. Dezember 2015 des Kantons Obwalden.
1723 Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 des Kantons St.Gallen.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Gemäss Art. 36 (Behandlungsanspruch) Abs. 1 lit. a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Schaffhausen[1724] hat jede Person unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lage *Anspruch* auf jene Behandlung, die aufgrund des Gesundheitszustandes nach den anerkannten medizinischen Grundsätzen angezeigt, verhältnismässig und ethisch vertretbar ist, unter Einschluss einer bedarfsgerechten palliativen Pflege in der letzten Lebensphase.
- Gemäss § 27 (Allgemeine Grundsätze) Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Solothurn[1725] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen ein *Anrecht* auf eine angepasste, ganzheitliche Betreuung sowie auf eine grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen gemäss den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege, Begleitung und Seelsorge.
- Gemäss § 38 (Behandlungsgrundsätze) Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Schwyz[1726] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen *Anspruch* auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.
- Gemäss § 31 (Palliative Care) des Gesundheitsgesetzes des Kantons Thurgau[1727] haben unheilbar kranke oder sterbende Menschen *Anrecht* auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung aussichtslos erscheint.
- Gemäss Art. 3 («Mezzi» = Mittel) lit. m des Gesundheitsgesetzes des Kantons Tessin[1728] gehört die Verbreitung von Palliative Care für chronisch und terminal Kranke zu den Mitteln, mit denen die Ziele des Gesetzes erreicht werden[1729].
- Gemäss Art. 47 (Patientenrechte und -pflichten) Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri[1730] haben unheilbar kranke oder sterbende Menschen *Anspruch* auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.
- Gemäss Art. 17 (Recht auf Behandlung) Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Wallis[1731] haben Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein *Anrecht* auf ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege, namentlich palliative Pflege,

1724 Gesundheitsgesetz vom 21. Mai 2012 des Kantons Schaffhausen.
1725 Beschluss des Kantonsrats von Solothurn vom 19. Dezember 2018 betreffend Totalrevision des Gesundheitsgesetzes.
1726 Gesundheitsgesetz vom 16. Oktober 2002 des Kantons Schwyz.
1727 Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 3. Dezember 2014 des Kantons Thurgau.
1728 Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan) del 18 aprile 1989 del Cantone Ticino.
1729 Art. 3 lit. m LSan: «la diffusione delle cure palliative verso il malato cronico e terminale».
1730 Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008 des Kantons Uri.
1731 Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 des Kantons Wallis.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Linderung, Unterstützung und Trost, wenn möglich im Rahmen ihres üblichen Lebensumfelds.

– Gemäss § 31 (Grundsätze) Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zug[1732] haben unheilbar kranke und sterbende Menschen *Anspruch* auf eine ganzheitliche Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung. § 54 (Palliative Medizin, Pflege und Begleitung) hält fest, dass die Gesundheitsdirektion Massnahmen im Bereich der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung unterstützt und dass sie mit öffentlichen oder privaten Organisationen zusammenarbeiten und Beiträge an deren Kosten der Massnahmen leisten kann.

  In sieben der acht Kantone mit Gesundheitsgesetzen ohne entsprechende Erwähnung wird Palliative Care entweder in anderen Erlassen oder mit anderen Worten im Gesundheitsgesetz erwähnt.
– Gemäss § 11 (Grundsatz) Abs. 1 des Pflegegesetzes des Kantons Aargau[1733] sind die Gemeinden zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Das Angebot umfasst gemäss Abs. 3 lit. b auch eine Grundversorgung Palliative Care.
– Gemäss Art. 22 (Recht auf Behandlung und Pflege) Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Appenzell Ausserrhoden[1734] haben unheilbar Kranke und Sterbende *Anspruch* auf angemessene Pflege und auf Linderung ihrer Leiden.
– Gemäss Art. 3 (Grundsätze der Versorgung) Abs. 2 des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons Bern[1735] stellen der Kanton und die Leistungserbringer die integrierte Versorgung sicher und setzen sich gemeinsam für Palliative Care ein.
– Gemäss Art. 20 (Versorgungskonzept) Abs. 2 des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes des Kantons Basel-Landschaft[1736] bezweckt das Versorgungskonzept die Sicherstellung eines bedarfsgerechten ambulanten, intermediären und stationären Betreuungs- und Pflegeangebots. Es umfasst insbesondere auch Angebote für betreutes Wohnen, Palliative Care und an Demenz erkrankte Personen.
– Gemäss Art. 50 (Sterben) Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Glarus[1737] haben Sterbende *Anrecht* auf angemessene Behandlung und Begleitung. Abs. 3 hält fest, dass die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung,

1732 Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz) vom 30. Oktober 2008.
1733 Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 des Kantons Aargau.
1734 Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 des Kantons Appenzell Ausserrhoden.
1735 Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 des Kantons Bern.
1736 Altersbetreuungs- und Pflegegesetz vom 16. November 2017 des Kantons Basel-Landschaft.
1737 Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 6. Mai 2007 des Kantons Glarus.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

welche Sterbende betreuen, die Bedingungen für ein Sterben in Ruhe und für die Begleitung von Sterbenden schaffen. Sie sind verpflichtet, eine Behandlung, Pflege und Betreuung anzubieten, die nicht Heilung, sondern umfassende Linderung nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse zum Ziel haben.
– Gemäss Art. 1 der Verordnung über ein kantonales Programm zur Entwicklung von Palliative Care des Kantons Waadt[1738] hat dieser Erlass zum Ziel, ein kantonales Programm zur Entwicklung von Palliative Care zu entwickeln und die Bedingungen für seine Finanzierung festzulegen.
– Gemäss § 30 (Grundsätze) Abs. 1 des Patientinnen- und Patientengesetzes des Kantons Zürich[1739] haben Sterbende *Anrecht* auf angemessene Behandlung und Begleitung.

In 17 Kantonen (BS, AR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VS, ZG, ZH) haben PatientInnen ein (An-)Recht bzw. einen Anspruch auf Palliative Care. In 8 Kantonen (AG, BE, BL, FR, GE, NE, TI, VD) ist Palliative Care demgegenüber lediglich als Aufgabe oder Mittel des Gemeinwesens im Gesetz erwähnt. Einzig der Kanton Appenzell-Innerrhoden verfügt über keine gesetzliche Grundlage im Bereich der Palliative Care.

III. Regelungsbedarf

1. *Menschenrechtliche Anforderungen*

Aus menschenrechtlicher Optik ergibt sich der Regelungsbedarf im Bereich der Palliative Care in erster Linie aus dem Recht auf Hilfe in Notlagen[1740]. Dieses beinhaltet einen Anspruch auf Hilfe in medizinischen Notlagen und damit auch einen Anspruch auf Palliative Care[1741]. Dieser Anspruch wird verletzt, wenn infolge fehlender Finanzierung kein Zugang zu Palliative Care gewährleistet ist.

2. *Notwendigkeit einer Regelung*

Die Darstellung der Rechtslage im Bereich der Ausbildung in Palliative Care hat gezeigt, dass der Stellenwert von Palliative Care sowohl in der ärztlichen als auch in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung stark zugenommen hat[1742]. Aus diesem Grund besteht in diesen Bereichen vorerst kein Regelungsbedarf

1738 Décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs du 25 juin 2002 du Canton de Vaud.
1739 Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 des Kantons Zürich.
1740 § 8 (Recht auf Hilfe in Notlagen).
1741 § 8, III (Anspruch auf medizinische Versorgung).
1742 § 14, II, 2 (Ausbildung in Palliative Care).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bzw. es müssen zunächst die Auswirkungen dieser kürzlich erfolgten Änderungen abgewartet werden, bevor eine Aussage darüber gemacht werden kann.

Demgegenüber besteht vor allem im Bereich der Finanzierung von Palliative Care[1743] ein hoher Regelungsbedarf. Die im Krankenversicherungsrecht angelegte Unterfinanzierung von Palliative Care hat zur Folge, dass der Zugang zu Palliative Care ungenügend ist. Aus dem Recht auf Hilfe in Notlagen fliesst ein Anspruch auf Zugang zu Palliative Care. Zur Gewährleistung dieses Anspruchs müssen die regulatorischen Vorgaben zur Finanzierung von Palliative Care in verschiedenen Bereichen angepasst werden.

IV. Regelungsvorschläge

1. Finanzierung von Palliative Care

Das Grundproblem bei der Finanzierung von Palliative Care ist die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Kuration. Aufgrund fehlender Finanzierung (z.B. im Bereich der mobilen Palliative Care) oder finanzieller Fehlanreize (Spitalaufenthalt für Betroffene günstiger als Betreuung zuhause) kann der verbreitete Wunsch nach einem Sterben zuhause nur selten umgesetzt werden, obwohl die Kosten häufig weniger hoch wären als bei einer Verlegung ins Spital.

1.1. Palliative Care im Spital

Die Vergütung der stationären Palliativbehandlungen über das DRG-System hat dazu geführt, dass sterbende Menschen nach Aufbrauchen der Fallpauschale verlegt werden, obwohl dies medizinisch sinnlos und insbesondere unter dem Blickwinkel des Rechts auf Hilfe in Notlagen unhaltbar ist. Die aktuelle Regelung muss daher dringend dahingehend angepasst werden, dass Menschen nur dann aus einer Palliativstation austreten müssen, wenn dies medizinisch angezeigt ist. Ob dies innerhalb oder ausserhalb des DRG-Systems umgesetzt wird, ist eine organisatorische Frage und spielt aus Sicht des Schutzes der Menschenrechte letztlich keine Rolle. Da die Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG bereits spezielle Abrechnungsregeln zum Beispiel für Neugeborene kennen[1744], erscheint es naheliegend, die Vergütung der stationären Palliativbehandlungen ebenfalls nach speziellen Abrechnungsregeln festzulegen.

1743 § 14, II, 3 (Finanzierung von Palliative Care).
1744 SwissDRG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Juni 2018 Gültig ab 1.1.2019, Ziff. 3.9.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.2. Ambulante Palliative Care

Im Bereich der ambulanten Palliative Care bestehen bei Leistungen der Spitex, bei der Entschädigung der HausärztInnen und auch bei der mobilen Palliative Care Finanzierungsprobleme, die in Einzelfällen zu einer Unterversorgung und in zahlreichen Fällen zu medizinisch unnötigen, volkswirtschaftlich sinnlosen und menschenrechtlich problematischen Spital- oder Heimeintritten führen.

Da viele Menschen zuhause sterben möchten und dies gleichzeitig bei einer Gesamtbetrachtung in vielen Fällen auch finanziell die günstigste Variante darstellt[1745], besteht bei der Finanzierung der ambulanten Palliative Care akuter Regelungsbedarf. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann kein detailliertes Finanzierungskonzept für ambulante Palliative Care erarbeitet werden. Festzuhalten sind jedoch die folgenden Grundsätze:

– Die Regelung der Finanzierung von ambulanter Palliative Care muss so ausgestaltet sein, dass Menschen immer dann, wenn die Gesamtkosten für eine Behandlung und Betreuung im Spital oder in einem Alters- oder Pflegeheim höher sind, einen Anspruch auf Palliative Care zuhause haben. Damit kann dem Anspruch auf Wahl des Sterbeortes als Teilaspekt des Rechts auf persönliche Freiheit in vielen Fällen zum Durchbruch verholfen werden. Für die Umsetzung des Anspruchs auf Palliative Care zuhause muss überall dort, wo noch keine Finanzierung für mobile Palliative Care besteht, eine solche geschaffen werden. Gemäss einer im Auftrag des BAG durchgeführten Umfrage bestehen noch in zehn Kantonen Probleme im Zusammenhang mit der Finanzierung von mobilen Equipen[1746]. Demgegenüber ist im Kanton Zürich die palliative Betreuung zuhause nahezu flächendeckend durch auf Palliative Care spezialisierte Spitex-Dienste abgedeckt[1747].
– Beratungsleistungen im Rahmen des Advance Care Planning müssen innerhalb von Tarmed angemessen entschädigt werden.
– Die in Tarmed vorgesehene Begrenzung der Vergütung für Leistungen in Abwesenheit der PatientIn auf maximal 60 Minuten in drei Monaten[1748] muss für Leistungen im Bereich der Palliative Care aufgehoben werden.

1745 Maessen et al., Economic impact , S. 19: «This study estimated the potential costs and hospital cost reduction for Swiss cantons of nationwide availability of mobile specialist palliative care teams. The potential total cost savings in 2020 for all cantons are expected to be around 81.5 million CHF (restrictive scenario), and total overall costs 18.8 million CHF. The savings delivered by mobile specialist palliative care teams are therefore expected to be greater than four times their cost».

1746 Lena Liechti / Kilian Künzi, Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern 2019, S. 18.

1747 Aussage von Roland Kunz im Tagesanzeiger vom 10. Oktober 2018 («Spitex-Dienste konkurrieren Sterbehospize»).

1748 Anhang 1 (Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen, gültig ab 1.1.2018) zur Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Ziff. 6 (Änderungen TARMED Limitationen 1.08/1.08BR zu 1.09); vgl. auch BAG, Änderung der

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.3. Palliative Care in Langzeiteinrichtungen

Das Hauptproblem bei Palliative Care in Langzeiteinrichtungen ist die Beschränkung der entschädigten Pflegeleistung auf 220 bzw. 240 Minuten pro Tag. Weil die Pflege bei Palliative Care in Langzeiteinrichtungen häufig mehr Zeit beansprucht, besteht eine Tendenz zur Verlegung der betroffenen Menschen in ein Spital. Dort sind die Kosten in der Regel höher, werden aber von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Wenn die Person nach Spitaleintritt länger lebt, als dies im DRG-System vorgesehen ist, wird sie teilweise von Institution zu Institution weiterverlegt, bis sie stirbt[1749]. Diese Praxis verletzt unter anderem die Bewegungsfreiheit der betroffenen Menschen. Dementsprechend müssen die Regeln zur Finanzierung von Palliative Care in Langzeiteinrichtungen dahingehend angepasst werden, dass es rein finanziell motivierte Spitaleintritte nicht mehr begünstigt. Konkret kann dies erreicht werden, indem die Beschränkung der maximalen Pflegedauer im Bereich der Palliative Care deutlich an- oder ganz aufgehoben wird.

Beim Einfügen von Art. 7a in die Krankenpflege-Leistungsverordnung hat das Bundesamt für Gesundheit im Juni 2009 festgehalten, dass in Bezug auf Leistungsdefinition und -umfang «eine Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird. Insbesondere wird dabei zu klären sein, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind»[1750]. Im Oktober 2012 wurde im Dokument «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» festgehalten, «dass der Aufwand für die Pflege von Palliativpatientinnen und -patienten die höchste Pflegebedarfsstufe (220 Minuten pro 24 Stunden) überschreitet. Dieser Einwand soll im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden»[1751]. Sechs Jahre später, im Juli 2018, wurde der Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung publiziert[1752]. In diesem Schlussbericht findet sich zu Palliative Care an verschiedenen Stellen immer wieder die gleiche Aussage: Es sei schwierig, KVG-Pflegeleistungen von anderen

Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Änderungen per 1. Januar 2018, Inhalt der Änderungen und Kommentar, Bern 2017, S. 26.

1749 Artikel auf medinside.ch vom 1. Februar 2019: «Wir müssen Sterbende oft verlegen, weil die Fallpauschale aufgebraucht ist».

1750 Vorgesehene Änderungen per 1. August 2009 (andere Änderungen) und 1. Juli 2010 (Pflegefinanzierung) der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), Änderungen und Kommentar im Wortlaut, Bern, 10. Juni 2009, S. 4.

1751 BAG/GDK, Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, S. 32.

1752 Medienmitteilung des BAG vom 4. Juli 2018, Neuordnung der Pflegefinanzierung: Evaluationsbericht publiziert.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Leistungen abzugrenzen[1753]. Abgesehen von dieser Feststellung bleibt Palliative Care im Schlussbericht unerwähnt. Auch in der Stellungnahme des EDI zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird Palliative Care einzig in diesem Kontext erwähnt[1754]. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Frage, wie die Langzeitpflege künftig finanziert werden könnte, nicht Gegenstand der Evaluation war[1755]. Abschliessend wird festgehalten, dass das EDI dem Bundesrat bis Ende 2023 über den Stand der Diskussionen im Bereich der Pflegefinanzierung Bericht erstatten wird[1756]. Der Ankündigung in der Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015, wonach die Begrenzung der Pflege von Palliativpatientinnen und -patienten auf 220 Minuten pro 24 Stunden im Rahmen der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung diskutiert werden sollte, wurde somit nicht Folge geleistet. Es entsteht der Eindruck, dass das Thema immer wieder aufgeschoben und letztlich gar nicht aufgenommen wird. Gleichzeitig werden die Menschenrechte von Menschen in ihrer letzten Lebensphase verletzt. Aus diesem Grund muss die in Art. 7a KLV verankerte Beschränkung der Pflegezeit im Bereich der Palliative Care an- oder aufgehoben werden.

2. *Verankerung von Palliative Care in kantonalen Gesetzen*

Der Überblick über die kantonalen (Gesundheits-)Gesetze hat gezeigt, dass einzig im Kanton Appenzell-Innerrhoden noch keine gesetzliche Grundlage für Palliative Care existiert. Dem Kanton Appenzell-Innerrhoden ist dementsprechend zu empfehlen, eine solche zu erlassen.

§ 15 Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe

I. Problembeschreibung

Menschen, die sich das Leben mithilfe der tödlichen Substanz Natrium-Pentobarbital nehmen wollen, sind auf ein ärztliches Rezept angewiesen[1757]. Suizidhilfeorganisationen setzen heute[1758], soweit ersichtlich, ausschliesslich auf dieses

1753 BAG, Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Zürich/Glarus 2018, S. 32, 36, 39, 105 f. und 113.
1754 Stellungnahme des EDI zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Bern 2018, S. 7.
1755 Stellungnahme des EDI zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Bern 2018, S. 4.
1756 Stellungnahme des EDI zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Bern 2018, S. 9.
1757 § 4, VI., 5. (Verschreibung von Natrium-Pentobarbital).
1758 Zu den Versuchen mit anderen Methoden: Eicker/Frank, Methodenwechsel, S. 142; Ogden/Hamilton/Whitcher, Helium, S. 174; Zimmermann, Helium, S. 83; NZZ vom 19. März 2018, S. 53 (Mit Luftballon-Gas in den Tod).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Mittel[1759]. Das Rezept wird meistens entweder von einer HausärztIn oder von einer ÄrztIn, die regelmässig mit einer Suizidhilfeorganisation zusammenarbeitet, ausgestellt[1760]. Einzelne ÄrztInnen verstehen und bezeichnen sich selbst als «Vertrauensarzt von Exit»[1761]. Es sind Fälle bekannt, in denen die Urteilsfähigkeit von der HausärztIn verneint, von der regelmässig mit einer Suizidhilfeorganisation arbeitenden ÄrztIn jedoch bejaht wird[1762].

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit ist eine komplexe Aufgabe. Nicht nur Einschränkungen aufseiten der zu beurteilenden Person, sondern auch Voreingenommenheit bei der beurteilenden Person können die Zuschreibung von Urteilsfähigkeit oder Urteilsunfähigkeit beeinflussen[1763].

Unklarheiten bestehen insbesondere bei der Ernsthaftigkeit der Prüfung der Urteilsfähigkeit durch sogenannte KonsiliarärztInnen[1764] von Suizidhilfeorganisationen. Bei Exit wird das Rezept für Natrium-Pentobarbital in mehr als der Hälfte der Fälle von einer KonsiliarärztIn ausgestellt[1765]. Diese ÄrztInnen werden dafür entlöhnt, dass sie die Urteilsfähigkeit bestätigen und müssen damit rechnen, keine Aufträge von Suizidhilfeorganisationen mehr zu erhalten, wenn sie die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid wiederholt verneinen. Es liegt auf der Hand, dass die als KonsiliarärztInnen von Suizidhilfeorganisationen tätigen ÄrztInnen die Suizidhilfe grundsätzlich befürworten und die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid eher bejahen als ÄrztInnen, welche gegenüber der Suizidhilfe eine skeptische Haltung einnehmen.

Die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital erfolgt in vielen Fällen durch immer dieselben ÄrztInnen[1766]. Suizidhilfeorganisationen setzen offensichtlich auf die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, von denen sie wissen, dass sie die Urteilsfähigkeit rasch und unkompliziert prüfen. Dies ist in vielen Fällen auch im Interesse der Suizidwilligen. Eine oberflächliche Prüfung der Urteilsfähigkeit schafft jedoch die Gefahr, dass diese auch in Fällen bejaht wird, in denen sie tatsächlich

1759 Hotz, Natrium-Pentobarbital, S. 258; In der vom Bundesgericht in BGE 136 II 415 für nichtig erklärten Vereinbarung zwischen der Suizidhilfeorganisation Exit und der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich war vorgesehen, dass die Suizidhilfe ausschliesslich unter Verwendung von Natrium-Pentobarbital durchgeführt wird (Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe, Ziff. 2.3.1: «Die von EXIT organisierten Suizidbegleitungen werden ausschliesslich unter Verwendung von Natrium-Pentobarbital [NaP] durchgeführt.»).

1760 Brunner, Skizze, S. 247.

1761 Vogt, Interview, S. 33.

1762 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 2.3.

1763 SAMW-RL Urteilsfähigkeit, Ziff. I (Präambel).

1764 Diese Bezeichnung findet sich auf der Webseite von Exit: «Äussert das Mitglied danach bekräftigend den Wunsch, alle Vorbereitungen für eine Freitodbegleitung einzuleiten, so ist das Ausstellen des zwingend notwendigen Rezeptes für das Sterbemittel NaP der nächste Schritt, sei es über den Hausarzt, einen anderen behandelnden Arzt oder nötigenfalls über einen durch EXIT vermittelten Konsiliararzt.».

1765 EXIT-INFO 2.2018, S. 19: «Hausärzte stellten in 46% der Fälle das Rezept für das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital aus. In den übrigen 54% konnte EXIT jeweils einen Konsiliararzt oder eine Konsiliarärztin vermitteln.».

1766 Bartsch, Praxis, S. 212.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

fehlt. Es kommt sogar vor, dass einzig gestützt auf schriftliche Dokumente im Vorfeld einer Konsultation ein ärztliches Zeugnis zur Urteilsfähigkeit ausgestellt wird[1767]. In anderen Fällen findet sich keine Dokumentation einer Überprüfung der Urteilsfähigkeit[1768]; es ist nicht bekannt, ob bei diesen die Urteilsfähigkeit gar nicht geprüft wurde oder ob nur eine Dokumentation unterblieben ist.

Das Vorkommen solcher Fälle erstaunt angesichts der aktuellen Rechtslage, die sogleich dargestellt wird, nicht.

II. Aktuelle Rechtslage

1. Meldepflicht

Die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zwecks Suizid untersteht einer Meldepflicht (Art. 11 Abs. 1bis BetmG). Anfragen des Autors bei den zuständigen kantonalen Stellen haben jedoch ergeben, dass diese Meldepflicht häufig nicht eingehalten wird. Es existiert sogar ein Positionspapier der Kantonsapotheker-Vereinigung, in dem steht, dass die Meldung freiwillig sei[1769]. Aufgrund der Nichteinhaltung der Meldepflicht ist unbekannt, wie häufig Natrium-Pentobarbital zwecks Suizid verschrieben wird. Somit kann auch nicht untersucht werden, wie häufig das Mittel verschrieben, danach aber nicht eingesetzt wird.

2. Verschreibung von NaP an Urteilsunfähige

Wenn einer urteils*un*fähigen Person das Sterbemittel verschrieben wird und diese nach der Einnahme stirbt, handelt es sich nicht um Suizidhilfe, sondern um eine vorsätzliche oder fahrlässige Tötung[1770]. Dazu muss jedoch zweifelsfrei nachträglich nachgewiesen werden, dass die Person im Zeitpunkt der Prüfung tatsächlich urteilsunfähig war. Dieser Nachweis wird kaum je gelingen[1771], insbesondere weil die Urteilsfähigkeit vermutet wird[1772]. Wenn die Person im Zeitpunkt der Prüfung noch urteilsfähig war, danach aber die Urteilsfähigkeit bezüglich des Suizids verliert, kann dies eine ÄrztIn, die nur für die Verschreibung hinzugezogen wurde, gar nicht wissen. Sie macht sich dementsprechend auch nicht strafbar.

Selbst wenn nachgewiesen werden kann, dass die betroffene Person an einer psychischen Erkrankung gelitten hat und die ÄrztIn die Urteilsfähigkeit im Wis-

1767 Bartsch, Praxis, S. 212.
1768 Bartsch, Praxis, S. 212.
1769 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.».
1770 Urteil des Bundesgerichts 6B_48/2009 vom 11. Juni 2009, E. 2.1.
1771 Bartsch et al., Assisted Suicide, S. 551.
1772 BGE 124 III 5 E. 1b).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sen darum oberflächlich oder überhaupt nicht geprüft hat, droht lediglich eine Einschränkung der Berufsausübungsbewilligung[1773].

3. *Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit*

Nach geltendem Recht ist die Prüfung der Urteilsfähigkeit bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nicht zwingend vorgeschrieben:

Strafrechtlich drohen nur dann Konsequenzen, wenn nachträglich bewiesen werden kann, dass die Person im Zeitpunkt der Verschreibung urteilsunfähig war und dass die verschreibende ÄrztIn dies hätte bemerken müssen. Wenn keine Hinweise auf eine bestehende Urteilsunfähigkeit vorliegen, ist es zulässig, auf die Prüfung zu verzichten.

Die Richtlinien der SAMW verlangen zwar eine Prüfung der Urteilsfähigkeit[1774]. Ein Verstoss gegen diese Richtlinien hat aber keine rechtlichen Konsequenzen. Zwar werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder in deren Standesordnung als verbindlich erklärt. Es sind jedoch keine Fälle bekannt, in denen die FMH oder kantonale Ärztegesellschaften bei Verstössen gegen die Richtlinien tatsächlich rechtliche Schritte unternommen hätten.

Ein Verstoss gegen die in den SAMW-Richtlinien verlangte Prüfung der Urteilsfähigkeit hätte dann rechtliche Folgen, wenn die Richtlinien als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne des Heilmittel- oder Betäubungsmittels einzuordnen wären oder wenn die Richtlinien zur Konkretisierung der Berufspflichten gemäss Medizinalberufegesetz heranzuziehen wären.

Zur Frage, ob Richtlinien der SAMW als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften gelten, bestehen unterschiedliche Auffassungen. Gächter/Truong gehen davon aus, dass eine ärztliche Verschreibung von Natrium-Pentobarbital ausserhalb der SAMW-Richtlinien weder vom Betäubungs- noch vom Heilmittelrecht gedeckt ist und entsprechende straf- und aufsichtsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen *müsste*[1775]. Damit kann nur gemeint sein, dass die SAMW-Richtlinien als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 Abs. 1 HMG und Art. 11 Abs. 1 BetmG gelten sollen. Diese Auffassung wird jedoch weder in der Rechtsprechung, noch von Swissmedic oder der spärlichen Literatur zu Art. 26 HMG und Art. 11 HMG geteilt:

Das Strafgericht des Kantons Basel-Stadt hat in einem Urteil aus dem Jahr 2012 in einer nicht entscheidrelevanten Erwägung festgehalten, dass es «in casu keine Anhaltspunkte dafür [gab], dass O.T. hinsichtlich ihres Entscheides, ihr Leben zu beenden, nicht urteilsfähig gewesen wäre» und dass deshalb ein Frei-

1773 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.3.
1774 SAMW-RL Sterben und Tod, Ziff. II.6.2.1. (Suizidhilfe); SAMW-RL Lebensende, Ziff. II.4.1. (Beihilfe zum Suizid).
1775 Gächter/Truong, Verschreibung, S. 196.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

spruch "auch bei einer wie erwähnt erweiterten Anklage höchstwahrscheinlich nicht zu vermeiden gewesen" wäre[1776]. Damit hat es entschieden, dass eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital ohne Prüfung der Urteilsfähigkeit keine strafrechtlichen Konsequenzen hat.

Im Juli 2019 hat das Strafgericht des Kantons Basel-Landschaft eine Ärztin in Anwendung von Art. 86 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 26 Abs. 2 HMG[1777] für schuldig erklärt, weil diese vor der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital die Urteilsfähigkeit einer suizidwilligen Person nicht hinreichend abgeklärt hatte[1778]. Auch in diesem Fall lag eine psychische Erkrankung vor[1779], von der auch die Ärztin wusste[1780]. Somit kann aus diesem Urteil nicht abgeleitet werden, dass die Verschreibung des Sterbemittels ohne vorgängige Prüfung der Urteilsfähigkeit immer strafbar ist.

Im Kommentar zum Heilmittelgesetz finden sich keine Ausführungen zur Frage, ob Richtlinien der SAMW als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften gelten[1781]. Swissmedic hat auf Anfrage des Schreibenden geantwortet, dass die SAMW-Richtlinien nicht als anerkannte Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 HMG gelten[1782]. Von den zwei Kommentaren zum Betäubungsmittelgesetz äussert sich nur einer konkret zu dieser Frage[1783]. Dieser hält fest, dass es sich bei standesrechtlichen Richtlinien nicht um anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften handelt[1784].

Ein Verstoss gegen die in Art. 40 MedBG festgehaltenen Berufspflichten liegt unbestrittenermassen immer dann vor, wenn die Urteilsfähigkeit nicht gründlich abgeklärt wird, obwohl konkrete Hinweise auf deren Fehlen vorliegen[1785]. Weniger klar ist, ob die Berufspflichten auch dann eine Prüfung der Urteilsfähigkeit verlangen, wenn keine Hinweise auf deren Fehlen vorliegen. Von den zwei Kommentaren zum Medizinalberufegesetz äussert sich nur einer zur Frage, ob ein Verzicht auf die Prüfung der Urteilsfähigkeit in Fällen, in denen keine konkreten

1776 Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt ES. 2011.210 vom 5. Juli 2012, E. 3.
1777 Aufgrund der lex mitior (Art. 2 Abs. 2 StGB) hat das Gericht die HMG-Bestimmungen im Tatzeitpunkt herangezogen. Die Änderung in Art. 86 Abs. 1 HMG betrifft jedoch einzig den Strafrahmen; siehe Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft 300 18 245 vom 9. Juli 2019, E. III.2.1 (S. 41).
1778 Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft 300 18 245 vom 9. Juli 2019, E. III.2.3 (S. 43 f.).
1779 Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft 300 18 245 vom 9. Juli 2019, E. II.1.2.3 (S. 13 ff.).
1780 Urteil des Strafgerichts Basel-Landschaft 300 18 245 vom 9. Juli 2019, E. III.1.2.6 (S. 36 ff.).
1781 BSK HMG-Bürgi, Art. 26 N 8 f.
1782 E-Mail-Auskunft von Swissmedic vom 6. Januar 2017.
1783 Hug-Beeli, BetmG-Komm, Art. 11 N 18, hält lediglich fest, "dass der Arzt verpflichtet ist, seine Tätigkeit lege artis, d.h. dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechend, und unter Berücksichtigung der ärztlich allgemein anerkannten ethischen Grundsätze auszuüben. Voraussetzung der ärztlichen Begründetheit einer Betäubungsmittelverwendung, -abgabe oder -verschreibung ist demzufolge, dass nach den allgemeinen und weitaus überwiegenden Regeln der ärztlichen Wissenschaft das Mittel für das Leiden des Patienten als Heilmittel geeignet ist."
1784 Fingerhuth/Schlegel/Jucker, BetmG, Art. 11 N 6.
1785 Urteil des Bundesgerichts 2C_410/2014 vom 22. Januar 2015, E. 7.3.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Hinweise auf deren Fehlen vorliegen, gegen die Berufspflichten verstösst[1786]. Gemäss Fellmann muss sich der behandelnde Arzt Gewissheit über die Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen verschaffen[1787]. Dieser Autor hält allerdings auch fest, dass ein unabwendbar zum Tod führendes Leiden vorliegen muss[1788] und widerspricht damit dem Bundesgericht[1789].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unklar ist, ob ein Verzicht auf die Prüfung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital rechtliche Konsequenzen haben kann. Fälle, in denen die Urteilsfähigkeit bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nicht geprüft oder nicht dokumentiert wurde[1790], haben – soweit ersichtlich – nicht zu entsprechenden Urteilen geführt.

4. *Strafverfahren bei Zweifeln an der Urteilsfähigkeit*

Aus Sicht der Strafbehörden und auch des Bundesgerichts muss selbst dann, wenn unterschiedliche ärztliche Auffassungen zur Urteilsfähigkeit dokumentiert sind, kein Strafverfahren eingeleitet werden.

Das Bundesgericht hat die Einstellung eines Strafverfahrens durch die Staatsanwaltschaft des Kantons Thurgau als rechtmässig beurteilt, obwohl der Hausarzt einer Frau, die sich mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation das Leben genommen hat, deren Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Suizid angezweifelt hatte[1791]. Sowohl die Oberstaatsanwaltschaft als auch das Bundesgericht haben sich bei der Begründung der Zulässigkeit der Einstellung auf zwei Gutachten gestützt, wobei sich eines dieser Gutachten lediglich zur Meinungsbildung in medizinischen Belangen und nicht konkret zur Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid geäussert hat[1792]. Sowohl die Tatsache, dass der Hausarzt die Urteilsfähigkeit in Zweifel zog, als auch die vom überlebenden Ehegatten geltend gemachte «Beeinflussung durch eine möglicherweise am Erbe beteiligte Nichte» durfte das Obergericht unberücksichtigt lassen bzw. nicht ausdrücklich berücksichtigen[1793].

1786 Bei Etter, Kommentar MedBG, Art. 40 N 3 ff., finden sich zu dieser Frage keine Ausführungen.
1787 Fellmann, MedBG-Komm, Art. 40 N 67.
1788 Fellmann, MedBG-Komm, Art. 40 N 67.
1789 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1.
1790 Bartsch, Praxis, S. 212: «Es gibt immer wieder Fälle, bei denen die Dokumente unvollständig waren und auch jene, bei denen sich gar keine Angaben zur Urteilsfähigkeit fanden.».
1791 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019.
1792 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 2.3.
1793 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 2.3: «Dass sie [die Vorinstanz] dabei die Aussagen des Hausarztes und des Beschwerdeführers, die beide die Urteilsfähigkeit in Zweifel zogen, sowie die vom Beschwerdeführer behauptete Beeinflussung durch eine möglicherweise am Erbe beteiligte Nichte nicht ausdrücklich berücksichtigte, ist angesichts der klaren fachärztlichen Schlussfolgerungen nicht zu beanstanden.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Im konkreten Fall kam noch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs hinzu, weil sich das Obergericht zu einem Beweisantrag (Befragung einer ehemaligen Betreuerin als Auskunftsperson) nicht geäussert hatte. Diese Gehörsverletzung wog nach Auffassung des Bundesgerichts jedoch nicht schwer und konnte daher vor Bundesgericht geheilt werden. Die Staatsanwaltschaft durfte davon ausgehen, dass die Verstorbene hinsichtlich ihres Sterbewunsches urteilsfähig war, und deshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragte Einvernahme verzichten[1794].

Das Urteil des Bundesgerichts erstaunt angesichts der im Urteil selbst genannten[1795] strafprozessualen Regel «in dubio pro duriore», wonach bei unklaren Fällen Anklage zu erheben ist[1796]. Das Bundesgericht kommt zum Schluss, dass die dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegende Einschätzung, wonach eine Verurteilung der Suizidhelferin von vornherein als unwahrscheinlich erscheine, nicht zu beanstanden sei[1797].

Dieses Urteil des Bundesgerichts zeigt exemplarisch, wie unwahrscheinlich eine strafrechtliche Verurteilung der MitarbeiterInnen von Suizidhilfeorganisationen selbst in fragwürdigen Fällen geworden ist. Das Bundesgericht verneint Zweifel an der Urteilsfähigkeit selbst dann, wenn die HausärztIn diese explizit äussert, und zusätzlich eine mögliche Beeinflussung durch ErbInnen im Raum steht. Suizidhilfeorganisationen können mithilfe ihrer KonsiliarärztInnen begründete Zweifel an der Urteilsfähigkeit von suizidwilligen Menschen übersteuern und riskieren in solchen Fällen nicht einmal eine Anklageerhebung. Die grosszügige Praxis der Staatsanwaltschaften hat schon im Jahr 2007 den damaligen Justizminister zur Frage geführt, ob die Strafvollzugsbehörden ihrer Pflicht nachkommen[1798]. Seither scheint sich mit Blick auf das jüngste Urteil des Bundesgerichts nicht viel geändert zu haben. Mit der Zulassung einer solchen Praxis verletzt die Schweiz ihre aus dem Recht auf Leben fliessende Schutzpflicht zur Verhinderung von unüberlegten Suiziden[1799].

5. *Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit*

In der Schweiz existieren keine staatlichen Regeln zur Frage, wie die Urteilsfähigkeit geprüft werden muss. Auch gibt es keine Vorgaben zum zeitlichen Abstand

1794 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 3.2.
1795 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 2.1.
1796 BGE 143 IV 241 E. 2.2.1; Riklin, OFK-StPO, Art. 319 N 2; BSK StPO-Grädel/Heiniger, Art. 319 N 8; Landshut/Bosshard, in: StPO Komm, Art. 319 N 16.
1797 Urteil des Bundesgerichts 6B_1024/2018 vom 7. Februar 2019, E. 2.4.
1798 Gastbeitrag von Alt-Bundesrat Christoph Blocker in der NZZ vom 26./27. Mai 2007, S. 17 (Klare Schranken für die Sterbehilfe): «Fragen muss man sich allerdings, ob die Strafvollzugsbehörden in allen Kantonen ihrer Pflicht nachkommen.».
1799 § 6, V, 2 (Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zwischen Prüfung der Urteilsfähigkeit und Einnahme des Sterbemittels. Geregelt ist einzig die Gültigkeitsdauer von Rezepten (Art. 47 Abs. 2 BetmKV). Eine suizidwillige Person kann sich das Natrium-Pentobarbital aushändigen lassen, dieses während Monaten oder Jahren aufbewahren und zu einem von ihr gewählten Zeitpunkt einnehmen. Zwar versuchen Suizidhilfeorganisationen nach eigenen Angaben, ein solches Szenario zu verhindern, indem sie das Mittel selber aufbewahren[1800]. Es ist aber nicht klar, ob dies immer gelingt und es besteht auch die Möglichkeit, dass neue Organisationen hinzukommen, die sich nicht an die selbst gewählten Regeln der bestehenden Organisationen halten.

Nachdem während langer Zeit auch auf standesrechtlicher Ebene keine Vorgaben für die Prüfung der Urteilsfähigkeit existiert haben, hat die SAMW im Jahr 2019 erstmals Richtlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis erlassen. Diese Richtlinien enthalten nach einer Präambel und dem Geltungsbereich zehn Grundsätze und äussern sich anschliessend zu neun konkreten Anwendungsbereichen. Einer dieser Anwendungsbereiche sind PatientInnen mit Wunsch nach Suizidhilfe[1801]. Die Richtlinien halten diesbezüglich fest, dass «angesichts der grossen Tragweite des Entscheids besonders sorgfältig zu evaluieren [ist], ob eine durch eine psychiatrische Erkrankung (z.B. Depression) oder durch eine andere Ursache bedingte Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt.» Wenn eine solche Einschränkung festgestellt wird, «muss durch eine vertiefte Evaluation abgeklärt werden, ob diese zur Urteilsunfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch führt.» Daraus kann geschlossen werden, dass die Urteilsfähigkeit immer dann, wenn keine Einschränkung der mentalen Fähigkeiten festgestellt wird, zu bejahen ist. Das Vorhandensein einer Einschränkung ist nicht nur bei konkreten Hinweisen, sondern immer zu prüfen.

III. Regelungsbedarf

1. Menschenrechtliche Anforderungen

Aus dem Recht auf Leben fliesst eine staatliche Schutzpflicht zur Verhinderung von unüberlegten Suiziden[1802]. Wenn ein Staat zulässt, dass die Urteilsfähigkeit bei der Suizidhilfe ausschliesslich durch Personen beurteilt wird, die dies im Auftrag einer Suizidhilfeorganisation regelmässig tun, kommt er seiner aus dem Recht auf Leben fliessenden Schutzpflicht nur ungenügend nach. Besonders pro-

1800 Informationsbroschüre von Exit, Zürich 2019, S. 21: «Die Geschäftsstelle löst das Rezept auf den Namen des Patienten in der Apotheke ein (dafür benötigt EXIT eine vom Patienten unterzeichnete Vollmachtserklärung).».
1801 SAMW-RL Urteilsfähigkeit, Ziff. II.3.9. (Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe).
1802 § 6, V, 2 (Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

blematisch ist die Deutungshoheit von Suizidhilfeorganisationen nahestehenden ÄrztInnen bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit.

Mit der Duldung einer Praxis, in der Suizidhilfeorganisationen begründete Zweifel an der Urteilsfähigkeit übersteuern können[1803], verletzt der Staat seine aus dem Recht auf Leben fliessende Schutzpflicht zur Verhinderung von unüberlegten Suiziden.

Wenn die Schweiz ihrer Schutzpflicht zur Verhinderung von unüberlegten Suiziden nachkommen will, muss sie sicherstellen, dass die Suizidhilfe nur dann straflos bleibt, wenn suizidwillige Menschen diesbezüglich urteilsfähig sind. Dazu braucht es keine umfassende staatliche Aufsicht über Suizidhilfeorganisationen, aber eine Kontrolle der ÄrztInnen, welche die Urteilsfähigkeit bescheinigen bzw. das Natrium-Pentobarbital verschreiben. Das Interesse von Suizidhilfeorganisationen und Suizidwilligen an einer möglichst raschen und unkomplizierten Durchführung von Suiziden vermag das Interesse an der Verhinderung von unüberlegten Suiziden nicht zu überwiegen.

2. *Suizidhilfegesetz*

In der rechtswissenschaftlichen Literatur wurde verschiedentlich vorgeschlagen, in der Schweiz ein Suizidhilfegesetz zu erlassen[1804]. Politisch sind zahlreiche Vorstösse zur mehr oder weniger umfassenden Regelung der Suizidhilfe gescheitert. Zuletzt haben der Ständerat im Juni 2018 und der Nationalrat im März 2019 eine Standesinitiative des Kantons Neuenburg mit dem Ziel, «die Bedingungen für die Beihilfe zum Selbstmord» zu präzisieren, abgelehnt[1805].

Ein Suizidhilfegesetz wäre dann notwendig, wenn bei der Suizidhilfe regelmässig Probleme aufträten, denen nur mit einer umfassenden Regulierung begegnet werden kann. Dies scheint aber nicht der Fall zu sein. Bei einer Zahl von jährlich über 1000 von Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suiziden und einer unbekannten Zahl von assistierten Suiziden ohne Beizug einer Suizidhilfeorganisation sind nur einzelne Fälle problematisch. In diesen ist häufig unklar, ob die Urteilsfähigkeit abgeklärt wurde oder es stellen sich Fragen zur angemessenen Vergütung für die Leistungen der Suizidhilfeorganisation.

Wenn in einzelnen Fällen Suizidhilfe geleistet wird, ohne dass die Urteilsfähigkeit abgeklärt wird, besteht diesbezüglich auch dann Regulierungsbedarf, wenn es sich nur um eine kleine Anzahl von Fällen handeln sollte. Darauf wird im

1803 § 15, II, 4 (Strafverfahren bei Zweifeln an der Urteilsfähigkeit).
1804 Brunner, Skizze, S. 249 ff.; Petermann, Suizid-Präventions-Gesetz, S. 1129 ff. (der vorgeschlagene Gesetzesentwurf enthält nebst Bestimmungen zur Suizid-Prävention auch ein Kapitel «Begleitete Selbsttötungen» und ein Kapitel «Organisationen»).
1805 Standesinitiative des Kantons Neuenburg «Bedingungen für die Suizidhilfe» (Geschäfts-Nr. 17.315).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

übernächsten Abschnitt eingegangen. Gründe für den Erlass eines umfassenden Suizidhilfegesetzes sind demgegenüber nicht ersichtlich.

3. *Meldepflicht*

Im Bereich der Meldepflicht bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zwecks Suizid besteht kein Regulierungsbedarf. Anstelle der Einführung neuer Regeln muss lediglich das geltende Recht[1806] durchgesetzt werden. Um dies zu erreichen, sollten die rechtsmedizinischen Institute die regelmässig verschreibenden ÄrztInnen auf die Meldepflicht und die Strafbarkeit eines Verstosses (Art. 21 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 11 Abs. 1bis BetmG) hinweisen. Sollten solche Hinweise keinen Erfolg zeigen, wären Musterverfahren gegen ÄrztInnen, die gegen die Meldepflicht verstossen haben, zu führen. Zudem sollte die Kantonsapothekervereinigung in ihrem Positionspapier[1807] auf die Meldepflicht und die Strafbarkeit des Ausbleibens einer Meldung hinweisen.

4. *Prüfung der Urteilsfähigkeit*

Anders als bei der Meldepflicht ist im Bereich der Prüfung der Urteilsfähigkeit ein Regulierungsbedarf zu bejahen. Bei der Suizidhilfe wird das Vorliegen der Urteilsfähigkeit teilweise nicht geprüft oder zumindest nicht dokumentiert. Nach geltendem Recht ist eine solche Prüfung auch nicht vorgeschrieben[1808].

Gegen eine allgemeine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital spricht die Tatsache, dass damit der Zugang zur Suizidhilfe erschwert und in gewissen Fällen, namentlich bei fehlender Urteilsfähigkeit, sogar verunmöglicht wird. Dies ist jedoch nicht ein ungewollter Nebeneffekt, sondern gerade das Ziel einer solchen Prüfung. Das Recht auf Leben verpflichtet den Staat u.a. zum Schutz der Menschen vor unüberlegten Suiziden[1809]. Diese Pflicht wird verletzt, wenn der Zugang zur tödlichen Substanz unabhängig von einer Prüfung der Urteilsfähigkeit besteht. Das Bundesgericht hat im Jahr 2006 festgehalten, dass der Staat ein Kontrollverfahren vorschreiben darf, welches gewährleistet, dass der Entscheid zur Inanspruchnahme von Suizidhilfe tatsächlich dem freien und wohlerwogenen Willen des Betroffenen entspricht[1810]. Der EGMR hat im Rahmen der Bestätigung dieses Urteils explizit

1806 § 15, II, 1 (Meldepflicht).
1807 Kantonsapothekervereinigung, Positionspapier betreffend die Abgabe von Pentobarbital-Natrium zur Sterbehilfe, Oktober 2017.
1808 § 15, II, 3 (Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit).
1809 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 54; BGE 133 I 58 E. 6.2.1; Breitenmoser, Sterbehilfe, S. 178; BSK BV-Tschentscher, Art. 10 N 19; Schweizer, St.Galler Kommentar, Art. 10 N 22.
1810 BGE 133 I 58 E. 6.3.2.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

festgehalten, dass mit der Rezeptpflicht die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital trotz fehlender Urteilsfähigkeit verhindert werden soll[1811]. Dabei hat er übersehen, dass damals wie heute im Rahmen der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital gar keine explizite Pflicht zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit existiert (hat)[1812].

Aufgrund der Pflicht zum Schutz vor unüberlegten Suiziden und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts und des EGMR ist der Regulierungsbedarf im Bereich der Prüfung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidbeihilfe zu bejahen.

5. Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit

Wenn für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zum Suizid eine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit eingeführt wird, stellt sich die Folgefrage, ob auch die Modalitäten dieser Prüfung vorgegeben werden sollen.

Wenn eine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit eingeführt wird, ohne dass die Modalitäten dieser Prüfung in den Grundzügen geregelt werden, besteht die Gefahr, dass Urteilsfähigkeit nur oberflächlich geprüft und vorschnell bejaht wird. Eine nicht näher definierte Pflicht zur Prüfung wäre bei einer oberflächlichen Prüfung bereits erfüllt. Aus diesem Grund sollten gleichzeitig mit der Einführung einer Pflicht auch Minimalanforderungen an die Modalitäten der Prüfung vorgesehen werden. Es bietet sich an, hierfür auf die Regelung in der Richtlinie der SAMW zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis abzustellen.

Die Regelung in der SAMW-Richtlinie ist – trotz aller Schwierigkeiten bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit in Grenzfällen – nicht kompliziert und gut verständlich: Bei der Suizidhilfe ist immer sorgfältig zu evaluieren, ob eine Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt. Wenn eine solche vorliegt, muss eine vertiefte Evaluation folgen. Wenn keine Einschränkung der mentalen Fähigkeiten festgestellt wird, ist von der Urteilsfähigkeit auszugehen[1813].

Diese kurze und verständliche Regelung könnte in staatliches Recht überführt werden. Dies wäre dann nicht notwendig, wenn die Vorgaben der SAMW-Richtlinie als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften im Sinne von Art. 26 Abs. 1 HMG gelten könnte. Dies wird jedoch mit guten Gründen mehr-

1811 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 56: «However, it is of the opinion that the regulations put in place by the Swiss authorities, namely the requirement to obtain a medical prescription, pursue, inter alia, the legitimate aims of protecting everybody from hasty decisions and preventing abuse, and, in particular, ensuring that a patient lacking discernment does not obtain a lethal dose of sodium pentobarbital».

1812 § 4, VI, 5.5 (Fazit betreffend die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital).

1813 § 15, II, 5 (Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heitlich verneint[1814]. Selbst wenn vereinzelt vertreten wird, dass SAMW-Richtlinien als anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaften zu betrachten seien, spricht die unklare Rechtslage dafür, dass die Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit durch den Staat vorgegeben werden sollten.

IV. Regelungsvorschläge

1. Prüfung der Urteilsfähigkeit

Nachdem der Regelungsbedarf hinsichtlich Prüfung der Urteilsfähigkeit bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bejaht wurde, stellt sich die Frage, in welchem Erlass diese Pflicht festgeschrieben werden soll. Da es um eine Pflicht im Rahmen der Verschreibung eines Arznei- und Betäubungsmittels geht, ist es naheliegend, diese im Heilmittel- oder im Betäubungsmittelgesetz festzuschreiben. Betäubungsmittel werden im Betäubungsmittelgesetz als abhängigkeitserzeugende Stoffe und Präparate definiert. Die Einnahme von Natrium-Pentobarbital führt nicht zu einer Abhängigkeit, sondern zum Tod. Deshalb liegt es näher, die Verschreibungspflicht im Heilmittelgesetz zu verankern.

Die Verschreibung von Arzneimitteln ist in Art. 26 HMG geregelt. Art. 26 Abs. 1 HMG hält fest, dass bei der Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden müssen. In Art. 26 Abs. 2 ist die Vorgabe enthalten, dass ein Arzneimittel nur verschrieben werden darf, wenn der Gesundheitszustand der Konsumentin oder des Konsumenten beziehungsweise der Patientin oder des Patienten bekannt ist. In Abs. 2bis sind sodann Mindestanforderungen und Grundsätze für die Verschreibung von Arzneimitteln festgehalten, während Abs. 3 ein Verbot der Beeinflussung bei der Wahl der abgebenden Person enthält. Absatz 4 hält schliesslich fest, dass grundsätzlich vor jeder Abgabe eines verschreibungspflichtigen Humanarzneimittels eine zur Verschreibung und Abgabe berechtigte Person eine Verschreibung ausstellen muss.

Eine Bestimmung zur Regelung der Urteilsfähigkeit hängt eng mit dem Gesundheitszustand zusammen und ist somit systematisch am besten in Art. 26 Abs. 2 HMG aufgehoben. Dieser Absatz könnte mit dem folgenden Satz ergänzt werden:

> «Die Verschreibung von Arzneimitteln, deren Anwendung höchstpersönliche Rechte tangiert, setzt eine Prüfung der Urteilsfähigkeit voraus.»

1814 § 15, II, 3 (Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. *Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit*

Die Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid können aufgrund der Notwendigkeit einer ärztlichen Verschreibung ebenfalls im Heilmittelgesetz verankert werden. Für die Details könnte entweder auf die Richtlinie der SAMW verwiesen oder eine Verordnung mit ähnlichem Inhalt erlassen werden. Aufgrund der Relevanz der Thematik wäre eine staatliche Regelung eindeutig zu bevorzugen. Mit Blick auf die Zurückhaltung des Gesetzgebers im Bereich der Suizidhilfe ist jedoch zu bezweifeln, dass er mehr als das Nötigste regeln wird. In diesem Fall ist ein Verweis auf die SAMW-Richtlinien aufgrund der Rechtssicherheit gegenüber einer Nichtregelung zu bevorzugen.

Nach der vorgeschlagenen Ergänzung in Art. 26 Abs. 2 HMG könnte ein neuer Abs. 2^{bis} mit dem folgenden Wortlaut eingefügt werden: «Bei der Suizidhilfe ist immer sorgfältig zu evaluieren, ob eine Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt. Wenn eine solche vorliegt, muss eine vertiefte Evaluation folgen. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen.»

§ 16 Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen

I. Problembeschreibung

In Alters- und Pflegeheimen bestehen hinsichtlich des Umgangs mit Suizidhilfeorganisationen grosse Unterschiede. Teilweise wird den Organisationen der Zugang zu den Heimen zwecks Suizidhilfe verweigert, teilweise arbeiten die Heime mit den Organisationen zusammen.

Einerseits kann es für HeimbewohnerInnen belastend sein, wenn andere HeimbewohnerInnen im Heim mit oder ohne Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation Suizid begehen. Andererseits wird das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, mit einem Zugangsverbot für Suizidhilfeorganisationen stark eingeschränkt.

II. Aktuelle Rechtslage

Die Frage des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen kann auf kantonaler, kommunaler oder auch auf der Ebene der Institution in einem Erlass oder einer Weisung geregelt sein, häufig ist sie aber nicht geregelt.

Im Folgenden werden zunächst die Regelungen und Regulierungsbestrebungen auf kantonaler Ebene, anschliessend die Regelungen auf Gemeindeebene und schliesslich Regelungen auf Institutionsebene dargestellt.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Regelungen auf kantonaler Ebene

In den letzten Jahren haben drei Westschweizer Kantone den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters und Pflegeheimen in den jeweiligen Gesundheitsgesetzen geregelt. In allen drei Kantonen müssen Alters- und Pflegeheime die Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zulassen. Im Kanton Genf gilt diese Regelung für alle Alters- und Pflegeheime, in den Kantonen Neuenburg und Waadt nur für die öffentlich (mit)finanzierten. Das Bundesgericht hat die Regelung im Kanton Neuenburg im Rahmen einer abstrakten Normenkontrolle als verfassungskonform beurteilt[1815].

Nachfolgend wird zunächst die Regelung in diesen drei Kantonen (in chronologischer Reihenfolge) wiedergegeben, anschliessend die Bestimmungen in Kantonen, die die Thematik auf tieferer Ebene, d.h. nicht in einem Gesetz im formellen Sinne, geregelt haben (in alphabetischer Reihenfolge).

1.1. Waadt

Im Kanton Waadt hat das Stimmvolk 2012 den Gegenvorschlag zu einer Volksinitiative der Waadtländer Sektion der Suizidhilfeorganisation Exit angenommen[1816]. Auf diesem Weg wurde das kantonale Gesundheitsgesetz mit einem neuen Artikel zum assistierten Suizid in staatlich unterstützten Gesundheitsinstitutionen ergänzt. Art. 27d des waadtländischen Gesundheitsgesetzes legt fest, dass die staatlich unterstützten Gesundheitsinstitutionen (établissement sanitaire reconnu d'intérêt public) die Durchführung eines assistierten Suizids nicht ablehnen dürfen, sofern die Urteilsfähigkeit und das Vorliegen einer schweren und unheilbaren Krankheit ärztlich bestätigt sowie Alternativen, insbesondere diejenigen der Palliative Care, mit der betreffenden Person diskutiert wurden[1817].

Nach Art. 27d Abs. 4 des Gesetzes kann die zuständige ÄrztIn die Durchführung des Suizids innerhalb der Institution ablehnen, sofern die PatientIn nicht in der Institution wohnt, über eine Wohnung ausserhalb der Institution verfügt und die Rückkehr in die eigene Wohnung zumutbar ist[1818]. Wenn die Durchführung

1815 § 7, III, 5 (Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung).

1816 swissinfo.ch vom 17. Juni 2012 (Kanton Waadt bekommt erstes Sterbehilfe-Gesetz).

1817 Art. 27d Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Waadt: «Les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résident, si les conditions suivantes sont remplies : a. le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'établissement médico-social (EMS), en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident, vérifie que celui-ci : 1. est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider ; 2. souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ; b. des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.».

1818 Art. 27d Abs. 4 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Waadt: «Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin re-

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

des Suizids innerhalb der Institution erfolgt, muss die zuständige ÄrztIn dafür sorgen, dass das eingesetzte Mittel rezeptpflichtig ist[1819].

Das Gesundheitsdepartement des Kantons Waadt hat gestützt auf Art. 27d Abs. 7 des Gesetzes Richtlinien zur Durchführung des assistierten Suizids erlassen[1820]. Diese enthalten Bestimmungen zur Form des Begehrens, zur Überprüfung durch die zuständige ÄrztIn, zum Entscheid der ÄrztIn, zur Information des Personals und zur Schaffung einer Kommission, welche die Anwendung des Gesetzes und der Richtlinien überwacht[1821].

1.2. Neuenburg

Im Kanton Neuenburg enthält das Gesundheitsgesetz seit dem 1. Januar 2015 eine ähnliche Regelung wie jenes im Kanton Waadt. Art. 35a Abs. 1 des neuenburgischen Gesundheitsgesetzes hält fest, dass jede urteilsfähige Person das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens hat. In Absatz 2 werden die öffentlich (mit)finanzierten Institutionen zur Duldung des assistierten Suizids unter Mitwirkung von Externen verpflichtet, sofern die betroffene Person an einer schweren und unheilbaren Erkrankung leidet, sich zu therapeutische Alternativen geäussert hat und keine eigene Wohnung mehr hat bzw. eine Rückkehr in diese unzumutbar erscheint[1822]. Für die anderen, d.h. nicht öffentlich (mit)finanzierten Institutionen, gilt, dass sie ihre PatientInnen bzw. BewohnerInnen darüber informieren müssen, wie mit assistierten Suiziden umgegangen wird[1823].

Das Bundesgericht hat eine Beschwerde der Heilsarmee gegen die Regelung der Suizidhilfe im neuenburgischen Gesundheitsgesetz im September 2016 abgewiesen. Konkret machte die Beschwerdeführerin eine Verletzung der Religions-

---

sponsable peut refuser que l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, à la condition que le retour du patient dans son logement soit raisonnablement exigible.».

1819 Art. 27d Abs. 6 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Waadt: «Lorsque la mise en oeuvre de l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, le médecin responsable doit s'assurer que le moyen employé est soumis à prescription médicale.».

1820 Département de la santé et de l'action sociale, Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public (janvier 2013).

1821 Vgl. Art. 1–7 der Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public.

1822 Art. 35a Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg: «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: 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.».

1823 Art. 35a Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg: «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.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

freiheit und der Rechtsgleichheit geltend. Das Bundesgericht hat einen Konflikt zwischen der Glaubens- und Gewissensfreiheit auf der einen und der Freiheit zum Suizid auf der anderen Seite zwar anerkannt[1824]. Im Rahmen der Interessenabwägung hat es die Freiheit zum Suizid aber höher gewichtet als die Glaubens- und Gewissensfreiheit und den Grundrechtseingriff somit als gerechtfertigt beurteilt[1825]. Die Regelung entspricht gemäss Bundesgericht auch dem Gebot der Rechtsgleichheit, da unterschiedliche Sachverhalte (subventionierte und nicht subventionierte Institutionen) unterschiedlich geregelt würden (Verpflichtung zur Duldung des assistierten Suizids nur für die subventionierten Institutionen)[1826].

Das Urteil des Bundesgerichts wird im Kapitel zum Recht auf persönliche Freiheit ausführlich behandelt[1827].

1.3. Genf

Im Kanton Genf ist im Juli 2018 eine Regelung in Kraft getreten[1828], die sich stark an diejenige des Kantons Waadt anlehnt. Sie gilt allerdings nicht nur für öffentlich (mit)finanzierte, sondern für sämtliche medizinischen Institutionen (établissements médicaux privés et publics) sowie Alters- und Pflegeheime (établissements médico-sociaux)[1829].

Gleichzeitig wurde die gesetzliche Grundlage für eine Aufsichtskommission betreffend Suizidhilfe geschaffen (Art. 12A des Gesundheitsgesetzes). Das Gesetz regelt die Aufsicht, die Nomination der Mitglieder, die Finanzierung, die Unabhängigkeit, die Unterstellung unter das Berufsgeheimnis, die Zusammensetzung, die Vertraulichkeit der Identität von HinweisgeberInnen und die Einschaltung der Staatsanwaltschaft[1830]. Die Kommission kann von jeder Person angerufen

1824 BGE 142 I 195 E. 5.5.
1825 BGE 142 I 195 E. 5.8.
1826 BGE 142 I 195 E. 6.4.
1827 Siehe § 7, III, 5. (Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung).
1828 Arrêté du 25 juillet 2018 relatif à la promulgation de la loi du 24 mai 2018 modifiant la loi sur la santé (Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS) (11870).
1829 Art. 39A Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Genf: «Les établissements médicaux privés et publics (EMPP) et les établissements médico-sociaux (EMS) ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résidant, si les conditions suivantes sont remplies : a) le patient ou le résidant : 1° est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider, 2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables; b) des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résidant.».
1830 Art. 12A des Gesundheitsgesetzes des Kantons Genf (Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide): «1 – Il est institué une commission chargée de surveiller la pratique de l'assistance au suicide (ci-après : la commission). 2 – En sa qualité de commission officielle, la commission est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est rattachée administrativement au département chargé de la santé. 3 – Le Conseil d'Etat nomme les membres de la commission ainsi que des suppléants, lui attribue les ressources nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et fixe ses règles de fonctionnement par voie réglementaire. 4 – La commission exerce en toute indépendance les compétences que le présent article lui confère. 5 – Les membres de la commission, y compris le personnel

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

werden, die von einem Suizidhilfevorhaben Kenntnis hat und aus gewichtigen Gründen an der Wohlerwogenheit oder Urteilsfähigkeit der betroffenen Person zweifelt[1831].

1.4. Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt wurde im September 2015 eine Motion betreffend Zugang von Sterbehilfeorganisationen zu öffentlich unterstützten Spitälern und Alters- und Pflegeheimen mit 39 zu 38 Stimmen durch den Grossen Rat abgelehnt[1832]. Nach Auskunft des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt im Januar 2019 sollen Heime und Spitäler weiterhin nicht dazu gezwungen werden, Suizidhilfeorganisationen Zugang zu gewähren[1833].

1.5. Basel-Landschaft

Aufgrund einer Motion, die eigentlich nur die Schaffung einer gesetzlichen Grundlagen für die Kostenbeteiligung von Suizidhilfeorganisationen an den jeweils anstehenden strafrechtlichen Untersuchungen verlangt hatte[1834], wurde auch die Frage des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Heimen diskutiert. Dabei hätte die Regelung im Kanton Waadt gemäss Motionär als Vorbild dienen können[1835]. Die Motion wurde von der Justiz- und Sicherheitskommission des basel-landschaftlichen Landrats im Januar 2020 mit 13 zu 0 Stimmen abgeschrieben[1836]. Der Zusammenfassung der Beratungen ist zu entnehmen, dass die Frage der Kostenbeteiligung an BundesparlamentarierInnen herangetragen wer-

---

auxiliaire, sont soumis au secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse. 6 – La commission est composée de 5 membres soit un médecin du Centre universitaire romand de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé, un spécialiste de bioéthique, un avocat et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients. 7 – La commission peut être saisie par toute personne qui, connaissant l'existence d'un projet d'assistance au suicide, aurait des raisons sérieuses de penser que la personne suicidante est sous influence ou incapable de discernement et n'est donc pas libre d'exprimer ses doutes, cas échéant de changer son projet de suicide. 8 – L'identité de la personne qui signale le cas reste confidentielle. Toute personne qui renseigne la commission en passant outre un secret de fonction ou un secret professionnel n'est pas punissable. 9 – Dans les cas qui le justifient, la commission alerte immédiatement le Ministère public.».

1831 Art. 12A Abs. 7 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Genf.

1832 Beschluss-Protokoll des Grossen Rats des Kantons Basel-Stadt vom 16. September 2015, S. 29.

1833 Artikel auf bzbasel.ch vom 8. Januar 2019 (Kooperation mit Sterbehilfe: Baselbieter Politiker machen Spitälern und Heimen Druck).

1834 Motion Hans-Urs Spiess vom 19. April 2018 (Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Kostenbeteiligung der Sterbehilfeorganisationen).

1835 Artikel auf bzbasel.ch vom 8. Januar 2019 (Kooperation mit Sterbehilfe: Baselbieter Politiker machen Spitälern und Heimen Druck).

1836 Bericht der Justiz- und Sicherheitskommission an den Landrat betreffend Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Kostenbeteiligung der Sterbehilfeorganisationen vom 31. Januar 2020, Ziff. 3.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

den soll und dass auch eine Standesinitiative lanciert werden könnte[1837]. Gemäss Medienberichten wurde die Frage des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen in der Beratung nicht thematisiert[1838].

Am Kantonsspital Baselland ist in einer internen Richtlinie festgehalten, dass innerhalb des Spitals grundsätzlich keine Suizidbeihilfe geleistet wird[1839].

1.6. Bern

Im Kanton Bern hat der Regierungsrat im November 2015 in seiner Antwort auf eine Interpellation festgehalten, dass er auf eine gesetzliche Regelung des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen in Institutionen verzichten möchte und dass er es ablehnt, die Institutionen zu verpflichten, assistierten Suizid in ihren Räumen zuzulassen[1840]. Die Institutionen müssen jedoch deklarieren, welche Haltung sie bezüglich des assistierten Suizids einnehmen[1841].

1.7. Freiburg

Im Kanton Freiburg ist in Richtlinien des Kantonsarztamtes festgelegt, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens das Recht haben, Sterbehilfe innerhalb ihrer Räumlichkeiten abzulehnen. «Die betreffende Person muss aber ohne Einschränkungen begleitet werden, bis sie das Heim verlässt, um ausserhalb der Einrichtung Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Die für das Verlassen des Heims nötige Hilfe und Unterstützung müssen ihr erteilt werden. Die Einrichtungen werden ermuntert, dieses Problem in internen Richtlinien und Verfahren zu regeln, das Personal zu diesem Thema zu schulen und ihm eine (psychologische) Unterstützung zu gewährleisten. Ausserdem muss die diesbezügliche Politik der Einrichtung Gegenstand der Informationen sein, die der Heimbewohnerin oder dem Heimbewohner vor dem Heimeintritt erteilt werden, und/oder im Beherbergungsvertrag aufgeführt werden»[1842].

1837 Bericht der Justiz- und Sicherheitskommission an den Landrat betreffend Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Kostenbeteiligung der Sterbehilfeorganisationen vom 31. Januar 2020, Ziff. 2.3.

1838 Artikel auf bzbasel.ch vom 5. Februar 2020 (Motion zielt vorbei: Sterbehilfe in Baselbieter Spitälern und Heimen muss warten).

1839 Artikel auf bzbasel.ch vom 8. Januar 2019 (Kooperation mit Sterbehilfe: Baselbieter Politiker machen Spitälern und Heimen Druck).

1840 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern auf die Interpellation 126–2015, S. 4.

1841 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Betriebsbewilligungsstandards für Wohnheime vom 1. Juli 2015, S. 15.

1842 Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg, Kantonale Strategie Palliative Care, vom Staatsrat genehmigt am 12. April 2016, S. 20 (Fn. 33).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.8. Solothurn

Im Kanton Solothurn hat das Amt für soziale Sicherheit im Juni 2018 eine Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen erlassen. Gemäss dieser Regelung haben die Trägerschaften von Alters- und Pflegeheimen individuell zu klären, «ob dem Wunsch urteilsfähiger Bewohnerinnen und Bewohnern [sic], das eigene Leben unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den privaten Wohn- bzw. Schlafraum [sic] innerhalb der Institution zu beenden, entsprochen werden soll. Sie entscheidet [sic] eigenständig und im Einklang mit der Betriebskultur für oder gegen einen Zutritt»[1843]. In der Regelung ist weiter festgehalten, dass der gefällte Grundsatzentscheid für die Bewohnenden und deren Angehörige transparent gemacht und auch im Leitbild verankert werden muss[1844]. Institutionen, die Suizidhilfe ermöglichen wollen, müssen eine Regelung über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen erarbeiten und darin die folgenden Punkte regeln[1845]:

– Konkretes Vorgehen, wenn Bewohnende das Beiziehen von Sterbehelferinnen oder -helfern wünschen
– Interne Kommunikation
– Betreuungsmassnahmen für die Mitarbeitenden, wenn Suizidhilfe im Einzelfall geleistet wird
– Rolle und Zuständigkeiten der Heimleitung, generell und im Einzelfall
– Auswertung und Evaluation der Erfahrungen
– Schulung und Weiterbildung des Personals

Die Regelung hält zudem fest, dass Alters- und Pflegeheime eigene oder institutionsübergreifende Ethikkommissionen haben müssen und dass Heimmitarbeitende keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen[1846].

Gemäss Medienberichten erlaubt knapp die Hälfte aller Altersheime im Kanton Solothurn den Zugang von Suizidhilfeorganisationen[1847].

1843 Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn, Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen, Ziff. 3.
1844 Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn, Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen, Ziff. 4.
1845 Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn, Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen, Ziff. 5.
1846 Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn, Regelung für Alters- und Pflegeheime über die Zutrittsgewährung von Sterbehilfeorganisationen, Ziff. 6 und 7.
1847 Artikel in der Solothurner Zeitung vom 30. Oktober 2019 (Knapp die Hälfte aller Altersheime im Kanton erlaubt Sterbehilfe).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.9. Wallis

Von den ca. 1000 Suiziden, die mit Unterstützung von Exit jährlich durchgeführt werden, entfallen nur zwei bis drei auf den Kanton Wallis[1848]. Gemäss Medienberichten wird Suizidhilfeorganisationen der Zutritt zu den meisten Alters- und Pflegeheimen im Kanton Wallis verwehrt[1849].

1.9.1. Geltendes Gesundheitsgesetz

Im Kanton Wallis hält Art. 17 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes[1850] fest: «Jegliche gewerbsmässige Beihilfe zum Selbstmord ist kantonsweit verboten.» Es ist unklar, ob mit Gewerbsmässigkeit nur regelmässiges Tätigwerden oder aber Gewinnerzielungsabsicht gemeint ist. Die Suizidhilfeorganisation Exit geht davon aus, dass ihre Tätigkeit von dieser Bestimmung zumindest teilweise erfasst wird[1851]. Eine verfassungskonforme Auslegung dieser Bestimmung ergibt demgegenüber, dass mit Gewerbsmässigkeit eine Gewinnerzielungsabsicht gemeint sein muss. Wenn regelmässiges Tätigwerden für die Bejahung der Gewerbsmässigkeit genügen würde, wäre im Kanton Wallis die Tätigkeit von Suizidhilfeorganisationen verboten. Dies würde das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes in nicht rechtfertigbarem Ausmass einschränken und damit zur Verfassungswidrigkeit dieser Bestimmung führen.

1.9.2. Revidiertes Gesundheitsgesetz

Im April 2018 hat das kantonale Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur den Vorentwurf für ein neues Gesundheitsgesetz zur Vernehmlassung vorgelegt[1852]. Gemäss diesem Vorentwurf hätte die Bestimmung in ähnlicher Form als Absatz 3 eines neuen Artikels 17a (Begleitung am Lebensende) beibehalten werden sollen[1853]. Anstelle von «Beihilfe zum Selbstmord» sollte in dieser

1848 Beitrag auf 1815.ch vom 19. April 2018 (Kaum Freitod-Begleitung im Wallis).
1849 SRF Regionaljournal Bern Freiburg Wallis vom 1. März 2019 (Sterbehilfe hat im Bergkanton einen schweren Stand).
1850 Gesundheitsgesetz des Kantons Wallis vom 14. Februar 2008.
1851 Stellungnahme des Vereins EXIT deutsche Schweiz zum Entwurf des Gesundheitsgesetzes, Juni 2018, S. 3: «Diese Personen machen sich nicht nach Art. 115 StGB strafbar, auch wenn sie mit den Spesen und Entschädigungen einen Teil ihres Lebensunterhaltes verdienen und bereit sind, eine Vielzahl von FTB durchzuführen. Jedoch könnten diese Personen gewerbsmässig im strafrechtlichen Sinn handeln, was dennoch legal ist. In solchen Fällen würde dessen ungeachtet eine Widerhandlung gegen Art. 17a Abs. 3 E-GG vorliegen und die Freitodbegleiter wären nach Art. 136 Abs. 1 lit. d E-GG zu bestrafen, […]». Diese Stellungnahme bezog sich auf den Vorentwurf für ein neues Gesundheitsgesetz, dessen Art. 17a Abs. 3 gleich gelautet hat wie Art. 17 Abs. 3 des geltenden Gesetzes (vgl. Übersichtstabelle, S. 8).
1852 Medienmitteilung der Dienststelle für Gesundheitswesen vom 9. April 2018 (Vorentwurf des Gesundheitsgesetzes – Vernehmlassung).
1853 Übersichtstabelle: Gesundheitsgesetz (800.1) – Vorentwurf – März 2018, S. 8.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bestimmung jedoch «Sterbehilfe» stehen, d.h. Absatz 3 des im Vorentwurf vorgeschlagenen neuen Artikels hat gelautet: «Jegliche gewerbsmässige Sterbehilfe ist kantonsweit verboten»[1854]. In der französischsprachigen Fassung lautet der Absatz sowohl im aktuell geltenden Gesundheitsgesetz als auch im Vorentwurf wie folgt: «Toute exploitation commerciale de l'assistance au suicide est interdite sur le territoire cantonal»[1855]. Es ist somit davon auszugehen, dass mit dem Begriff «Sterbehilfe» auch in der deutschen Fassung Suizidhilfe gemeint war[1856].

Auch bei Absatz 1 des im Vorentwurf vorgeschlagenen Artikels 17a handelte es sich um die Übernahme eines bereits bestehenden Absatzes (Art. 17 Abs. 2). Neu war jedoch der vorgeschlagene Absatz 2 mit dem folgenden Wortlaut: «Sterbehilfe stellt eine individuelle Freiheit dar. Diese Freiheit ist von den Gesundheitsinstitutionen und den Gesundheitsfachpersonen zu berücksichtigen. Die Gesundheitsfachpersonen können nicht dazu verpflichtet werden, sich an der Sterbehilfe zu beteiligen.» Gemäss dem Bericht zum Vorentwurf des Gesundheitsgesetzes wird damit «auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte verweisen [sic], der zufolge Sterbehilfe eine individuelle Freiheit darstellt. Die Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsfachleute müssen solche Situationen also berücksichtigen. In der Bestimmung wird allerdings präzisiert, dass die Gesundheitsfachleute nicht dazu verpflichtet werden können, sich an Sterbehilfe zu beteiligen»[1857].

Die Kommission für Gesundheit, Sozialwesen und Integration des Grossen Rates des Kantons Wallis hat im Rahmen der Beratung des Gesundheitsgesetzes einen neuen Artikel 18a mit dem Titel «Sterbehilfe» einfügen wollen[1858]. Dieser hätte wie folgt gelautet:

> [1] Sterbehilfe stellt eine individuelle Freiheit dar. Jede urteilsfähige Person kann diese Freiheit geltend machen.
>
> [2] Die Gesundheitsinstitutionen mit öffentlichem Auftrag müssen die Entscheidung eines Patienten oder Bewohners, innerhalb der Institution von einer institutionsexternen Person Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, respektieren, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
>
> a) der Patient oder Bewohner leidet an einer schweren und unheilbaren Krankheit oder an schweren und unheilbaren Folgen eines Unfalls;
>
> b) jede in Anbetracht seines Gesundheitszustands vorstellbare Therapie, insbesondere im Zusammenhang mit Palliative Care, wurde dem Patienten oder Bewohner vorgeschlagen und er hat explizit Stellung dazu bezogen;

1854 Übersichtstabelle: Gesundheitsgesetz (800.1) – Vorentwurf – März 2018, S. 8.
1855 Art. 17 Abs. 3 Tableau synoptique : loi sur la santé du 14 février 2008 (800.1) – Avant-projet – mars 2018, S. 7.
1856 Zum Begriff «Sterbehilfe»: § 2, II.
1857 Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur des Kantons Wallis, Bericht zum Vorentwurf des Gesundheitsgesetzes, März 2018, S. 10.
1858 Bericht der Kommission für Gesundheit, Sozialwesen und Integration des Grossen Rats des Kantons Wallis vom 27. Februar 2019 zum Entwurf des Gesundheitsgesetzes, S. 14 f.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

c) der Patient oder Bewohner hat kein Zuhause mehr oder seine Rückkehr nach Hause ist nicht vernünftig zumutbar.

[3] Der behandelnde Arzt überprüft, ob die oben genannten rechtlichen Bedingungen erfüllt sind. Er kann die Meinung eines anderen Arztes mit Berufsausübungsbewilligung im Kanton Wallis einholen. Vermutet der behandelnde Arzt, dass der Wunsch des Patienten oder Bewohners von einer psychischen Störung oder durch Druck von aussen beeinflusst wird, kann er die Meinung eines Psychiaters einholen.

[4] Der behandelnde Arzt ist dafür zuständig, dem Patienten oder Bewohner innert einer maximalen Frist von drei Wochen schriftlich Bescheid zu geben.

[5] Die Gesundheitsinstitutionen ohne öffentlichen Auftrag müssen ihre Patienten oder Bewohner klar über ihre interne Sterbehilfepolitik informieren.

[6] Das involvierte Personal der Institution und der involvierte medizinische Verantwortliche oder behandelnde Arzt dürfen sich berufsmässig nicht an der Durchführung der Sterbehilfe beteiligen.

[7] Der Staatsrat präzisiert nach Anhörung der betroffenen Partner die Vollzugsbedingungen des vorliegenden Artikels auf dem Verordnungsweg.

[8] Jegliche gewinnbringende gewerbsmässige Sterbehilfe ist kantonsweit verboten.

Der Grosse Rat des Kantons Wallis hat am 9. Mai 2019 die Totalrevision des Gesundheitsgesetzes in erster Lesung angenommen[1859]. Dabei wurde ein Antrag auf Streichung von Artikel 18a mit 69 zu 56 bei 4 Enthaltungen abgelehnt[1860]. Demgegenüber hat der Grosse Rat am 12. März 2020 im Rahmen der zweiten Lesung der Streichung des Artikels mit 69 zu 57 Stimmen zugestimmt[1861]. Die Suizidhilfe wird im revidierten Gesundheitsgesetz des Kantons Wallis somit nicht mehr geregelt sein[1862].

1.9.3. Ausblick

Die Vorsteherin des Walliser Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur hat angekündigt, dass sie noch im Jahr 2020 eine Regelung ausserhalb des Gesundheitsgesetzes anstrebe[1863]. Hierzu wurde die Motion «Gesamtüberblick und angemessene Gesetzgebung für das Lebensende in Walliser Gesundheitsinstitutionen» eingereicht und an den Staatsrat zum Vollzug überwiesen[1864]. Die Motion verlangt, dass der Staatsrat «rasch die notwendigen Gesetzesänderungen vorlegen [soll], entweder als Gesetz über das Lebensende in Walliser Gesundheitsinsti-

1859 Grosser Rat des Kantons Wallis, Sitzung in Kürze, 9. Mai 2019, S. 1.
1860 Beitrag auf 1815.ch vom 9. Mai 2019 (Altersheime müssen Sterbehilfe ermöglichen).
1861 Beitrag auf 1815.ch vom 12. März 2020 (Parlament streicht Artikel über die Sterbehilfe aus dem Gesundheitsgesetz).
1862 Gesundheitsgesetz des Kantons Wallis vom 12. März 2020.
1863 SRF Regionaljournal Bern Freiburg Wallis vom 13. März 2020 (Kein Recht auf Sterbehilfe im Walliser Gesundheitsgesetz).
1864 Grosser Rat des Kantons Wallis, Sitzung in Kürze, 12. März 2020, S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tutionen oder als Anpassung der derzeitigen Gesetze mit Bezug zur Palliativpflege und Sterbehilfe»[1865].

2. *Regelungen auf Gemeindeebene*

In der Stadt Zürich ist es PatientInnen in den Stadtspitälern untersagt, mit Unterstützung einer Suizidhilfeorganisation einen Suizid durchzuführen[1866]. In den städtischen Altersheimen und Alterssiedlungen ist demgegenüber die Durchführung des Suizids seit 2000 gestattet, sofern die Person in der Institution wohnt[1867].

In der Stadt Luzern ist Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt seit 2011 gestattet[1868]. Im Luzerner Kantonsspital ist sie untersagt[1869].

3. *Regelungen auf Institutionenebene*

Regeln über den Zugang von Suizidhilfeorganisationen bestehen in zahlreichen Spitälern sowie Wohn- oder Pflegeeinrichtungen. Diese sind nur selten öffentlich zugänglich und werden auch auf Anfrage hin häufig nicht oder nur unter Hinweis auf Vertraulichkeit zugestellt.

Im Kanton Bern sehen die Betriebsbewilligungsstandards für Wohnheime der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vor, dass das Thema «Sterbehilfe» im Betriebskonzept enthalten sein muss[1870]. In seiner Antwort auf eine Interpellation hat der Regierungsrat des Kantons Bern festgehalten, dass nur eines von 26 angefragten Spitälern den assistierten Suizid zulässt, wobei 12 Spitäler keine Auskunft erteilt hatten[1871]. Bei den Alters- und Pflegeheimen lassen 78 von 311 der angefragten Institutionen den assistierten Suizid zu (61 haben keine Auskunft erteilt)[1872]. Das Gesundheitsgesetz des Kantons Neuenburg verlangt von den nicht öffentlich (mit)finanzierten Institutionen, dass sie ihre PatientInnen bzw. Bewoh-

1865 Motion 2020.03.039 vom 9. März 2020 (Gesamtüberblick und angemessene Gesetzgebung für das Lebensende in Walliser Gesundheitsinstitutionen).
1866 Beschluss des Zürcher Stadtrates vom 25. Oktober 2000 (abgedruckt in der Weisung GR 2003/56 vom 26. Februar 2003) Ziff. 1 a).
1867 Beschluss des Zürcher Stadtrates vom 25. Oktober 2000, Ziff. 1 b).
1868 Bericht des Stadtrates von Luzern an den Grossen Stadtrat von Luzern, Regelung der Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern (vom Grossen Stadtrat von Luzern mit Beschluss vom 1. Dezember 2011 zustimmend zur Kenntnis genommen), S. 20 f.
1869 Unpublizierte Weisung «Suizidbeihilfe am Luzerner Kantonsspital», zitiert im Bericht Regelung der Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern, S. 17 f.
1870 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Betriebsbewilligungsstandards für Wohnheime vom 1. Juli 2015, Ziff. 2 i.V.m. Tabelle 1 Ziff. 8.
1871 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern auf die Interpellation 126–2015 («Gewährleistet der Kanton Bern die Selbstbestimmung des Menschen bis zum Schluss?»), S. 3.
1872 Antwort des Regierungsrates des Kantons Bern auf die Interpellation 126–2015, S. 3.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nerInnen darüber informieren müssen, wie mit assistierten Suiziden umgegangen wird[1873].

Im Kanton Thurgau hat der Regierungsrat bei der Beantwortung einer Interpellation festgehalten, dass neun von 51 Pflegeheimen die Suizidhilfe zulassen und dass BewohnerInnen der übrigen 42 Heime die Sterbehilfe an einem externen Ort in Anspruch nehmen müssen[1874].

III. Regelungsbedarf

1. Menschenrechtliche Anforderungen

Sowohl das Bundesgericht[1875] als auch der EGMR[1876] haben das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, anerkannt. Dieses gilt für alle Menschen und damit auch für BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen. Dieses Recht wird teilweise durch kantonale, kommunale oder Regelungen auf Institutionsebene betreffend den Zugang von Suizidhilfeorganisationen eingeschränkt[1877].

Beim Verbot des Zutritts von Suizidhilfeorganisationen zu bestimmten Institutionen handelt es sich zumindest dann um einen schweren Grundrechtseingriff, wenn eine Person in dieser Institution wohnt. Dies ist bei Wohn- und Pflegeeinrichtungen regelmässig der Fall, nicht aber bei Spitälern. Bei Menschen, die sich in einem Spital befinden, kann die Beschränkung des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen jedoch dann eine schwere Grundrechtseinschränkung darstellen, wenn sie nicht oder nur mit unverhältnismässigem Aufwand in ihre Wohnung zurückkehren können. In diesen Fällen müsste ein Verbot des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen dementsprechend in einem formellen Gesetz vorgesehen sein.

Die Rechtsprechung des EGMR zeigt, dass sowohl ein Verbot als auch die Zulassung der Suizidhilfe EMRK-konform sind[1878]. Dementsprechend kann auch aus der Verfassungsmässigkeit einer gesetzlichen Pflicht, Suizidhilfeorganisationen den Zugang zu öffentlich mitfinanzierten Heimen zu gewähren, nicht abgeleitet werden, dass Zugangsverbote einzelner Institutionen verfassungswidrig wären[1879].

1873 Art. 35a Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg.
1874 Regierungsrat des Kantons Thurgau, Beantwortung der Interpellation von Andrea Vonlanthen, Astrid Ziegler und Hansjörg Haller vom 23. November 2016 (Sterbehilfe im Thurgau), S. 3.
1875 BGE 133 I 58 E. 6.1.
1876 Urteil des EGMR 31322/07 vom 20. Januar 2011 (Haas gegen die Schweiz), Ziff. 51.
1877 § 16, II (Aktuelle Rechtslage).
1878 § 6, V, 3 (Zulässigkeit der Suizidhilfe) bzw. § 6, V, 4 (Zulässigkeit des Verbots von Suizidhilfe).
1879 So aber Egli, Grundrechte, S. 106.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Das Recht auf Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes gilt auch für Menschen, die in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen. Die regelmässige Konfrontation mit Suizidhilfe kann jedoch die Glaubens- und Gewissensfreiheit von Menschen, die den Suizid aus entsprechenden Gründen ablehnen, tangieren, zumal gemäss Bundesgericht bereits die Pflicht zur Zugangsgewährung für Suizidhilfeorganisation die Glaubens- und Gewissensfreiheit einer religiös ausgerichteten Heimbetreiberin tangiert[1880]. Mit einem Zugangsverbot für Suizidhilfeorganisationen bzw. einem Verbot der Inanspruchnahme von Suizidhilfe wird somit die Glaubens- und Gewissensfreiheit von BewohnerInnen entsprechender Glaubens- und Gewissensrichtungen geschützt.

2. *Notwendigkeit einer Regelung*

Der Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen ist von Kanton zu Kanton und häufig auch von Heim zu Heim sehr unterschiedlich geregelt[1881]. Viele Kantone, Gemeinden und/oder Heime haben bis heute keine Regelung erlassen. Eine Regelung betreffend den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen wäre dann notwendig, wenn sämtliche Heime den Zugang erlauben oder wenn sämtliche Heime den Zugang verbieten würden. Im ersten Fall wäre das Recht auf persönliche Freiheit, das auch einen Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen beinhaltet[1882], verletzt. Im zweiten Fall kann das Recht auf Glaubens- und Gewissensfreiheit verletzt sein[1883].

Der Staat muss den Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen nur für diejenigen Menschen gewährleisten, für die der Suizid grundsätzlich eine Option ist. Für Menschen, die den Suizid unter allen Umständen ablehnen, ist dieser Anspruch irrelevant; für sie muss der Staat den Zugang zur Suizidhilfe dementsprechend nicht sicherstellen. In der Schweiz existieren über 1500 Alters- und Pflegeheime[1884]. Wenn eine Nachfrage für Alters- und Pflegeheime mit Zugangsverbot und gleichzeitig eine Nachfrage für Heime ohne Zugangsverbot für Suizidhilfeorganisationen besteht, ist nicht ersichtlich, weshalb der Staat das eine oder das andere verbieten sollte. Solange Menschen die Wahl haben, ob sie in eine Institution mit oder in eine Institution ohne Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Suizidhilfe eintreten wollen, sind Zugangsverbote einzelner Institutionen verfassungskonform. Zentral ist jedoch, dass alle Menschen beim Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim darüber informiert werden, ob die Suizidhilfe in der ent-

1880 BGE 142 I 195 E. 5.4.
1881 § 16, II (Aktuelle Rechtslage).
1882 § 7, III, 4 (Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen).
1883 BGE 142 I 195 E. 5.5.
1884 www.bfs.ch → Statistiken finden → Gesundheit → Gesundheitswesen → Alters- und Pflegeheime: 1'561 Alters- und Pflegeheime im Jahr 2017.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sprechenden Institution zugelassen wird oder nicht[1885]. Darüber hinaus erscheint eine Regelung nicht notwendig.

Der nachfolgenden Regelungsvorschläge können Kantonen oder Gemeinden, die trotzdem eine Regelung erlassen wollen, als Richtschnur dienen.

IV. Regelungsvorschläge

1. Umfassende Zugangsregelung

Nachdem die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt öffentlich mitfinanzierte oder (im Kanton Genf) alle Alters- und Pflegeheime dazu verpflichtet haben, die Suizidhilfe zuzulassen, ist absehbar, dass auch in weiteren Kantonen entsprechende Regelungen eingeführt werden. Das Bundesgericht hat die Regelung im Kanton Neuenburg als verfassungskonform beurteilt[1886]. Auch wenn die beschwerdeführende Heilsarmee nur eine Verletzung der Glaubens- und Gewissensfreiheit bzw. der Rechtsgleichheit gerügt hat, ist davon auszugehen, dass das Bundesgericht die Regelung auch unter dem Blickwinkel des Rechts auf Leben und der daraus fliessenden Schutzpflichten als verfassungskonform beurteilen würde.

Wenn ein Kanton den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen regeln möchte, kann er sich somit an der Regelung in den Kantonen Genf, Neuenburg und Waadt orientieren. Diese unterscheiden sich vor allem darin, dass in Genf auch rein privat finanzierte Alters- und Pflegeheime verpflichtet sind, Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zuzulassen[1887].

2. Beschränkung auf Informationspflichten

Kantone, die keine umfassende Zugangsregelung erlassen, sollten die Alters- und Pflegeheime verpflichten, über ihren Umgang mit Suizidhilfe und Suizidhilfeorganisationen zu informieren. Diese Information muss bereits vor dem Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim für Interessierte zugänglich sein.

In den Kantonen Bern und Neuenburg sind entsprechende Regelungen bereits in Kraft: Im Kanton Bern ist in den Betriebsbewilligungsstandards für Wohnheime festgehalten, dass Institutionen deklarieren müssen, welche Haltung sie bezüglich des assistierten Suizids einnehmen[1888]. Im Kanton Neuenburg, der eine umfassende Zugangsregelung erlassen hat, gilt für ausschliesslich privat finan-

1885 § 13, IV, 2.3 (Information über Umgang mit Suizidhilfe).

1886 BGE 142 I 195, ausführlich besprochen in § 7, III, 5 (Verfassungsmässigkeit einer Pflicht zur Zugangsgewährung).

1887 § 16, II, 1.3 (Regelung des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Alters und Pflegeheimen im Kanton Genf).

1888 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Betriebsbewilligungsstandards für Wohnheime vom 1. Juli 2015, S. 15.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zierte Alters- und Pflegeheime bereits eine solche Informationspflicht. Art. 35a Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg sieht vor, dass nicht öffentlich (mit)finanzierte Institutionen ihre PatientInnen bzw. BewohnerInnen darüber informieren müssen, wie mit assistierten Suiziden umgegangen wird[1889].

Ergebnisse 3. Teil

Bei Interviews, die im Rahmen einer empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende durchgeführt wurden, sind vier Problemkonstellationen (§§ 11–14) immer wieder aufgetaucht. Im dritten Teil dieser Arbeit sind zur Entschärfung dieser Probleme und unter Berücksichtigung der im zweiten Teil erarbeiteten menschenrechtlichen Anforderungen Regulierungsvorschläge erarbeitet worden. Weitere Regulierungsvorschläge wurden für zwei konkrete Probleme im Zusammenhang mit der Suizidhilfe erarbeitet (§§ 15 und 16).

Dem Problem, dass Patientenwünsche häufig nicht bekannt sind (§ 11), kann mit den folgenden Regelungen begegnet werden:

- Der Bund sollte die Bevölkerung über die Vorteile einer Patientenverfügung informieren, um damit die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende zu fördern. Eine gesetzliche Grundlage für diese Informationstätigkeit könnte bei der Regelung der Patientenverfügung im ZGB aufgenommen werden.
- Die Vorgabe zur Abklärung, ob eine Patientenverfügung vorliegt (Art. 372 Abs. 1 ZGB), die aus verschiedenen Gründen kaum befolgt wird, sollte einer umsetz- und durchsetzbaren Regelung weichen. Eine mögliche Formulierung für die Sicherstellung der Auffindbarkeit von Patientenverfügungen lautet wie folgt:

  Art. 372 Abs. 1 ZGB (neu)
  Beim Eintritt in ein Spital sowie in eine Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Liegt eine Patientenverfügung vor, wird diese Tatsache im Patientendossier dokumentiert.
  Art. 372 Abs. 1bis ZGB (neu)
  Spitäler sowie Wohn- oder Pflegeeinrichtungen sorgen während der Dauer des Aufenthalts für die Aufbewahrung und Auffindbarkeit der Patientenverfügung. Bei einer Verlegung der Patientin oder des Patienten sind sie für die Übergabe der Patientenverfügung verantwortlich.
- Weil Patientenverfügungen häufig zu allgemein formuliert sind, sollte zur Stärkung der Patientenwünsche das aus den USA stammende Instrument der

1889 Art. 35a Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg: «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.».

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

medizinischen Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen auch in der Schweiz eingeführt werden. Die Grundzüge sollten entweder in einem eigens hierzu geschaffenen Bundesgesetz oder in einem Patientenrechtsgesetz geregelt werden. Wenn der Bund die Thematik nicht aufnehmen sollte, ist auch eine Regelung in kantonalen Gesundheitsgesetzen möglich.

– Weil der Reanimationsstatus entgegen entsprechender Empfehlungen der SAMW häufig nicht oder ohne Rücksprache mit der PatientIn festgelegt wird, braucht es eine verbindliche Regelung. Diese könnte ebenfalls entweder in einem Patientenrechtsgesetz auf Bundesebene oder in den kantonalen Gesundheitsgesetzen aufgenommen werden.

Dem Problem, dass häufig medizinisch sinnlose Behandlungen (Überbehandlungen) vorgenommen werden (§ 12), kann mit den folgenden Regelungen begegnet werden:

– Zusätzlich zur geltenden Regelung, wonach nur im Vorfeld eines medizinischen Eingriffs informiert werden muss, braucht es eine Regelung zur Information über den Gesundheitszustand ausserhalb der Aufklärung zwecks Einwilligung. Eine solche könnte wie folgt lauten: «Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch darauf, auch über fehlende Behandlungsmöglichkeiten informiert zu werden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss in dieser Situation die Gelegenheit zu einem ausführlichen Gespräch anbieten.»
– Zur Stärkung des ungenügenden Rechtsschutzes von Menschen in Alters- und Pflegeheimen und Menschen am Lebensende sollte ein Beschwerderecht für Patientenorganisationen und für Seniorenorganisationen eingeführt werden. Auch hier ist die konkrete Verortung davon abhängig, ob der Bund ein Patientenrechtsgesetz erlässt. Sollte er darauf verzichten, sollten entsprechende Beschwerdemöglichkeiten in den kantonalen Gesundheitsgesetzen vorgesehen werden.
– Die von Fachgesellschaften zusammengestellten Listen von i.d.R. unnötigen medizinischen Massnahmen müssen in der ärztlichen Weiterbildung thematisiert werden. Der Bund könnte dies sicherstellen, indem er entsprechende Vorgaben als Voraussetzungen für die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge festlegen würde.

Dem Problem der mangelhaften medizinischen Versorgung in Heimen (§ 13) kann mit den folgenden Regelungen begegnet werden:

– BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen sollte beim Eintritt standardmässig ein ausführliches Gespräch zu den Themen Patientenverfügung und Advance Care Planning (inkl. Reanimationsstatus) angeboten werden. Die für dieses Gespräch eingesetzte Zeit muss angemessen entschädigt werden. Gestützt auf dieses Gespräch muss mindestens der Reanimationsstatus festgelegt werden.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Der Anwendungsbereich des ZGB-Unterabschnitts zum Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen muss dahingehend ausgeweitet werden, dass Menschen unabhängig vom Kriterium der Urteilsfähigkeit geschützt werden. Zusätzlich ist die im ZGB vorgesehene Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen dahingehend anzupassen, dass sie dazu beiträgt, die verbreiteten Missstände aufzudecken und in Zukunft zu verhindern.
- Der Folterkommission müssen die Mittel zur Verfügung gestellt werden, welche sie zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags benötigt. In diesem Bereich besteht kein Regelungs-, jedoch Umsetzungsbedarf.

Dem Problem der ungenügenden Finanzierung von Palliative Care (§ 14) kann mit den folgenden Regelungen begegnet werden:

- Die Vergütung der stationären Palliativbehandlungen muss dahingehend angepasst werden, dass rein finanziell motivierte und medizinisch unsinnige Verlegungen verhindert werden.
- Die Regelung der Finanzierung von ambulanter Palliative Care muss so ausgestaltet sein, dass Menschen immer dann, wenn die Gesamtkosten für eine Behandlung und Betreuung im Spital oder in einem Alters- oder Pflegeheim höher sind, einen Anspruch auf Palliative Care zuhause haben.
- Die in Tarmed vorgesehene Begrenzung der Vergütung für Leistungen in Abwesenheit der PatientIn auf maximal 60 Minuten in drei Monaten muss für Leistungen im Bereich der Palliative Care aufgehoben werden.
- Die in Art. 7a KLV verankerte Beschränkung der Pflegezeit muss für die Pflege im Rahmen von Palliative Care an- oder aufgehoben werden.

Dem Problem, dass die Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe nicht eindeutig vorgeschrieben ist (§ 15), kann mit der folgenden Regelung begegnet werden:

- Im Heilmittelgesetz sollte für die Verschreibung von Arzneimitteln, deren Anwendung höchstpersönliche Rechte tangiert, eine Prüfung der Urteilsfähigkeit vorgeschrieben werden. Eine entsprechende Regelung könnte in Art. 26 Abs. 2 HMG ergänzt werden.
- Die grundlegenden Modalitäten der Prüfung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen Suizid sollten ebenfalls im Heilmittelgesetz verankert werden. Nach der vorgeschlagenen Ergänzung in Art. 26 Abs. 2 HMG sollte ein neuer Abs. 2^{bis} mit dem folgenden Wortlaut eingefügt werden: «Bei der Suizidhilfe ist immer sorgfältig zu evaluieren, ob eine Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt. Wenn eine solche vorliegt, muss eine vertiefte Evaluation folgen. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen.»

Dem Bestreben, den Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen (§ 16) zu regulieren, kann mit der folgenden Regelung nachgekommen werden:

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

– Einerseits kann eine umfassende Zugangsregelung, wie sie in drei Westschweizer Kantonen bereits besteht, erlassen werden. Wenn in Alters- und Pflegeheimen die organisierte Suizidhilfe zulässig sein soll, können sich Kantone beim Erlass einer Regelung an den Gesundheitsgesetzen in Genf, Neuenburg und Waadt orientieren.
– Wenn keine umfassende Zugangsregelung angestrebt wird, sollten Alters- und Pflegeheime dazu verpflichtet werden, über den Umgang mit organisierter Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zu informieren. Dies ermöglicht es Menschen, die in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten, sich für ein Heim zu entscheiden, das ihrer diesbezüglichen Präferenz entspricht.

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gesamtfazit

Diese Arbeit hat die folgenden Erkenntnisse hervorgebracht:

I. (Noch) nicht regulierbare Bereiche

Regulierung setzt voraus, dass der zu regulierende Sachverhalt genügend klar umrissen ist. Bei zwei vieldiskutierten Problemkonstellationen ist dies heute (noch) nicht der Fall: Beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und bei der kontinuierlichen tiefen Sedierung.

1. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit[1890] wird teilweise als Alternative zum Suizid durch Einnahme einer tödlichen Substanz beschrieben[1891]. Im Unterschied zu dieser Methode ist beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit keine ärztliche Verschreibung erforderlich. Diese Methode der Lebensbeendigung ist dementsprechend noch weniger reguliert als der Suizid durch Einnahme eines verschreibungspflichtigen Medikaments. Wenn sich der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als alternativer Weg zur Beendigung des Lebens «etablieren» sollte, wäre zu prüfen, ob Regulierungsbedarf besteht, um eine Umgehung der ärztlichen Mitwirkung zu verhindern.

Bis heute ist jedoch unklar, wie häufig dieser Weg von sterbewilligen Menschen in der Schweiz gegangen wird und ob er auch dann ein gutes (d.h. möglichst leidensfreies) Sterben ermöglicht, wenn der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat. Konkret ist umstritten, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nur dann ohne Durst- und Hungergefühl möglich ist, wenn die betroffene Person bereits im Sterben liegt[1892]. Wenn es so wäre, ist nicht davon auszugehen, dass sich viele Menschen für diesen Weg zur Beendigung des eigenen Lebens entscheiden werden. Wenn der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nur ein leidvolles Sterben ermöglicht, ist er vergleichbar mit gewaltsamen Formen des Suizids, die nicht reguliert und auch kaum regulierbar sind.

Wenn sich der FVNF jedoch als i.d.R. leidensfreier Weg zur Beendigung des Lebens erweisen sollte, wäre er eher als Alternative zum Suizid mittels Einnahme einer tödlichen Substanz zu betrachten. In diesem Fall würde sich die Frage stellen, ob auch bei dieser Methode zur Beendigung des eigenen Lebens die

1890 Zum Begriff: § 2, VIII.
1891 Zu den (spärlichen) Zahlen und Fakten: § 3, X.
1892 § 3, X (Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Mitwirkung von ÄrztInnen verlangt werden soll und wie eine solche Mitwirkung ggf. aussehen könnte.

Solange unklar bleibt, ob der FVNF nur nach Einsetzen des Sterbeprozesses einen leidensfreien Weg zum Tod ermöglicht, erscheint eine Regulierung dieser Thematik nicht erforderlich.

2. *Kontinuierliche tiefe Sedierung*

Gemäss einer im Jahr 2016 publizierten Studie hat die kontinuierliche tiefe Sedierung[1893] in der Schweiz stark zugenommen[1894]. Im Jahr 2001 lag sie noch unter 5 Prozent, im Jahr 2013 bei über 17 Prozent[1895]. Vergleicht man die wissenschaftliche Literatur mit den Angaben von ÄrztInnen aus der Schweiz, fällt auf, dass in einem ganz zentralen Punkt unterschiedliche Angaben gemacht werden. Dies betrifft die Frage, ob die kontinuierliche tiefe Sedierung in der Regel eine Lebensverkürzung bewirkt oder nicht. In der wissenschaftlichen Literatur wird ein lebensverkürzender Effekt ganz überwiegend verneint, während ÄrztInnen in der Schweiz einen solchen regelmässig bejahen[1896]. Dies führt zur Frage, ob die kontinuierliche tiefe Sedierung in der Schweiz häufig nicht nach den Regeln der Kunst durchgeführt wird. Es ist auch denkbar, dass unter diesem Titel gezielt Leben verkürzt werden, was einer verdeckten Form der Tötung auf Verlangen oder sogar der Tötung ohne entsprechendes Verlangen gleichkäme. Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine Mutmassung, die empirisch zu untersuchen ist.

Wenn Untersuchungen diese Mutmassung erhärten sollten, wäre zu diskutieren, ob das geltende Recht (Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen) besser durchgesetzt werden muss oder ob die Tötung auf Verlangen mittels Sedierung unter gewissen Voraussetzungen zulässig sein soll.

Wenn Untersuchungen die Mutmassung jedoch widerlegen sollten, wäre dies ein Hinweis darauf, dass die kontinuierliche tiefe Sedierung häufig nicht nach den Regeln der Kunst durchgeführt wird. In diesem Fall müsste bei der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals angesetzt werden.

Eine Regulierung der kontinuierlichen tiefen Sedierung wäre nur dann angezeigt, wenn sich zeigen sollte, dass die Sedierung gezielt zur Lebensverkürzung eingesetzt wird.

1893 Zum Begriff: § 2, VI.
1894 Zu den Zahlen und Fakten: § 3, V.
1895 Bosshard, Comparison , S. 555.
1896 § 3, V (Sedierung).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Menschenrechtliche Anforderungen

Im zweiten Teil der Arbeit wurde die Bedeutung der Menschenrechte für Menschen in ihrer letzten Lebensphase untersucht. Aus den Menschenrechten lassen sich konkrete Forderungen zum besseren Schutz dieser Menschen ableiten. Die im dritten Teil der Arbeit auf Grundlage dieser Anforderungen erarbeiteten Regelungsvorschläge werden anschliessend im Abschnitt III des Gesamtfazits zusammengefasst.

1. Diskriminierungsverbot

Das in § 5 behandelte Diskriminierungsverbot verlangt u.a., dass Menschen in Alters- und Pflegeheimen der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht erschwert werden darf[1897]. Das Alter wird in der schweizerischen Bundesverfassung, anders als in der EMRK und den UNO-Pakten, explizit als verpöntes Anknüpfungsmerkmal aufgeführt. Die in der verfassungsrechtlichen Literatur genannten Argumente gegen einen Schutz vor Altersdiskriminierung vermögen nicht zu überzeugen[1898]. Sozialwissenschaftliche Studien zeigen, dass insbesondere ältere Menschen häufig sachlich nicht begründbaren Benachteiligungen ausgesetzt sind. Auch aus den Interviews, die im Rahmen der empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende geführt wurden, geht eindeutig hervor, dass Menschen in Alters- und Pflegeheimen auch bei schweren gesundheitlichen Problemen davon abgehalten werden, sich in einem Spital behandeln zu lassen[1899]. Weil in Alters- und Pflegeheimen in der Regel ältere Menschen wohnen, stellt der erschwerte Zugang dieser Gruppe zu medizinischen Leistungen eine indirekte Altersdiskriminierung dar. Zum Schutz der Menschen vor Altersdiskriminierung sind regulatorische Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen notwendig[1900].

2. Recht auf Leben

Das in § 6 behandelte Recht auf Leben gebietet, dass Menschen festlegen können, ob in lebensbedrohlichen Situationen alles medizinisch Mögliche für die Lebenserhaltung oder nur bestimmte Behandlungen ergriffen werden sollen oder ob sie einen möglichst ruhigen und u.U. raschen Tod bevorzugen[1901]. Das Recht auf

1897 § 13, III, 1 (Menschenrechtliche Anforderungen).
1898 § 5, I, 2 (Argumente gegen den Schutz vor Altersdiskriminierung).
1899 § 13, I (Problembeschreibung).
1900 § 13, IV (Regelungsvorschläge).
1901 § 6, III, 3 (Abbruch oder Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen bei fehlender Information über den Patientenwillen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Leben ist verletzt, wenn im Unwissen über die Wünsche Behandlungen abgebrochen werden, die aus medizinischer Sicht nicht aussichtslos sind.

Das Recht auf Leben wird auch dann verletzt, wenn ein Staat zulässt, dass die Urteilsfähigkeit bei der Suizidhilfe ausschliesslich durch Personen beurteilt wird, die dies im Auftrag einer Suizidhilfeorganisation regelmässig tun[1902]. In der Schweiz ist diese Praxis verbreitet und wird durch das Bundesgericht geschützt. Suizidhilfeorganisationen lassen die Urteilsfähigkeit regelmässig durch ihnen nahestehende ÄrztInnen beurteilen und können auf diesem Weg auch Zweifel von unabhängigen ÄrztInnen ausräumen[1903]. Die aus dem Recht auf Leben fliessende Schutzpflicht zur Verhinderung unüberlegter Suizide kann nur gewährleistet werden, wenn die Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe durch unabhängige ÄrztInnen beurteilt wird[1904].

3. *Recht auf persönliche Freiheit*

Aus dem in § 7 behandelten Recht auf persönliche Freiheit fliesst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen[1905]. Dieses Recht wird verletzt, wenn trotz gegenteiliger Patientenwünsche lebenserhaltende Massnahmen aufgenommen oder weitergeführt werden[1906]. Die empirische Studie hat gezeigt, dass häufig lebensverlängernde Massnahmen entgegen zuvor ausdrücklich geäusserten Wünschen aufgenommen werden[1907]. Zum bessern Schutz des Rechts auf persönliche Freiheit muss das Institut der Patientenverfügung gestärkt[1908] und mit einem neuen Instrument, der Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen[1909], ergänzt werden.

Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliesst sodann eine staatliche Pflicht zur Gewährleistung eines Systems, das die Dokumentation und Abrufbarkeit von Patientenwünschen sicherstellt[1910]. Das im Zivilgesetzbuch vorgesehene System (Eintragen des Hinterlegungsorts der Patientenverfügung auf der Versichertenkarte) genügt diesen Anforderungen nicht[1911]. Patientenverfügungen sind im entscheidenden Zeitpunkt häufig nicht abrufbar, oftmals werden die darin festgehaltenen Wünsche aber auch bewusst nicht befolgt.

1902 § 15, III, 1 (Menschenrechtliche Anforderungen).
1903 § 15, I (Problembeschreibung).
1904 § 15, III, 4 (Prüfung der Urteilsfähigkeit).
1905 § 7, I, 2 (Recht, über die Lebensbeendigung zu entscheiden).
1906 § 7, II (Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht).
1907 Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen, S. 17 f.
1908 § 11, IV, 2 (Staatliche Information zum Thema Patientenverfügung) sowie § 11, IV, 3 (Einheitlicher Umgang mit Patientenverfügungen in Institutionen).
1909 § 11, IV, 4 (Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen).
1910 Ergebnisse 2. Teil, II. (Schlussfolgerungen).
1911 § 11, III, 4 (PatientIn hat ihre Gedanken zum Lebensende z.B. in einer Patientenverfügung schriftlich festgehalten, das Dokument ist aber im entscheidenden Zeitpunkt nicht verfügbar).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen, wird auch dann verletzt, wenn Menschen der Zugang zu Suizidhilfeorganisationen verunmöglicht wird[1912]. Problematisch wären insbesondere flächendeckende Zutrittsverbote für Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen. Zutrittsverbote einzelner Institutionen sind jedoch zulässig, sofern die BewohnerInnen vor dem Eintritt informiert werden und die Möglichkeit haben, in eine Institution ohne ein solches Verbot einzutreten[1913].

4. Recht auf Hilfe in Notlagen

Das in § 8 behandelte Recht auf Hilfe in Notlagen beinhaltet einen Anspruch auf Hilfe in medizinischen Notlagen und damit auch einen Anspruch auf Palliative Care[1914]. Dieser Anspruch wird verletzt, wenn infolge fehlender Finanzierung kein Zugang zu Palliative Care gewährleistet ist. Die Finanzierung von Leistungen der Palliative Care ist abhängig davon, ob es sich um Palliative Care im Spital, ambulante Palliative Care oder Palliative Care in Langzeiteinrichtungen handelt, unterschiedlich geregelt[1915].

Bei Palliative Care im Spital besteht das Hauptproblem darin, dass im DRG-System die Anzahl der Belegungstage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde liegen, zu tief ist[1916]. Dies führt dazu, dass Spitäler nach Aufbrauchen der Fallpauschale die PatientInnen auch dann in eine andere Institution verlegen, wenn aus medizinischer Sicht die Weiterbehandlung im Spital angezeigt wäre. Zudem lehnen Krankenkassen die Vergütung für einen Spitalaufenthalt teilweise mit der Begründung ab, dass keine Verbesserung der Gesundheit erreicht worden sei. Dieses Erfordernis wird von Palliative Care nicht angestrebt und im Krankenversicherungsgesetz auch nicht verlangt.

Bei der ambulanten Palliative Care besteht das Hauptproblem in der Unterfinanzierung von hausärztlichen sowie Spitex-Leitungen, die zu medizinisch unnötigen, aber aus Patientensicht finanziell weniger belastenden Spitalaufenthalten führen[1917]. Dies ist vielmehr eine volkswirtschaftliche Unsinnigkeit als eine menschenrechtliche Problematik.

Auch bei der Palliative Care in Langzeiteinrichtungen bestehen Finanzierungsprobleme. Weil die OKP maximal 115 Franken pro Tag «bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten» (Art. 7a Abs. 3 lit. l KLV) übernimmt und die Kanto-

1912 § 7, III, 4 (Anspruch auf Zugang zu Suizidhilfeorganisationen).
1913 § 16, III, 1 (Menschenrechtliche Anforderungen).
1914 § 8, III (Anspruch auf medizinische Versorgung).
1915 § 14, II, 3 (Finanzierung von Palliative Care).
1916 § 14, II, 3.1 (Palliative Care im Spital).
1917 § 14, II, 3.2 (Ambulante Palliative Care).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ne teilweise zu tiefe Stundenpauschalen festgelegt haben, erhalten PatientInnen in palliativen Situationen nur schwer einen Pflegeheimplatz[1918].

Zum besseren Schutz des Rechts auf Hilfe in Notlagen ist durch Anpassungen im DRG-System sowie in Tarmed und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung eine ausreichende Finanzierung von Palliative Care zu gewährleisten[1919].

5. Recht auf Gesundheit

Das in § 9 behandelte Recht auf Gesundheit umfasst nebst einem programmatischen Teil verschiedene Kernverpflichtungen und ist in diesem Rahmen auch justiziabel[1920]. Das Recht auf Gesundheit wird insbesondere dann verletzt, wenn beim Zugang zu Gesundheitseinrichtungen diskriminiert wird. Wenn Menschen in Alters- und Pflegeheimen daran gehindert werden, bei gesundheitlichen Problemen in ein Spital überzutreten, ist somit nicht nur das Diskriminierungsverbot, sondern auch eine Kernverpflichtung des Rechts auf Gesundheit verletzt.

III. Regelungsvorschläge

Im letzten Teil dieser Arbeit wurden gestützt auf empirische und normative Grundlagen sechs Problemkonstellationen behandelt. In fünf der sechs Problemkonstellationen besteht mit Blick auf die menschenrechtlichen Anforderungen Regulierungsbedarf.

Bei der Frage des Zugangs von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen besteht aus menschenrechtlicher Optik kein Regelungsbedarf, solange Betroffene die Möglichkeit haben, in ein Heim mit oder ohne Zugangsverbot für Suizidhilfeorganisationen einzutreten. Da einige Kantone bereits Regelungen zu dieser Frage erlassen haben und in weiteren Kantonen diskutiert wird, ob eine Regelung eingeführt werden soll, wurden trotz des verneinten Regulierungsbedarfs zwei mögliche Wege aufgezeigt (nachfolgend 6.).

Bei den weiteren fünf Problemkonstellationen besteht mit Blick auf die menschenrechtlichen Anforderungen Regulierungsbedarf: Beim Problem, dass Patientenwünsche am Lebensende häufig nicht bekannt sind (1.), beim Problem der Überbehandlungen (2.), bei der medizinischen Versorgung in Heimen (3.), beim ungenügenden Zugang zu Palliative Care (4.) und bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe (5.). Nachfolgend werden für jede dieser Konstellationen je kurz die Gründe für den Regulierungsbedarf und anschliessend die Regulierungsvorschläge dargestellt.

1918 § 14, II, 3.2 (Palliative Care in Langzeiteinrichtungen).
1919 § 14, IV, 1 (Regelungsvorschläge zur Finanzierung von Palliative Care).
1920 § 9, I (Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Verbesserung der Dokumentation von Patientenwünschen am Lebensende

In Situationen, in denen rasch entschieden werden muss, ob eine lebenserhaltende medizinische Massnahme eingeleitet werden soll, fehlt häufig die Information darüber, ob die betroffene PatientIn diese Massnahmen wünscht oder nicht[1921]. Die Gründe dafür sind vielfältig. Häufig wäre die Information über die Patientenwünsche in einem Dokument oder in den Köpfen von Angehörigen vorhanden, ist dann aber im entscheidenden Moment nicht verfügbar.

Weil Gespräche über Sterben und Tod unbeliebt sind, kommt es nicht selten vor, dass eine Person weder mit Angehörigen noch mit dem Gesundheitspersonal über ihre Wünsche am Lebensende gesprochen hat. Nachdem die 2013 in Kraft getretene Regelung der Patientenverfügung nur wenig verändert hat, wurden zur Verbesserung der Dokumentation von Patientenwünschen die folgenden Regelungsvorschläge erarbeitet[1922]:

Der Staat muss erstens aktiv über die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten, sowie über die Vor- und Nachteile informieren. Als Vorbild kann die im Transplantationsgesetz geregelte Informationstätigkeit herangezogen werden[1923]. Zweitens sind Institutionen des Gesundheitswesens zu verpflichten, nach dem Vorhandensein einer bestehenden Patientenverfügung zu fragen. Wenn keine Patientenverfügung existiert oder die darin gemachten Angaben aus Sicht des Gesundheitspersonals unklar sind, muss eine Beratung angeboten werden. Der Aufwand für diese Beratungstätigkeit ist angemessen zu entschädigen[1924]. Schliesslich müssen bestehende Patientenverfügungen so aufbewahrt werden, dass sie im Notfall rasch auffindbar bzw. abrufbar sind[1925].

Zusätzlich zum Instrument der Patientenverfügung sollten PatientInnen die Möglichkeit haben, auf ihre gesundheitliche Situation zugeschnittene Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen festzulegen[1926]. Schliesslich muss in kantonalen Gesundheitsgesetzen festgelegt werden, dass der Reanimationsstatus mit den PatientInnen zu diskutieren und festzulegen ist[1927].

2. Verhinderung von Überbehandlungen

Überbehandlungen, d.h. medizinisch aussichtslose Behandlungen, kommen häufig vor. Auch hier sind die Gründe vielfältig. Oftmals ist den betroffenen PatientInnen nicht bewusst, dass die Behandlungen aussichtslos sind, dass es sich

1921 § 11, I (Problembeschreibung).
1922 § 11, IV (Regelungsvorschläge).
1923 § 11, IV, 1 (Staatliche Information zum Thema Patientenverfügung).
1924 § 11, IV, 2.1 (Regeln zur Frage nach einer bestehenden Patientenverfügung).
1925 § 11, IV, 2.2 (Regeln zur Auffindbarkeit bzw. Abrufbarkeit von Patientenverfügungen).
1926 § 11, IV, 3 (Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen).
1927 § 11, IV, 4 (Reanimationsstatus).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

also um Überbehandlungen handelt. Teilweise werden solche Behandlungen aber auch von den PatientInnen selbst und/oder von ihren Angehörigen unter Verdrängung der Information über die Aussichtslosigkeit eingefordert[1928].

Information über den Gesundheitszustand verlangt das geltende Recht nur im Rahmen des Informed Consent, d.h. der für die Gültigkeit einer Einwilligung erforderlichen Aufklärung. Es muss m.a.W. nur dann informiert werden, wenn eine medizinische Intervention vorgesehen ist. Wenn der Gesundheitszustand einer Person einen Punkt erreicht hat, an dem keine kurativen Behandlungen mehr empfohlen werden können, besteht keine Verpflichtung zur Information über diese Tatsache. Zur Verhinderung von Überbehandlungen wegen fehlendem Wissen über den Gesundheitszustand ist eine entsprechende Informationspflicht einzuführen[1929].

Wenn medizinische Behandlungen im Wissen um deren Aussichtslosigkeit durchgeführt werden, handelt es sich häufig um Körperverletzungen, in die wegen der fehlenden Information über die Aussichtslosigkeit nicht gültig eingewilligt werden kann. Körperverletzungen sind strafbar und können auch zivilrechtliche Ansprüche, zum Beispiel in Form von Genugtuung begründen[1930]. Entsprechende Prozesse werden jedoch nie geführt, weil Menschen am Lebensende keine Energie dafür und aufgrund des nahenden Todes auch keinen persönlichen Vorteil davon haben. Um entsprechende Prozesse zu ermöglichen, muss deshalb ein Beschwerderecht für Patientenorganisationen eingeführt werden[1931].

Das Problem der häufigen Überbehandlungen ist auch innerhalb der medizinischen Fachwelt bekannt. Als Massnahme gegen Überbehandlungen haben deshalb verschiedene Fachgesellschaften Listen von besonders häufig vorgenommenen überflüssigen medizinischen Massnahmen erstellt[1932]. Weil diese Listen erst seit Kurzem existieren, sollte vor einer darauf abstützenden staatlichen Regelung beobachtet werden, welche Wirkung sie haben. Wenn die Fachgesellschaften auch ohne staatlichen Zwang dafür sorgen, dass die überflüssigen medizinischen Massnahmen insbesondere in der fachspezifischen Aus- und Weiterbildung aufgenommen werden, erscheint eine staatliche Regulierung nicht notwendig.

3. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

In den Interviews der empirischen Studie zu Entscheidungen am Lebensende hat sich gezeigt, dass BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen häufig davon ab-

1928 § 12, I (Problembeschreibung).
1929 § 12, IV, 1 (Information über fehlende Behandlungsmöglichkeiten).
1930 § 12, II, 1 (Überbehandlung als Verletzung der körperlichen Integrität).
1931 § 12, IV, 2 (Beschwerdemöglichkeiten von Patientenorganisationen).
1932 § 12, IV, 3 (Überflüssige medizinische Massnahmen).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gehalten werden, bei Komplikationen in ein Spital einzutreten[1933]. Eine Umfrage unter HeimleiterInnen in der Westschweiz hat gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten schon mit einer Situation der Misshandlung von älteren Menschen durch Heimpersonal konfrontiert waren. Zur Verbesserung der Situation von BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen sind die folgenden Regulierungsvorschläge erarbeitet worden[1934]:

Zur Durchsetzung des in der Verfassung verankerten und in der Lehre relativierten Verbots der Altersdiskriminierung sollte ein gesetzlicher Schutz vor Altersdiskriminierung eingeführt werden. Dies könnte im Rahmen eines allgemeinen Diskriminierungsschutzgesetzes oder durch eine Regelung im ZGB geschehen[1935].

Heime müssen verpflichtet werden, BewohnerInnen beim Eintritt das Erarbeiten einer Patientenverfügung oder einer Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen anzubieten. Als Minimalvorgabe muss der Reanimationsstatus besprochen und festgelegt werden[1936].

Die im ZGB enthaltene Regelung der Wohn- und Pflegeeinrichtungen ist dahingehend anzupassen, dass sie für alle und nicht nur für urteilsunfähige HeimbewohnerInnen gilt[1937]. Die allgemein gehaltene Bestimmung zur Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Art. 387 ZGB ist mit Mindestvorgaben zur Personalausstattung und Kontrollbesuchen zu ergänzen[1938].

Damit die nationale Kommission zur Verhütung von Folter auch in Alters- und Pflegeheimen Kontrollbesuche insbesondere zur Aufdeckung von Missständen durchführen kann, muss sie die dafür notwendigen Mittel erhalten, d.h. sie muss finanziell besser ausgestattet werden[1939].

4. Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care

Der Zugang zu Palliative Care ist in der Schweiz regional sehr unterschiedlich ausgestaltet und auch davon abhängig, ob diese ambulant, in einem Spital oder in einer Langzeiteinrichtung erbracht werden soll[1940]. Palliative Care kann hohe Kosten verursachen, vor allem wenn sie im Spital erbracht wird. Paradoxerweise ist die Finanzierung nur gerade bei der teuersten Form zumindest für eine gewisse Dauer durch die OKP abgesichert[1941], während die kostengünstigere am-

1933 § 13, I (Problembeschreibung).
1934 § 13, IV (Regelungsvorschläge).
1935 § 13, IV, 1 (Gesetzlicher Schutz vor Altersdiskriminierung).
1936 § 13, IV, 2 (Informationen beim Heimeintritt).
1937 § 13, IV, 3 (ZGB-Regelung der Wohn- und Pflegeeinrichtungen).
1938 § 13, IV, 4 (Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen).
1939 § 13, IV, 5 (Ausstattung der Folterverhütungskommission).
1940 § 14, I (Problembeschreibung).
1941 § 14, II, 3.1 (Palliative Care im Spital).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bulante Palliative Care in vielen Kantonen und Gemeinden noch kaum existiert oder chronisch unterfinanziert ist[1942].

Zur Durchsetzung des Anspruchs auf Palliative Care sollte das komplexe System der Finanzierung von Palliative Care gesamthaft betrachtet und dahingehend angepasst werden, dass der Zugang zu Palliative Care sowohl ambulant als auch in Spitälern und in Langzeiteinrichtungen gewährleistet ist. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, die Finanzierung der verschiedenen Formen zu verbessern, um den menschenrechtlichen Anforderungen nachzukommen[1943]. Zwar besteht kein Anspruch auf ambulante Palliative Care; wenn diese Form jedoch von den PatientInnen gewünscht wird und gleichzeitig auch die kostengünstigste ist, spricht alles dafür, ambulante Palliative Care zu stärken und rein finanziell motivierte Spitalaufenthalte zu vermeiden.

5. Verhinderung von Suiziden bei fehlender Urteilsfähigkeit

Auch wenn die Unterstützung des Suizids einer diesbezüglich urteilsunfähigen Person strafbar ist, besteht keine explizite rechtliche Verpflichtung zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit im Rahmen der Suizidhilfe[1944]. Die Nichteinhaltung der SAMW-Richtlinien, die eine Prüfung der Urteilsfähigkeit verlangen[1945], könnte zwar standesrechtlich geahndet werden, dies geschieht faktisch aber nie[1946].

Trotz dieser Ausgangslage überprüfen Suizidhilfeorganisationen die Urteilsfähigkeit ihrer suizidwilligen Mitglieder im Vorfeld einer Suizidbegleitung. Zur Abklärung der Urteilsfähigkeit werden allerdings immer wieder die gleichen ÄrztInnen beauftragt[1947]. Für die Strafbehörden genügt die Bestätigung durch diese ÄrztInnen als Nachweis der Urteilsfähigkeit und damit auch als Nachweis, dass kein strafbares Verhalten vorliegt. Spätestens seit einem Anfang 2019 gefällten Urteil des Bundesgerichts werden die meisten Staatsanwaltschaften auch bei begründeten Zweifeln an der Urteilsfähigkeit von einer Untersuchung absehen, wenn die Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch zwei von der Suizidhilfeorganisation beauftragte ÄrztInnen vorliegt[1948].

Indem der Staat solche Todesfälle trotz begründeten Zweifeln an der Urteilsfähigkeit nicht näher untersucht, verstösst er gegen die aus dem Recht auf Leben fliessende Pflicht zur Verhinderung unüberlegter Suizide[1949]. Um das Recht auf Leben auch im Rahmen der Suizidhilfe besser zu schützen, ist kein umfassendes

1942 § 14, II, 3.2 (Ambulante Palliative Care).
1943 § 14, IV, 1 (Finanzierung von Palliative Care).
1944 § 15, II, 3 (Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit).
1945 § 4, IV, 9.3.1. (Gemeinsamkeiten).
1946 § 15, II, 3 (Keine Pflicht zur Prüfung der Urteilsfähigkeit).
1947 § 15, I (Problembeschreibung).
1948 § 15, II, 4 (Strafverfahren bei Zweifeln an der Urteilsfähigkeit).
1949 § 6, V, 1 (Schutzpflicht zur Verhinderung von Suiziden).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Suizidhilfegesetz notwendig. Es genügt, die Prüfung der Urteilsfähigkeit durch unabhängige ÄrztInnen sicherzustellen. Weil Suizidhilfeorganisationen im Rahmen der Suizidhilfe das verschreibungspflichtige Natrium-Pentobarbital verwenden, sollte die Prüfung der Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für die Verschreibung im Heilmittelgesetz eingefügt werden[1950].

6. *Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen*

Beim Zugang von Suizidhilfeorganisationen zu Alters- und Pflegeheimen handelt es sich um ein Thema, das in der Folge von politisch verordneten Zugangsverboten viel Aufmerksamkeit erhalten hat[1951]. Als Gegenbewegung zu den Zugangsverboten ist im Kanton Waadt eine Volksinitiative zustande gekommen und ein Gegenvorschlag zu dieser Initiative erarbeitet worden, wobei Letzterer durch das Volk angenommen wurde. Die Regelung des Kantons Waadt, die öffentlich (mit)finanzierte Heime dazu verpflichtet, die Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zuzulassen, wurde von weiteren Kantonen übernommen.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht kann lediglich festgehalten werden, dass ein flächendeckendes Zugangsverbot unzulässig wäre und dass Heime ihre BewohnerInnen vor dem Eintritt über ein allfälliges Verbot informieren müssen[1952]. Solange in allen Regionen Heime mit und ohne Zugangsverbot bestehen und transparent informiert wird, besteht kein Regulierungsbedarf[1953]. Wenn sich die Politik trotzdem dem Thema annehmen will, kann sie sich an den Regelungen in den Kantonen Genf, Neuenburg und Waadt orientieren[1954] oder auf den Erlass von Informationspflichten beschränken[1955].

Gesetzgebung, Rechtsprechung und Literatur wurden bis August 2020 berücksichtigt.

1950 § 15, IV (Regelungsvorschläge).
1951 § 16, II (Rechtslage).
1952 § 16, III, 1 (Menschenrechtliche Anforderungen).
1953 § 16, III, 2 (Notwendigkeit einer Regelung).
1954 § 16, IV, 1 (Umfassende Zugangsregelung).
1955 § 16, IV, 2 (Beschränkung auf Informationspflichten).

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Literaturverzeichnis

Regina E. Aebi-Müller / Walter Fellmann / Thomas Gächter / Bernhard Rütsche / Brigitte Tag, Arztrecht, Bern 2016 (zit. Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag, Arztrecht)

Regina E. Aebi-Müller, Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), in: Steffen Eychmüller / Hermann Amstad (Hrsg.), Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), Lausanne 2015, S. 27 ff. (zit. Aebi-Müller, FVNF)

Regina E. Aebi-Müller, Perpetuierte Selbstbestimmung? Einige vorläufige Gedanken zur Patientenverfügung nach neuem Recht, ZBJV 2013, S. 150 ff. (zit. Aebi-Müller, Selbstbestimmung)

Sandra Achermann, Verletzt das Erfassen säumiger Prämienzahlender auf «schwarzen Listen» Grundrechte?, in: cognitio 2019 (zit. Achermann, Schwarze Listen)

Bernd Alt-Epping, Palliative Sedierung, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017, S. 543 ff. (zit. Alt-Epping, Palliative Sedierung)

American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults , Journal of the American Geriatrics Society 2015, S. 2227 ff. (zit. AGS, Beers Criteria)

Joseph Amon / Diederik Lohman, Denial of Pain Treatment and the Prohibition of Torture, Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment , INTERIGHTS Bulletin 2011, S. 172 ff. (zit. Amon/Lohman, Denial)

Hermann Amstad, Sterbehilfe: eine Auslegeordnung, Schweizerische Ärztezeitung 2001, S. 1087 ff. (zit. Amstad, Sterbehilfe)

Kathrin Amstutz, Das Grundrecht auf Existenzsicherung, Diss. Bern 2001, Bern 2002 (zit. Amstutz, Existenzsicherung)

Kathrin Amstutz, Die Ausgestaltung des Grundrechts auf Hilfe in Notlagen, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 17 ff. (zit. Amstutz, Notlagen)

Gunther Arzt, Recht auf den eigenen Tod?, Juristische Rundschau 1986, S. 309 ff. (zit. Arzt, Tod)

Gunther Arzt, Sterbehilfe in der Grauzone, recht 2009, S. 140 f. (zit. Arzt, Sterbehilfe)

Jean-François Aubert / Pascal Mahon, Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Zürich 2003 (zit. Autor, Petit commentaire Cst.)

Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, Volume II, Les droits fondamentaux, 2. Aufl., Bern 2006 (zit. Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux 2006)

Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, Volume II, Les droits fondamentaux, 3. Aufl., Bern 2013 (zit. Auer/Malinverni/Hottelier, Droits fondamentaux)

Andrea Bantle / Helga Mesaro, Switzerland, in: Nicky ten Bokum / Tom Flanagan / Roselyn Sands / Robert von Steinau-Steinrück, Age Discrimination Law in Europe, Alphen aan den Rijn 2009 (zit. Bantle/Mesaro, Switzerland)

Catherine W. Barber / Matthew J. Miller, Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide, American Journal of Preventive Medicine 2014, S. S264 ff. (zit. Barber/Miller, Reducing Access)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Michael Barnikol, Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 1392 ff. (zit. Barnikol, Suizidbeihilfe)

Christine Bartsch, Praxis und Probleme des assistierten Suizids in der Schweiz aus rechtsmedizinischer Sicht, in: Caroline Welsh / Christoph Ostgathe / Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Bielefeld 2017, S. 203 ff. (zit. Bartsch, Praxis)

Christine Bartsch / Karin Landolt / Anita Ristic / Thomas Reisch / Vladeta Ajdacic-Gross, Assisted Suicide in Switzerland, Deutsches Ärzteblatt International 2019, S. 545 ff. (zit. Bartsch et al., Assisted Suicide)

Christine Bartsch / Vladeta Ajdacic-Gross / Thomas Reisch, Assistierte Suizide in der Schweiz – eine detaillierte nationale Studie über die letzten 30 Jahre, Lay Summary, Dezember 2016 (zit. Bartsch/Ajdacic-Gross/Reisch, Assistierte Suizide)

Felix Baumann, Das Grundrecht der persönlichen Freiheit in der Bundesverfassung unter besonderer Berücksichtigung der geistigen Unversehrtheit, Diss. Freiburg, Zürich 2011 (zit. Baumann, Persönliche Freiheit)

Barbara Baumeister / Milena Gehrig / Trudi Beck / Thomas Gabriel, Projektbericht «Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen», Mai 2015 (zit. Baumeister/Gehrig/Beck/Gabriel, Projektbericht)

Mark-Oliver Baumgarten, The Right to Die?, Rechtliche Probleme um Sterben und Tod, Diss. Basel 1995, Bern 1998 (zit. Baumgarten, Right to Die)

Elaine M. Beller / Mieke L. van Driel / Leanne McGregor / Shani Truong / Geoffrey Mitchell, Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1, Art. No.: CD010206 (zit. Beller et al., Sedation)

Eva Maria Belser / Bernhard Waldmann, Nothilfe – Ein Recht mit unbestimmtem Inhalt?, in: Gabriela Riemer-Kafka / Alexandra Rumo-Jungo (Hrsg.), Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Bern 2010, S. 31 ff. (zit. Belser/Waldmann, Nothilfe)

Eva Maria Belser / Christine Kaufmann / Andrea Egbuna-Joss / Sabrina Ghielmini / Gabriela Medici, Menschenrechte im Alter, Ein Überblick über die menschenrechtliche Situation älterer Personen in der Schweiz, Bern 2017 (zit. Belser et al., Menschenrechte im Alter)

Ulrike Bernert-Auerbach, Das Recht auf den eigenen Tod und aktive Sterbehilfe unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten, Diss. Jena, Frankfurt am Main 2012 (zit. Bernert-Auerbach, Aktive Sterbehilfe)

Giovanni Biaggini, Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2. Aufl., Zürich 2017 (zit. Biaggini, BV-Kommentar)

Yvo Biderbost, Der neue Erwachsenenschutz im Überblick, SJZ 2010, S. 309 (zit. Biderbost, Erwachsenenschutz)

Heiner Bielefeldt, Menschenwürde und Autonomie am Lebensende, Perspektiven der internationalen Menschenrechte, in: Caroline Welsh / Christoph Ostgathe / Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Bielefeld 2017, S. 45 ff. (zit. Bielefeldt, Lebensende)

Nikola Biller-Andorno / Michelle Salathé, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, in: Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 747 f. (zit. Biller-Andorno/Salathé, Urteilsfähigkeit)

Dieter Birnbacher, Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen, Ethik in der Medizin 2004, S. 358 ff. (zit. Birnbacher, Terminale Sedierung)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nicolas Bittel / Hans Neuenschwander / Friedrich Stiefel, "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care, Supportive Care in Cancer 2002, S. 265 ff. (zit. Bittel et al., Euthanasia)

Brigitte Blum-Schneider, Pflege von behinderten und schwerkranken Kindern zu Hause, Diss. Zürich 2015 (zit. Blum-Schneider, Kinder)

Monika Bobbert, Patientenverfügungen zwischen Antizipation, Selbstbestimmung und Selbstdiskriminierung, Jusletter 25. Januar 2016 (zit. Bobbert, Patientenverfügungen)

Gian Domenico Borasio, Über das Sterben: Was wir wissen, Was wir tun können, Wie wir uns darauf einstellen (Schweizer Ausgabe), München 2014 (zit. Borasio, Sterben)

Gian Domenico Borasio / Ralf J. Jox, Choosing wisely at the end of life: the crucial role of medical indication , Swiss Medical Weekly 2016;146:w14369 (zit. Borasio/Jox, Choosing wisely)

Georg Bosshard, Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte, Schweiz Med Forum 2005, S. 193 ff. (zit. Bosshard, Begriffsbestimmungen)

Georg Bosshard / D. Jermini / Donald Eisenhart / Walter Bär, Assisted suicide bordering on active euthanasia, International Journal of Legal Medicine 2003, S. 106 ff. (zit. Bosshard et al., Assisted suicide)

Georg Bosshard / Ueli Zellweger / Matthias Bopp / Margareta Schmid / Samia A. Hurst / Milo A. Puhan / Karin Faisst, Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013, JAMA Intern Med. 2016, S. 555 f. (zit. Bosshard et al., Comparison)

Georg Bosshard / Noémi de Stoutz / Walter Bär, Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?, Ethik in der Medizin 2006, S. 120 ff. (zit. Bosshard/de Stoutz/Bär, Sedativa)

Georg Bosshard / Samia A. Hurst / Milo A. Puhan, Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig, Swiss Medical Forum 2016, S. 896 ff. (zit. Bosshard/Hurst/Puhan, Entscheidungen)

Andrea Büchler / Christoph Häfeli / Audrey Leuba / Martin Stettler, FamKomm Erwachsenenschutz, Bern 2013 (zit. FamKomm Erwachsenenschutz-Bearbeiter/in)

Andrea Büchler / Margot Michel, Medizin – Mensch – Recht, Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Zürich 2014 (zit. Büchler/Michel, Medizinrecht)

Walte Boente, Der Erwachsenenschutz, Art. 360-387 ZGB, Die eigene Vorsorge und Massnahmen von Gesetzes wegen, Zürcher Kommentar, Zürich 2015 (zit. Boente, Erwachsenenschutz)

Marco Borghi, L'image de la mort en droit public, in: Paul-Henri Steinauer, L'image de l'homme en droit | Das Menschenbild im Recht, Mélanges publiés par la Faculté de Droit à l'occasion du centenaire de l'Université de Fribourg | Festgabe der Rechtswissenschaftlichen Fakultät zur Hundertjahrfeier der Universität Freiburg, Fribourg 1990, S. 27 ff. (zit. Borghi, Mort)

Monika Brechbühler, Wie gross ist der Schmerz?, Curaviva 2007, S. 32 ff. (zit. Brechbühler, Schmerz)

Stephan Breitenmoser, Der Schutz der Privatsphäre gemäss Art. 8 EMRK, Das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens, der Wohnung und des Briefverkehrs, Diss. Basel 1986 (zit. Breitenmoser, Privatsphäre)

Stephan Breitenmoser, Das Recht auf Sterbehilfe im Lichte der EMRK, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen, St.Gallen 2006, S. 167 ff. (zit. Breitenmoser, Sterbehilfe)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Peter Breitschmid, Der nicht entscheidungsfähige Patient, Pflegerecht 04/2016, S. 194 ff. (zit. Breitschmid, Patient)

Peter Breitschmid/Alexandra Jungo (Hrsg.), Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Personen- und Familienrecht sowie Partnerschaftsgesetz, 3. Aufl., Zürich 2016 (zit. CHK-Bearbeiter/in)

Frank Brennan, Palliative Care as an International Human Right, Journal of Pain and Symptom Management 2007, S. 494 ff. (zit. Brennan, Palliative Care)

Andreas Brunner, Graubereiche in der Sterbehilfe, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, St.Gallen 2010, S. 223 ff. (zit. Brunner, Graubereiche)

Andreas Brunner, Skizze für ein Gesetz betreffend organisierte Suizidhilfe, in: Christoph Rehmann-Sutter / Alberto Bondolfi / Johannes Fischer / Margrit Leuthold (Hrsg.), Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Bern 2006, S. 247 ff. (zit. Brunner, Skizze)

Andreas Brunner / Marc Thommen, Rechtliche Aspekte von Sterben und Tod, in: Daniel Wyler (Hrsg.), Sterben und Tod, Eine interprofessionelle Auseinandersetzung, Zürich 2009, S. 61 ff. (zit. Brunner/Thommen, Sterben und Tod)

Bundesamt für Gesundheit / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege), Bern 2013 (zit. BAG/GDK, Finanzierung)

Monika Burkart, Das Recht, in Würde zu sterben – Ein Menschenrecht, Eine verfassungsrechtliche Studie zur Frage der menschenwürdigen Grenze zwischen Leben und Tod, Diss. Zürich 1983 (zit. Burkart, Würde)

Philipp Candreia / Phyllis Scholl, Rahmenbedingungen der EMRK für die nationale Ausgestaltung der Sterbehilfe, in: Patrick Sutter / Ulrich Zelger (Hrsg.), 30 Jahre EMRK-Beitritt der Schweiz: Erfahrungen und Perspektiven, Bern 2005, S. 245-268 (zit. Candreia/Scholl, Rahmenbedingungen)

Regula Capaul, Was hat smarter medicine mit Qualität zu tun?, Primary and Hospital Care 2017, S. 2 (zit. Capaul, Qualität)

Jörg Carlsson / Norbert W. Paul / Matthias Dann / Jörg Neuzner / Dietrich Pfeiffer, Deaktivierung von implantierbaren Defibrillatoren, Deutsches Ärzteblatt 2012, S. 535 ff. (zit. Carlsson et al., Defibrillatoren)

Ursula Cassani / Marianne Cherbuliez, L'assistance au décès : questions de droit pénal et d'éthique – remarques de droit pénal suisse et comparé, in: Alberto Bondolfi / Frank Haldemann / Nathalie Maillard (Hrsg.), La mort assistée en arguments, Chêne-Bourg 2007, S. 227 ff. (zit. Cassani/Cherbuliez, Assistance)

Boudewijn Chabot / Christian Walther, Ausweg am Lebensende, 5. Aufl., München 2017 (zit. Chabot/Walther, Ausweg)

Ching-Hui Chen, Die speziellen Diskriminierungsverbote der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Eine Strukturanalyse unter besonderer Berücksichtigung des Verbotes der Altersdiskriminierung, Diss. Bonn, Baden-Baden 2011 (zit. Chen, Diskriminierungsverbote)

Marie Cherubini, Les droits fondamentaux des personnes âgées en EMS, Diss. Freiburg, Zürich 2016 (zit. Cherubini, EMS)

Pascal Coullery, Der Grundrechtsanspruch auf medizinische Leistungen: ein verfassungsrechtlicher Diskussionsbeitrag zur Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen, AJP 2001, S. 632 ff. (zit. Coullery, Grundrechtsanspruch)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Pascal Coullery, Der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung und seine verfassungsrechtliche Vernetzung, SZS 2003, S. 375 ff. (zit. Coullery, Leistungskatalog)

Luc Deliens / Freddy Mortier / Johan Bilsen / Marc Cosyns / Robert Vander Stichele / Johan Vanoverloop / Koen Ingels, End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey, The Lancet 2000, S. 1806 ff. (zit. Deliens et al., End-of-life)

Reinhard Dettmeyer, Verdeckte Tötungshandlungen in der Klinik durch missbräuchliche Handlungsformen, Rechtsmedizinische Einschätzung, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017, S. 549 ff. (zit. Dettmeyer, Verdeckte Tötungshandlungen)

Yoram Dinstein, The Right to Life, Physical Integrity, and Liberty, in: Louis Henkin (Hrsg.), The International Bill of Rights, The Covenant on Civil and Political Rights, New York 1981, S. 114 ff. (zit. Dinstein, Right to Life)

Andreas Donatsch, StGB Kommentar, 20. Aufl., Zürich 2018 (zit. Bearbeiter, in: StGB Kommentar)

Andreas Donatsch, Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, recht 2000, S. 141 ff. (zit. Donatsch, Sterbehilfe)

Andreas Donatsch, Gilt die Pflicht zu ernähren bis zum Tode? Beurteilung der Fragestellung aus strafrechtlicher Sicht, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS) 1993, S. 1047 ff. (zit. Donatsch, Ernähren)

Andreas Donatsch / Thomas Hansjakob / Viktor Lieber, Kommentar zur Schweizerischen Strafprozessordnung (StPO), 2. Aufl., Zürich 2014 (zit. Bearbeiter/in, in: StPO Komm)

Israel (Issi) Doron / Ann Numhauser-Henning / Benny Spanier / Nena Georgantzi / Eugenio Mantovani, Ageism and Anti-Ageism in the Legal System: A Review of Key Themes , in: Liat Ayalon / Clemens Tesch-Römer, (eds.), Contemporary Perspectives on Ageism , International Perspectives on Aging 19, Cham 2018, S. 303 ff. (zit. Doron et al., Ageism)

Charles D. Douglas / Ian H. Kerridge / Katherine J. Rainbird / John R. McPhee / Lynne Hancock / Allan D. Spigelman, The intention to hasten death: a survey of attitudes and practices of surgeons in Australia, The Medical Journal of Australia 2001, S. 511 ff. (zit. Douglas et al., Intention)

Gian Ege, Der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten – eine rechtfertigbare Form der aktiven Sterbehilfe?, in: Roberto Andorno / Markus Thier (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung, Zürich 2014, S. 289 ff. (zit. Ege, Behandlungsabbruch)

Sandra Egli, Grundrechte im Alter – Ein Handbuch, Luzern 2019 (zit. Egli, Grundrechte)

Bernhard Ehrenzeller / Philippe Mastronardi / Rainer J. Schweizer / Klaus A. Vallender, Die schweizerische Bundesverfassung, St.Galler Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2008 (zit. Bearbeiter/in, St.Galler Kommentar 2008)

Bernhard Ehrenzeller / Benjamin Schindler / Rainer J. Schweizer / Klaus A. Vallender, Die schweizerische Bundesverfassung, St.Galler Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2014 (zit. BearbeiterIn, St.Galler Kommentar)

Thomas Eichenberger / Urs Jaisli / Paul Richli, Basler Kommentar zum Heilmittelgesetz, Basel 2006 (zit. BSK HMG-Bearbeiter/in)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Andreas Eicker, Die „humanitäre Krise in der Medizin" und das Strafrecht — Rechtliche und politische Aspekte von Sterbe- und Suizidhilfe sowie Sterbetourismus, in: Diego Haunreiter / Philipp Juchli / Christoph Knupp / Marcel Würmli (Hrsg.), Auswirkungen von Krisen auf Wirtschaft, Recht und Gesellschaft, Bern 2009, S. 83 ff. (zit. Eicker, Krise)

Andreas Eicker / Stefanie Fisch, Sterbe- und Suizidhilfe in der Schweiz: Nach zehn Jahren Diskussion immer noch am Anfang?, NK 2011, S. 106 ff. (zit. Eicker/Fisch, Suizidhilfe)

Andreas Eicker / Friedrich Frank, Rechtsmissbräuchlicher Methodenwechsel in der Schweizer Sterbe- und Suizidhilfe: Zum rechtlichen Umgang mit organisierter Sterbehilfe in Deutschland und der Schweiz, NK 2008, S. 140 ff. (zit. Eicker/Frank, Methodenwechsel)

Daniel Eierdanz, Die palliative Sedierung – Strafrecht versus Selbstbestimmung, Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 2016, S. 274 ff. (zit. Eierdanz, Palliative Sedierung)

Lorenz Engi, Die «selbstsüchtigen Beweggründe» von Art. 115 StGB im Licht der Normentstehungsgeschichte, Jusletter 4. Mai 2009 (zit. Engi, Normentstehungsgeschichte)

Yvon Englert, Belgium – Evolution of the debate, in: Council of Europe, Ethical eye: Euthanasia, Volume II – National and European perspectives, Strassburg 2004, S. 13 ff. (zit. Englert, Belgium)

Boris Etter, Medizinalberufegesetz MedBG, Stämpflis Handkommentar, Bern 2006 (zit. Etter, Kommentar MedBG)

European Association for Palliative Care (EAPC), Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung, Zeitschrift für Palliativmedizin 2010, S. 112 ff. (zit. EAPC, Sedierung)

Europarat, Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende, Mai 2014 (zit. Europarat, Leitfaden Lebensende)

Steffen Eychmüller, Zu den Grenzen von Töten und Sterbenlassen, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017, S. 519 ff. (zit. Eychmüller, Grenzen)

Steffen Eychmüller / Hermann Amstad, Editorial, in: Steffen Eychmüller / Hermann Amstad (Hrsg.), Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), Lausanne 2015, S. 5 ff. (zit. Eychmüller/Amstad, Editorial)

Tamar Ezer / Diederik Lohman / Gabriela B. de Luca, Palliative Care and Human Rights: A Decade of Evolution in Standards, Journal of Pain and Symptom Management 2018, S. S163 ff. (zit. Ezer/Lohman/de Luca, Palliative Care)

Karin Faisst / Susanne Fischer / Georg Bosshard / Ueli Zellweger / Walter Bär / Felix Gutzwiller, Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse, Schweizerische Ärztezeitung 2003, S. 1676 ff. (zit. Faisst et al., Lebensende)

Angela Fagerlin / Carl E. Schneider, Enough. The failure of the living will , Hastings Center Report 2004, S. 30 ff. (zit. Fagerlin/Schneider, Failure)

Walter Fellmann, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten, in: Moritz Kuhn/ Tomas Poledna (Hrsg.), Arztrecht in der Praxis, 2. Aufl., Zürich 2007, S. 103 ff. (zit. Fellmann, Rechtsverhältnis)

Thomas Fingerhuth / Stephan Schlegel / Oliver Jucker, BetmG Kommentar, Betäubungsmittelgesetz, 3. Aufl., Zürich 2016 (zit. Fingerhuth/Schlegel/Jucker, BetmG)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Carlo Focarelli, Euthanasia , in: Max Planck Encyclopedia of Public International Law, last updated June 2009 (zit. Focarelli, Euthanasia)

Susan Anderson Fohr, The Double Effect of Pain Medication: Separating Myth from Reality, Journal of Palliative Medicine 1998, S. 315 ff. (zit. Fohr, Double Effect)

Rose-Anna Foley / Wendy S. Johnston / Mathieu Bernard / Michela Canevascini / Thierry Currat / Gian D. Borasio / Michel Beauverd, Attitudes Regarding Palliative Sedation and Death Hastening Among Swiss Physicians: A Contextually Sensitive Approach, Death Studies 2015, S. 473 ff. (zit. Foley et al., Death Hastening)

Christiana Fountoulakis / Tim Köbrich, Die Verbindlichkeit des mittels No-CPR-Stempels erklärten Verzichts auf Reanimationsmassnahmen im neuen Erwachsenenschutzrecht, AJP 2013, S. 1437 ff. (zit. Fountoulakis/Köbrich, No-CPR-Stempel)

Christiana Fountoulakis /Köbrich Tim, Patientenwille, Rettungsdienst, Notfallarzt: Zur Vertretungsbefugnis der Angehörigen und der Verbindlichkeit ärztlicher Weisungen, in: Quid iuris?, Festschrift Universitäre Fernstudien Schweiz, 10 Jahre Bachelor of Law, Bern 2015, S. 75 ff. (zit. Fountoulakis/Köbrich, Vertretungsbefugnis)

André Fringer / Sabrina Fehn / Daniel Büche / Christian Häuple / Wilfried Schnepp, Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF): Suizid oder natürliche Entscheidung am Lebensende?, Pflegerecht 2018, S. 76 ff. (zit. Fringer et al., FVNF)

Erik K. Fromme / Dana Zive / Terri A. Schmidt / Jennifer N. B. Cook / Susan W. Tolle, Association Between Physician Orders for Life-Sustaining Treatment for Scope of Treatment and In-Hospital Death in Oregon, Journal of the American Geriatrics Society 2014, S. 1246 ff. (zit. Fromme et al., Association)

Jochen Abraham Frowein / Wolfgang Peukert, Europäische Menschenrechtskonvention, EMRK-Kommentar, 3. Aufl., Kehl am Rhein 2009 (zit. Frowein/Peukert, EMRK-Kommentar)

Sylvie Füglister-Dousse / Sonia Pellegrini, Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt, Obsan Bulletin 2/2019, Neuenburg 2019 (zit. Füglister-Dousse/Pellegrini, Aufenthaltsorte)

Thierry Fumeaux / Luca Lavina, Die Top-9-Liste der SGI: mit weniger mehr erreichen, Schweizerische Ärztezeitung 2017, S. 1293 f. (zit. Fumeaux/Lavina, Intensivmedizin)

Nicole Furgler, Beschlussprotokoll der ersten Ärztekammer 2019, Schweizerische Ärztezeitung 2019, S. 920 ff. (zit. Furgler, Ärztekammer-Beschlussprotokoll 2019)

Thomas Gächter, Grenzen der Solidarität?, Individuelle Ansprüche auf medizinische Leistungen gegenüber der Rechts- und Versichertengemeinschaft, in: Roger Zäch / Christine Breining-Kaufmann / Peter Breitschmid / Wolfgang Ernst / Paul Oberhammer / Wolfgang Portmann / Andreas Thier (Hrsg.), Individuum und Verband, Festgabe zum Schweizerischen Juristentag 2006, Zürich 2006, S. 473 ff. (zit. Gächter, Grenzen)

Thomas Gächter, Restkostenfinanzierung bei ambulanten Pflegeleistungen, in: Pflegerecht 2014, S. 50 f. (zit. Gächter, Restkostenfinanzierung)

Thomas Gächter, Soziale Grundrechte, Das nackte überleben – oder mehr?, ius.full 2007, S. 138 ff. (zit. Gächter, Soziale Grundrechte)

Thomas Gächter / Martina Filippo, Stärkt der neue «Grundversorgungsartikel» der schweizerischen Bundesverfassung das «Recht auf Gesundheit»?, in: Bioethica Forum 2015, S. 85 ff. (zit. Gächter/Filippo, Grundversorgungsartikel)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Thomas Gächter / Bernhard Rütsche, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht)

Thomas Gächter / Thuy Xuan Truong, Die Rolle der Ärzteschaft in der Sterbehilfe, insbesondere bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital, Praxis 2019, S. 193 ff. (zit. Gächter/Truong, Verschreibung)

Jan Gärtner / Luzius Müller, Ein Fall von «Sterbefasten» wirft Fragen auf, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 675 ff. (zit. Gärtner/Müller, Sterbefasten)

Kallia Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, Diss. Heidelberg, Berlin 2013 (zit. Gavela, Sterbehilfe)

Thomas Geiser, Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus juristischer Sicht, in: Felix Hafner/Kurt Seelmann/Corinne Widmer Lüchinger (Hrsg.), Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod, Zürich 2014, S. 3 ff. (zit. Geiser, Selbstbestimmungsrecht)

Anton Genna, Fremdbestimmter Eintritt ins Alters- und Pflegeheim – Fürsorge versus Menschenwürde?, ZVW 2004, S. 193 ff. (zit. Genna, Eintritt)

Andreas Gerber, Die terminale Sedation an Sterbenden, Ethische Diskussion und Entwurf von Rahmenbedingungen zu ihrer praktischen Umsetzung, Basel 2005 (zit. Gerber, Terminale Sedation)

Christopher Geth, Passive Sterbehilfe, Diss. Basel 2010 (zit. Geth, Sterbehilfe)

Christopher Geth / Martino Mona, Widersprüche bei der Regelung der Patientenverfügung im neuen Erwachsenenschutzrecht: Verbindlichkeit, mutmasslicher Wille oder objektive Interessen?, ZSR 2009 I, S. 155 ff. (zit. Geth/Mona, Widersprüche)

Riccardo Ghelli / Andreas U. Gerber, Wiederbelebung – ja oder nein: Was sagt der Patient dazu?, Schweizerische Ärztezeitung 2008, S. 1667 ff. (zit. Ghelli/Gerber, Wiederbelebung)

Dwenda K. Gjerdingen / Jennifer A. Neff / Marie Wang / Kathryn Chaloner, Older Persons' Opinions About Life-Sustaining Procedures in the Face of Dementia , Archives of Family Medicine 1999, S. 421 ff. (zit. Gjerdingen, Opinions)

Iris Graf / Peter Stettler / Kilian Künzi et al., Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz, sozial-empirische Studie nach Konzept und im Auftrag von: Regina Aebi-Müller / Bianka Dörr / Andreas U. Gerber / Daniel Hürlimann / Regina Kiener / Bernhard Rütsche / Catherine Waldenmeyer, Bern 2014 (zit. Graf/Stettler/Künzi, Entscheidungen)

Hildegard Grass / Gabriele Walentich / Markus Alexander Rothschild / Stefanie Ritz-Timme, Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen – Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien, Rechtsmedizin 2007, S. 367 ff. (zit. Graß/Walentich/Rothschild/Ritz-Timme, Gewalt)

Etienne Grisel, Egalité – Les garanties de la Constitution fédérale du 18 avril 1999, 2. Aufl., Bern 2009 (zit. Grisel, Egalité)

Thomas F. Grütter, Vereinbarkeit des ab einem bestimmten Alters vorgesehenen Verzichts auf Lohnanpassungen nach Tieferbewertungen der Funktion mit der verfassungsrechtlichen Rechtsgleichheitsgarantie, Gutachten vom 27. Dezember 2006, mit Ergänzungen vom 31. März 2007, VPB 2008.27 (zit. Grütter, Lohnanpassungen)

Raphaël Haas, Die Einwilligung in eine Persönlichkeitsverletzung nach Art. 28 Abs. 2 ZGB, Diss. Luzern, Zürich 2007 (zit. Haas, Einwilligung)

Christoph Häfeli, Grundriss zum Kindes- und Erwachsenenschutz, 2. Aufl., Bern 2016 (zit. Häfeli, Grundriss)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Walter Haller, Menschenwürde, Recht auf Leben und persönliche Freiheit, in: Detlef Merten / Hans-Jürgen Papier (Hrsg.), Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa, Bd. VII/2, Heidelberg/Zürich 2007, S. 199 ff. (zit. Haller, Menschenwürde)

Yvo Hangartner, Ärztliches Rezept in letaler Dosis, Zusätzliche Bemerkungen, in: AJP 2000, S. 482 (zit. Hangartner, Rezept)

Yvo Hangartner, Diskriminierung – ein neuer verfassungsrechtlicher Begriff, ZSR 2003 I, S. 97 ff. (zit. Hangartner, Diskriminierung)

Yvo Hangartner, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, Eine grundrechtliche Standortbestimmung, Zürich 2000 (zit. Hangartner, Sterbehilfe)

Daniel Häring, Fünf Mythen über Suizidhilfeorganisationen, Jusletter 8. Mai 2017 (zit. Häring, Suizidhilfeorganisationen)

Karl Hartmann, Vom Recht auf Existenzsicherung zur Nothilfe – eine Chronologie, ZBl 2005, S. 410 ff. (zit. Hartmann, Nothilfe)

Heinz Hausheer / Regina E. Aebi-Müller, Das Personenrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 4. Aufl., Bern 2016 (zit. Hausheer/Aebi-Müller, Personenrecht)

Heinz Hausheer / Thomas Geiser / Regina E. Aebi-Müller, Das Familienrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 6. Aufl., Bern 2018 (zit. Hausheer/Geiser/Aebi-Müller, Familienrecht)

Stefanie Haussener, Entscheidungen am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, Patientenwillen und -wohl, Jusletter 30. Januar 2017 (zit. Haussener, Entscheidungen)

Stefanie Haussener, Selbstbestimmung am Lebensende: Realität oder Illusion?, Eine kritische Analyse von Rechtslage und medizinischer Praxis, Diss. Luzern 2016, Zürich 2017 (zit. Haussener, Lebensende)

Karoline Hecht / Tanja Krones / Theodore Otto / Isabelle Karzig-Roduner / Barbara Loupatatzis, Advance Care Planning in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen: Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie, Praxis 2018, S. 1085 ff. (zit. Hecht et al., ACP)

Daniel Hell, Ergebnisse der Suizidforschung, in: Christoph Rehmann-Sutter / Alberto Bondolfi / Johannes Fischer / Margrit Leuthold (Hrsg.), Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Bern 2006, S. 85 ff. (zit. Hell, Suizidforschung)

HelpAge International, International human rights law and older people: Gaps, fragments and loopholes , London 2012 (zit. HelpAge, Gaps)

Monika Henzen, Beschlussprotokoll der zweiten Ärztekammer 2018, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 1808 ff. (zit. Henzen, Ärztekammer-Beschlussprotokoll 2018)

Maya Hertig Randall / Gregor T. Chatton, Les droits sociaux fondamentaux dans l'ordre juridique suisse, in: Lukas Heckendorn Urscheler (Hrsg.), Rapports suisses présentés au XIXe Congrès international de droit comparé, Vienne, du 20 juillet au 26 juillet 2014, Zürich 2014, S. 289 ff. (zit. Hertig Randall/Chatton, Droits sociaux fondamentaux)

Susan E. Hickman / Christine A. Nelson / Alvin H. Moss / Bernard J. Hammes / Allison Terwilliger / Ann Jackson / Susan W. Tolle, Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Paradigm Program in the Hospice Setting , Journal of Palliative Medicine 2009, S. 133 ff. (zit. Hickman et al., Use)

Susan E. Hickman/ Christine A. Nelson / Nancy A. Perrin / Alvin H. Moss / Bernard J. Hammes / Susan W. Tolle, A Comparison of Methods to Communicate Treatment Preferences in Nursing Facilities: Traditional Practices Versus the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program, Journal of the American Geriatrics Society 2010, S. 1241 ff. (zit. Hickman et al., Comparison)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Susan E. Hickman / Charles P. Sabatino / Alvin H. Moss / Jessica Wehrle Nester, The POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment) Paradigm to Improve End-of-Life Care: Potential State Legal Barriers to Implementation, Journal of Law, Medicine and Ethics 2008, S. 119 (zit. Hickman et al., Barriers)

Diane E. Hoffmann / Sheryl Itkin Zimmerman / Catherine J. Tompkins, The Dangers of Directives or the False Security of Forms, Journal of Law, Medicine & Ethics 1996, S. 5 ff. (zit. Hoffmann/Zimmerman/Tompkins, Dangers)

Stefanie Holt / Sven Schmiedl / Petra A. Thürmann, Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste, Deutsches Ärzteblatt 2010, S. 543 ff. (zit. Holt/Schmiedl/Thürmann, PRISCUS-Liste)

Heinrich Honsell / Nedim Peter Vogt / Thomas Geiser, Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I, Art. 1-456 ZGB, 5. Aufl., Basel 2014 (zit. BSK ZGB I-Bearbeiter/in)

Klaus P. Hotz, Barbiturat – das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital NaP, in: Hans Wehrli / Bernhard Sutter / Peter Kaufmann (Hrsg.), Der organisierte Tod, Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende, 2. Aufl., Zürich 2015, S. 255 ff. (zit. Hotz, Natrium-Pentobarbital)

Michel Hottelier, L'aide au suicide face aux droits de l'homme, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, St.Gallen 2010, S. 85 ff. (zit. Hottelier, Droits de l'homme)

Stephanie Hrubesch-Millauer / David Bruggisser, Gedanken zu pflegerischen Anordnungen in einer Patientenverfügung, Pflegerecht 2014, S. 16 ff. (zit. Hrubesch-Millauer/Bruggisser, Pflegerische Anordnungen)

Stephanie Hrubesch-Millauer / David Jakob, Das neue Erwachsenenschutzrecht – insbesondere Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung, in: Stephan Wolf, Das neue Erwachsenenschutzrecht – insbesondere Urteilsfähigkeit und ihre Prüfung durch die Urkundsperson, Weiterbildungstagung des Verbandes bernischer Notare und des Instituts für Notariatsrecht und Notarielle Praxis an der Universität Bern vom 24./25. Oktober 2012, Bern 2012 (zit. Hrubesch-Millauer/Jakob, Erwachsenenschutzrecht)

Gustav Hug-Beeli, Betäubungsmittelgesetz (BetmG), Kommentar zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951, Basel 2015 (zit. Hug-Beeli, BetmG-Komm)

Thomas Hugi Yar, Die Praxis des Bundesgerichts im Bereich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Grundrechte, Jusletter 3. Dezember 2012 (zit. Hugi Yar, Praxis)

Daniel Hürlimann / Manuel Trachsel, Ist die fürsorgerische Unterbringung von Urteilsfähigen zulässig?, Swiss Medical Forum 2017, S. 214 ff. (zit. Hürlimann/Trachsel, Unterbringung)

IG Pflegefinanzierung, Argumentarium zu den Forderungen der IG Pflegefinanzierung, 26. April 2018 (zit. IG Pflegefinanzierung, Argumentarium)

Jürgen in der Schmitten /Friedemann Nauck / Georg Marckmann, Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Zeitschrift für Palliativmedizin 2016, S. 177 ff. (zit. in der Schmitten/Nauck/Marckmann, Advance Care Planning)

Jürgen in der Schmitten / Stephan Rixen / Georg Marckmann, Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1), Notfall + Rettungsmedizin 2011, S. 448 ff. (zit. in der Schmitten et al., Rettungsdienst 1)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Jürgen in der Schmitten / Sonja Rothärmel / Stephan Rixen / Achim Mortsiefer / Georg Marckmann, Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2), Notfall + Rettungsmedizin 2011, S. 465 ff. (zit. in der Schmitten et al., Rettungsdienst 2)

Jürgen in der Schmitten / Sonja Rothärmel / Christine Mellert / Stephan Rixen / Bernard J. Hammes / Linda Briggs / Karl Wegscheider / Georg Marckmann, A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study, BMC Health Services Research 2011, 11:14 (zit. in der Schmitten et al., Intervention)

Interverband für Rettungswesen, Empfehlungen für die Rettungsdienste und Partner im Rettungswesen zum „NO CPR" Stempel (zit. Interverband für Rettungswesen, Empfehlungen)

Tobias Jaag / Markus Rüssli, Sterbehilfe in staatlichen Spitälern, Kranken- und Altersheimen, ZBl 102/2001, S. 113 ff. (zit. Jaag/Rüssli, Sterbehilfe)

Nicola Jacob, Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der Europäischen Menschenrechtskonvention, Diss. Berlin 2012, Marburg 2013 (zit. Jacob, Aktive Sterbehilfe)

Florian Jenal, Indirekte Sterbehilfe, Gebotener Dienst am Patienten oder strafbare Tötung auf Verlangen?, ZStrR 2016, S. 100 ff. (zit. Jenal, Indirekte Sterbehilfe)

John E. Jesus / Joel M. Geiderman / Arvind Venkat / Walter E. Limehouse / Arthur R. Derse / Gregory L. Larkin / Charles W. Henrichs, Physician Orders for Life-Sustaining Treatment and Emergency Medicine: Ethical Considerations, Legal Issues, and Emerging Trends, Annals of Emergency Medicine 2014, S. 140 ff. (zit. Jesus et al., Emerging Trends)

Ralf J. Jox / Isra Black / Gian Domenico Borasio / Johanna Anneser, Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified? , BMC Medicine 2017, 15:186 (zit. Jox et al., VSED)

Walter Kälin, Ausländerdiskriminierung, in: Bernhard Ehrenzeller / Philippe Mastronardi / René Schaffhauser / Rainer J. Schweizer / Klaus A. Vallender (Hrsg.), Der Verfassungsstaat vor neuen Herausforderungen, Festschrift für Yvo Hangartner, St.Gallen/Lachen 1998, S. 561 ff. (zit. Kälin, Ausländerdiskriminierung)

Walter Kälin / Martina Caroni, Das verfassungsrechtliche Verbot der Diskriminierung wegen der ethnisch-kulturellen Herkunft, in: Walter Kälin (Hrsg.), Das Verbot ethnisch-kultureller Diskriminierung, ZSR-Beiheft 29, Basel 1999, S. 67 ff. (zit. Kälin/Caroni, Herkunft)

Walter Kälin / Jörg Künzli, Universeller Menschenrechtsschutz, 3. Aufl., Basel 2013 (zit. Kälin/Künzli, Menschenrechtsschutz)

Walter Kälin / Jörg Künzli / Andreas Lienhard / Pierre Tschannen / Axel Tschentscher, Die staatsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts in den Jahren 2009 und 2010, ZBJV 2010, S. 937 ff. (zit. Kälin et al., Rechtsprechung)

Ulrich Karpenstein / Franz Mayer, EMRK Kommentar, 2. Aufl., München 2015 (zit. AutoIn in Karpenstein/Mayer)

Isabelle Karzig / Theodore Otto / Barbara Loupatatzis / Tanja Krones, Advance Care Planning: One size does not always fit all , Bioethica Forum 2016, S. 106 ff. (zit. Karzig et al., Advance Care Planning)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Daniel Kettiger, Altersgrenze für die Ausübung von Arbeiten der amtlichen Vermessung, Gutachten zu Handen der Eidgenössischen Kommission für Ingenieur-Geometerinnen und -Geometer (Geometerkommission) vom 18. März 2011, VPB 2011.2 (zit. Kettiger, Altersgrenze)

Daniel Kettiger, Zur rechtlichen Problematik von Altersgrenzen für öffentliche Ämter, Jusletter 19. August 2002 (zit. Kettiger, Problematik)

Regina Kiener, Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlichen Schutzpflichten, ZSR 2010 I, S. 271 ff. (zit. Kiener, Suizidhilfe)

Regina Kiener / Walter Kälin, Grundrechte, 2. Aufl., Bern 2013 (zit. Kiener/Kälin, Grundrechte)

Regina Kiener / Walter Kälin / Judith Wyttenbach, Grundrechte, 3. Aufl., Bern 2018 (zit. Kiener/Kälin/Wyttenbach, Grundrechte)

Christian Kind, Umgang mit Sterben und Tod, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 790 ff. (zit. Kind, Sterben)

Roland Kipke / Markus Rothhaar, Begriffliche Verschiebungen in der Sterbehilfe-Debatte und ihre ethische Bewertung, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017 (zit. Kipke/Rothhaar, Begriffliche Verschiebungen)

Stephen Kishner / Juliet P. Tran, Opioid Medications, in: Kimberly A. Sackheim (Hrsg.), Pain Management and Palliative Care, A Comprehensive Guide, New York 2015, S. 91 ff. (zit. Kishner/Tran, Opioid Medications)

Andreas Kley, Der Grundrechtskatalog der nachgeführten Bundesverfassung – ausgewählte Neuerungen, ZBJV 1999, S. 301 ff. (zit. Kley, Grundrechtskatalog)

Andreas Kley, Urteilsunfähigkeit und Menschenrechte – ein Gegensatz?, Pflegerecht 2018, S. 104 ff. (zit. Kley, Urteilsunfähigkeit)

Andreas Kley / Tim Segessemann, Ungenügende Personalausstattung verletzt Grundrechte in Schweizer Langzeiteinrichtungen, Pflegerecht 2018, S. 220 ff. (zit. Kley/Segessemann, Langzeiteinrichtungen)

Andreas Kley / Helena Zaugg, Das Grundrecht auf Selbstbestimmung bei Personen mit eingeschränkten geistigen Fähigkeiten, in: Frank Petermann (Hrsg.), Urteilsfähigkeit, St. Gallen 2014, S. 165 ff. (zit. Kley/Zaugg, Selbstbestimmung)

Christian Kopetzki, Landesbericht Österreich, in: Jochen Taupitz (Hrsg.), Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates — taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?, Berlin 2002, S. 197 ff. (zit. Kopetzki, Landesbericht)

Douwe Korff, The right to life, A guide to the implementation of Article 2 of the European Convention on Human Rights, Council of Europe, Human Rights Handbooks, No. 8, Strasbourg 2006 (zit. Korff, Right to life)

Daniel Kraus / Aline Schmidt, Le «droit à la santé»: quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit international, in: Revue suisse de droit de la santé 2006, S. 85 ff. (zit. Kraus/Schmidt, Santé)

Tanja Krones, Mein Wille entscheidet – oder etwa nicht?, Ars Medici 2015, S. 100 ff. (zit. Krones, Wille)

Tanja Krones / Sohaila Bastami, From Legal Documents to Patient-Oriented Processes: The Evolution of Advance Care Planning, in: Peter Lack / Nikola Biller-Andorno / Susanne Brauer (Hrsg.), Advance Directives, Dordrecht 2014, S. 193 ff. (zit. Krones/Bastami, Evolution)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Tanja Krones / Ana Budilivschi / Isabelle Karzig / Theodore Otto / Fabio Valeri / Nikola Biller-Andorno / Christine Mitchell / Barbara Loupatatzis, Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial, BMJ Supportive & Palliative Care 2019, S. 1 ff. (zit. Krones et al., Advance Care Planning)

Helga Kuhse / Peter Singer / Peter Baume / Malcolm Clark / Maurice Rickard, End-of-life decisions in Australian medical practice, The Medical Journal of Australia 1997, S. 191 ff. (zit. Kuhse et al., End-of-life)

Karl-Ludwig Kunz, Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit, in: Andreas Donatsch / Marc Forster / Christian Schwarzenegger (Hrsg.), Strafrecht, Strafprozessrecht und Menschenrechte Festschrift für Stefan Trechsel zum 65. Geburtstag, S. 613 ff. (zit. Kunz, Sterbehilfe)

Karl-Ludwig Kunz, Begleitetes Sterben in Deutschland und der Schweiz: Ein aktueller Blick über die Grenzen, NK 2011, S. 102 ff. (zit. Kunz, Begleitetes Sterben)

Jörg Künzli, Soziale Menschenrechte: blosse Gesetzgebungsaufträge oder individuelle Rechtsansprüche?, AJP 1996, S. 527 ff. (zit. Künzli, Soziale Menschenrechte)

Jörg Künzli / Walter Kälin, Die Bedeutung des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte für das schweizerische Recht, in: Walter Kälin / Giorgio Malinverni / Manfred Nowak, Die Schweiz und die UNO-Menschenrechtspakte, 2. Aufl., Basel 1997, S. 105 ff. (zit. Künzli/Kälin, Bedeutung)

Jörg Künzli / Nula Frei / Vijitha Fernandes-Veerakatty, Menschenrechtliche Standards bei unfreiwilliger Unterbringung von Menschen in Alters- und Pflegeheimen, dargestellt am Beispiel von Personen mit Altersdemenz, Bern 2016 (zit. Künzli/Frei/Fernandes-Veerakatty, Unterbringung)

Otto Lagodny, Kommentierung von Art. 2 EMRK, Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, 5. Lieferung, Köln 2002 (zit. Lagodny, Kommentar Art. 2 EMRK)

Françoise Laurent / Yvan Bourgeois / Vincent Matthys, Reconnaissance des prestations de soins infirmiers et d'assistance données en EMS lors de situations de crise caractérisée par un pronostic vital menacé, Décembre 2008 (zit. Laurent/Bourgeois/Matthys, Reconnaissance)

Melinda Lee / Kenneth Brummel-Smith / Jan Meyer / Nicholas Drew / Maria London, Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): outcomes in a PACE program, Journal of the American Geriatrics Society 2000, S. 1219 ff. (zit. Lee et al., POLST)

Ursula Lehr, Der Umgang mit Sterben und Tod – Verdrängung des Sterbens, Imago Hominis 2001, S. 13 ff. (zit. Lehr, Umgang)

Audrey Leuba/ Céline Tritten, La protection de la personne incapable de discernement séjournant en institution, RDT 2003 S. 284 ff. (zit. Leuba/Tritten, Institution)

Beat Leuenberger, Schmerz zerstört die Persönlichkeit, Curaviva 2010, S. 4 ff. (zit. Leuenberger, Schmerz)

John Lombard, Law, Palliative Care and Dying, London 2018 (zit. Lombard, Palliative Care)

Xhyljeta Luta / Radoslaw Panczak / Maud Maessen / Matthias Egger / David C. Goodman / Marcel Zwahlen / Andreas E. Stuck / Kerri Clough-Gorr, Dying among older adults in Switzerland: who dies in hospital, who dies in a nursing home? , BMC Palliative Care 2016, 15:83 (zit. Luta et al., Hospital)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Aline Lüthi, Lebensverkürzung im medizinischen Kontext, Behandlungsbegrenzungen und Leidenslinderung – Ein strafrechtlicher Regelungsvorschlag, Diss. Zürich 2014 (zit. Lüthi, Lebensverkürzung)

Isseki Maeda / Tatsuya Morita / Takuhiro Yamaguchi / Satoshi Inoue / Masayuki Ikenaga / Yoshihisa Matsumoto / Ryuichi Sekine / Takashi Yamaguchi / Takeshi Hirohashi / Tsukasa Tajima / Ryohei Tatara / Hiroaki Watanabe / Hiroyuki Otani / Chizuko Takigawa / Yoshinobu Matsuda / Hiroka Nagaoka / Masanori Mori / Yo Tei / Ayako Kikuchi / Mika Baba / Hiroya Kinoshita, Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study, The Lancet Oncology 2016, S. 115 ff. (zit. Maeda et al., Sedation)

Maud Maessen / Nicole Steck / Marcel Zwahlen / Steffen Eychmüller, Potential economic impact of mobile specialist palliative care teams in Switzerland, Bern 2018 (zit. Maessen et al., Economic impact)

Claudia Mahler, Menschenrechte in der Pflege, Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss, Deutsches Institut für Menschenrechte, Policy Paper Nr. 30, Berlin 2015 (zit. Mahler, Menschenrechte)

Marco Maltoni / Cristina Pittureri / Emanuela Scarpi / Lino Piccinini / Francesca Martini / Paola Turci / Luigi Montanari / Oriana Nanni / Dino Amadori, Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study, Annals of Oncology 2009, S. 1163 ff. (zit. Maltoni et al., Sedation)

Marco Maltoni / Emanuela Scarpi / Marta Rosati / Stefania Derni / Laura Fabbri / Francesca Martini / Dino Amadori / Oriana Nanni, Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review, Journal of Clinical Oncology 2012, S. 1378 ff. (zit. Maltoni et al., Survival)

Georg Marckmann / Jürgen in der Schmitten, Die „Hausärztliche Anordnung für den Notfall" (HAnNo) als integraler Bestandteil der Patientenverfügung: Erfahrungen aus einem regionalen Advance Care Planning Pilotprojekt, Palliativmedizin 2014, V151 (zit. Marckmann/in der Schmitten, Erfahrungen)

Vincent Martenet, Géométrie de l'égalité, Zürich 2003 (zit. Martenet, Egalité)

Claudia Martin / Diego Rodríguez-Pinzón / Bethany Brown, Human Rights of Older People, Universal and Regional Legal Perspectives, Dordrecht 2015 (zit. Martin/Rodríguez-Pinzón/Brown, Older People)

Bertrand Mathieu, The right to life in European constitutional and international case-law, Strassburg 2006 (zit. Mathieu, Right to life)

Philippe Meier / Suzana Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, Zürich 2011 (zit. Meier/Lukic, Introduction)

Grischa Merkel, Patientenautonomie und Tatherrschaft bei lebensbeendenden Entscheidungen, Orientierungshilfen auf dem schmalen Grat zwischen gebotener, erlaubter und verbotener Sterbehilfe, ZSR 2018 II, S. 303 ff. (zit. Merkel, Patientenautonomie)

Grischa Merkel, Patientenwille und Lebensschutz – Klärungsversuch in einer unwegsamen Debatte, MedR 2017, S. 1 ff. (zit. Merkel, Lebensschutz)

Jens Meyer-Ladewig / Martin Nettesheim / Stefan von Raumer (Hrsg.), Handkommentar EMRK, 4. Aufl., Baden-Baden 2017 (zit. HK EMRK-VerfasserIn)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Judy L. Meyers / Crystal Moore / Alice McGrory / Jennifer Sparr / Melissa Ahern, Physician orders for life-sustaining treatment form: honoring end-of-life directives for nursing home residents , Journal of Gerontological Nursing 2004, S. 37 ff. (zit. Meyers et al., POLST)

Ludwig A. Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit, AJP 2004, S. 491 ff. (zit. Minelli, Suizidfreiheit)

Settimio Monteverde, Advance Care Planning – mehr als die Betaversion der Patientenverfügung, Bioethica Forum 2016, S. 117 f. (zit. Monteverde, Advance Care Planning)

Jörg Paul Müller, Die Diskriminierungsverbote nach Art. 8 Abs. 2 der neuen Bundesverfassung, in: Ulrich Zimmerli (Hrsg.), Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft, Bern 2000 (zit. Müller, Diskriminierungsverbote)

Jörg Paul Müller, Diskriminierung behinderter Personen de constitutione lata et ferenda, in: Erwin Murer (Hrsg.), Eingliederung vor Rente – Eingliederung in die Sackgasse?, Neue Lösungsansätze für ein altes Problem, Freiburger Sozialrechtstag 1998, Bern 1998, S. 1 ff. (zit. Müller, Diskriminierung)

Jörg Paul Müller, Grundrechte in der Schweiz, 3. Aufl., Bern 1999 (zit. Müller, Grundrechte 1999)

Jörg Paul Müller / Markus Schefer, Grundrechte in der Schweiz, 4. Aufl., Bern 2008 (zit. Müller/Schefer, Grundrechte)

Jörg Paul Müller, Verwirklichung der Grundrechte nach Art. 35 BV, Der Freiheit Chancen geben, Bern 2018 (zit. Müller, Verwirklichung)

Christof Müller-Busch, Terminale Sedierung, Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?, Ethik in der Medizin 2004, S. 369 ff. (zit. Müller-Busch, Terminale Sedierung)

Jürg Müller-Stähelin, Selbstbestimmung Urteilsunfähiger, in: Felix Hafner / Kurt Seelmann / Corinne Widmer Lüchinger (Hrsg.), Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod, Zürich 2014, S. 133 ff. (zit. Müller-Stähelin, Selbstbestimmung)

Tarek Naguib / Kurt Pärli / Eylem Copur / Melanie Studer, Diskriminierungsrecht, Handbuch für Jurist_innen, Berater_innen und Diversity-Expert_innen, Bern 2014 (zit. Naguib/Pärli/Copur/Studer, Diskriminierungsrecht)

Nationaler Ethikrat (Deutschland), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006 (zit. Ethikrat, Lebensende)

Stefania Negri, Universal Human Rights and End-of-Life Care, in: Stefania Negri / Jochen Taupitz / Amina Salkić / Anna Zwick (Hrsg.), Advance Care Decision Making in Germany and Italy, Heidelberg 2013 (zit. Negri, Universal Human Rights)

Gerald Neitzke / Andreas Frewer, Sedierung als Sterbehilfe?, Zur medizinethischen Kultur am Lebensende, Ethik in der Medizin 2004/4, S. 323 ff. (zit. Neitzke/Frewer, Sedierung)

Christian Neudert / David Oliver / Maria Wasner / Gian Domenico Borasio, The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis, Journal of Neurology 2001, S. 612 ff. (zit. Neudert et al., Terminal phase)

Hans Neuenschwander, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende – Was sagt die klinische Praxis?, in: Steffen Eychmüller / Hermann Amstad (Hrsg.), Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), Lausanne 2015, S. 47 ff. (zit. Neuenschwander, Praxis)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Hans Neuenschwander, Palliative versus terminale Sedation, Swiss Medical Forum 2005/9, S. 241 ff. (zit. Neuenschwander, Sedation)

Stefan Neuner-Jehle, Choosing Wisely und smarter medicine aus hausärztlicher Sicht, Primary and Hospital Care 2017, S. 14 f. (zit. Neuner-Jehle, Choosing Wisely)

Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger, Basler Kommentar Strafrecht II, Art. 111-392 StGB, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. BSK StGB-BearbeiterIn)

Manfred Nowak, UNO-Pakt über bürgerliche und politische Rechte und Fakultativprotokoll, CCPR-Kommentar, Kehl am Rhein 1989 (zit. Nowak, CCPR-Kommentar)

Tony O'Brien / Moira Kelly / Cicely Saunders, Motor neurone disease: a hospice perspective, British Medical Journal 1992, S. 471 ff. (zit. O'Brien et al., Hospice perspective)

Danna Ogden, Palliative Care, in: Kimberly A. Sackheim (Hrsg.), Pain Management and Palliative Care, A Comprehensive Guide, New York 2015, S. 197 ff. (zit. Ogden, Palliative Care)

Russel D. Ogden / William K. Hamilton / Charles Whitcher, Assisted suicide by oxygen deprivation with helium at a Swiss right-to-die organisation, Journal of Medical Ethics 2010, S. 174 ff. (zit. Ogden/Hamilton/Whitcher, Helium)

Robert S. Olick, On the Scope and Limits of Advance Directives and Prospective Autonomy, in: Peter Lack / Nikola Biller-Andorno / Susanne Brauer (Hrsg.), Advance Directives, Dordrecht 2014, S. 53 ff. (zit. Olick, Advance Directives)

Torkel Opsahl, The Right to Life, in: Ronald Macdonald / Franz Matscher / Herbert Petzold (Hrsg.), The European System for the Protection of Human Rights, Dordrecht 1993, S. 207-223 (zit. Opsahl, Right to Life)

Ursina Pally Hofmann, Auswirkungen des Erwachsenenschutzgesetzes auf die Behandlung urteilsunfähiger Patienten, Schweizerische Ärztezeitung 2015, S. 474 ff. (zit. Pally Hofmann, Auswirkungen)

Radoslaw Panczak / Xhyljeta Luta / Maud Maessen / Andreas E. Stuck / Claudia Berlin / Kurt Schmidlin / Oliver Reich / Viktor von Wyl / David C. Goodman / Matthias Egger / Marcel Zwahlen / Kerri M. Clough-Gorr, Regional Variation of Cost of Care in the Last 12 Months of Life in Switzerland, Medical Care 2017, S. 155 ff. (zit. Panczak et al., Regional Variation)

Kurt Pärli, Altersgrenzen als Diskriminierungsproblem, Die Zulässigkeit von Altersgrenzen im Lichte völker-, verfassungs- und europarechtlicher Diskriminierungsverbote, in: Franco Lorandi / Daniel Staehelin (Hrsg.), Innovatives Recht, Festschrift für Ivo Schwander, Zürich/St. Gallen 2011, S. 107 ff. (zit. Pärli, Altersgrenzen)

Kurt Pärli, Die Auswirkungen des Grundrechts auf neuere Sozialhilfemodelle, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 95 ff. (zit. Pärli, Sozialhilfemodelle)

Kurt Pärli, Zwangsmassnahmen in der Pflege, AJP 2011, S. 360 ff. (zit. Pärli, Zwangsmassnahmen)

Philip Pauser, Rechtliche Überlegungen zur Sterbehilfe, Wiener Klinische Wochenschrift 2011, S. 704 ff. (zit. Pauser, Sterbehilfe)

Alex Pedrazzini, L'euthanasie, de l'avortement eugénique à la prolongation artificielle de la vie, Etude de droit suisse, Diss. Lausanne, Locarno 1982 (zit. Pedrazzini, L'euthanasie)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Henry S. Perkins, Controlling Death: The False Promise of Advance Directives, Annals of Internal Medicine 2007, S. 51 ff. (zit. Perkins, Controlling)

Frank Petermann, Rechtliche Überlegungen zur Problematik der Rezeptierung und Verfügbarkeit von Natrium-Pentobarbital, AJP 2006, S. 439 ff. (zit. Petermann, NaP-Rezeptierung)

Frank Petermann, Demenz-Erkrankungen und Selbstbestimmung – ein Widerspruch in sich?, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St.Gallen 2008, S. 153 ff. (zit. Petermann, Demenz-Erkrankungen)

Frank Petermann, Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention, AJP 2004, S. 1111 ff. (zit. Petermann, Suizid-Präventions-Gesetz)

Frank Petermann, Die geltende Regelung für Natrium-Pentobarbital: Ein legistischer Rubik's Cube?, AJP 2008, S. 1413 ff. (zit. Petermann, NaP-Regelung)

Frank Petermann, Sterbehilfe: Eine terminologische Einführung, Klärung der sprachlichen Differenzierungen, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen, Ein interdisziplinärer Diskurs, St.Gallen 2006, S. 21 ff. (zit. Petermann, Terminologie)

Helena Peterková, Sterbehilfe und die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes, Diss. Bern 2013 (zit. Peterková, Sterbehilfe)

Brigitte Pfiffner Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Diss. Zürich 2003 (zit. Pfiffner Rauber, Krankheitsbehandlung)

Karl Pillemer / David W. Moore, Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff, The Gerontologist 1989, S. 314 ff. (zit. Pillemer/Moore, Abuse)

Johann Platzer / Franziska Grossschädl, Entscheidungen am Lebensende, Medizinethische und empirische Forschung im Dialog, Baden-Baden 2016 (zit. Platzer/Großschädl, Entscheidungen)

Tomas Poledna, Altersgrenzen für öffentliche Ämter, Jusletter 26. August 2002 (zit. Poledna, Altersgrenzen)

José Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie spéciale, Zürich 2009 (zit. Pozo, Droit pénal)

Bernhard Pulver, L'interdiction de la discrimination, Etude de l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999, Diss. Neuenburg, Basel 2003 (zit. Pulver, Discrimination)

Gregor Puppinck / Claire de La Hougue, The right to assisted suicide in the case law of the European Court of Human Rights, The International Journal of Human Rights 2014, S. 735 ff. (zit. Puppinck/de La Hougue, Assisted suicide)

Lukas Radbruch / Christoph Ostgathe, Semantische Verschiebungen im Recht und ihre Beurteilung aus palliativmedizinischer Sicht, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017 (zit. Radbruch/Ostgathe, Semantische Verschiebungen)

Bernadette Rainey / Elizabeth Wicks / Clare Ovey, Jacobs, White and Ovey: The European Convention on Human Rights, 7. Aufl., Oxford 2017 (zit. Rainey/Wicks/Ovey, ECHR)

Jörg Rehberg, Arzt und Strafrecht, in: Heinrich Honsell (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, Zürich 1994, S. 303 ff. (zit. Rehberg, Arzt und Strafrecht)

Manfred Rehbinder, Berner Kommentar zum Arbeitsvertrag, Bern 1992 (zit. BK-Rehbinder 1992)

Manfred Rehbinder / Jean-Fritz Stöckli, Berner Kommentar zum Arbeitsvertrag, Bern 2014 (zit. BK-Rehbinder/Stöckli)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Thomas Reisch / Konrad Michel, Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace, Suicide and Life-Threatening Behavior 2005, S. 460 ff. (zit. Reisch/Michel, Muenster)

Béeatrice Reusser / Martina Obrist-Scheidegger, Art. 12 BV in Theorie und Praxis der Asylbehörden, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 61 ff. (zit. Reusser/Obrist-Scheidegger, Asylbehörden)

René A. Rhinow / Markus Schefer / Peter Uebersax, Schweizerisches Verfassungsrecht, 3. Aufl., Basel 2016 (zit. Rhinow/Schefer/Uebersax, Verfassungsrecht)

Daniel Rietiker, From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent Haas v. Switzerland Judgment , Harvard Human Rights Journal 2012, S. 85 ff. (zit. Rietiker, Suicide)

Klaus Peter Rippe / Christian Schwarzenegger / Georg Bosshard / Martin Kiesewetter, Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, in: SJZ 101/2005, S. 53 ff. (zit. Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit)

Stephan Rixen, Euthanasie oder Behandlungsabbruch?, Die „Lambert"-Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 5. Juni 2015, in: Franz-Josef Bormann (Hrsg.), Lebensbeendende Handlungen, Berlin 2017, S. 684 ff. (zit. Rixen, Euthanasie)

Sonja Rothärmel, Terminale Sedierung aus juristischer Sicht, Gebotener palliativmedizinischer Standard oder heimliche aktive Sterbehilfe?, Ethik in der Medizin 2004, S. 349 ff. (zit. Rothärmel, Terminale Sedierung)

Sophie Roggendorf, Indirekte Sterbehilfe, Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven, Freiburg 2011 (zit. Roggendorf, Indirekte Sterbehilfe)

Daniel Rosch / Andrea Büchler / Dominique Jakob, Erwachsenenschutzrecht, Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB und VBVV, 2. Aufl., Basel 2015 (zit. ESR Komm-Bearbeiter/in)

Claude Rouiller / Leila Roussianos, Le droit à la vie et le droit de mourir dignement, Jusletter 12. Juni 2006 (zit. Rouiller/Roussianos, Mourir)

David Rüetschi, Die Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW aus juristischer Sicht, Schweizerische Ärztezeitung 2004, S. 1222 ff. (zit. Rüetschi, Richtlinien)

Delphine Roulet Schwab / Anna Rivoir, Maltraitance des personnes âgées. Représentations et gestion de la problématique dans les institutions, Lausanne 2011 (zit. Roulet Schwab/Rivoir, Maltraitance)

Heinz Rüegger, Altersdiskriminierung, Jahrbuch Diakonie Schweiz 2018, S. 127 ff. (zit. Rüegger, Altersdiskriminierung)

Bernhard Rütsche, Was sind öffentliche Aufgaben?, Recht 2013, S. 153 ff. (zit. Rütsche, Aufgaben)

Bernhard Rütsche, Rechte von Ungeborenen auf Leben und Integrität, Habil. Zürich 2009 (zit. Rütsche, Rechte von Ungeborenen)

Bernhard Rütsche / Andreas Wildi, Limitierung von Arzneimitteln im Krankenversicherungsrecht: Wo wird die Grenze zur Rationierung überschritten?, Recht 2016, S. 199 ff. (zit. Rütsche/Wildi, Limitierung)

Bernhard Rütsche / Nadja D'Amico / Lea Schläpfer, Stärkung der Patientenrechte: internationales Soft Law und nationale Gesetze im Vergleich, Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Luzern 2013 (zit. Rütsche/D'Amico/Schläpfer, Patientenrechte)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Charles P. Sabatino, The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy , The Milbank Quarterly 2008, S. 211 ff. (zit. Sabatino, Law and Policy)

Thomas Sägesser, Besprechung des Entscheides der Eidgenössischen Personalrekurskommission vom 7. September 2006, ARV 2007, S. 240 ff. (zit. Sägesser, Personalrekurskommission)

SAMW, Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis, 2. Aufl., Basel 2013 (zit. SAMW, Rechtliche Grundlagen)

Peter Schaber, Menschenwürde und Selbstachtung: Ein Vorschlag zum Verständnis der Menschenwürde, Studia philosophica 2004, S. 93 ff. (zit. Schaber, Menschenwürde)

Patrick Schaerz, Rezept für Freitodbegleitung wegen Erblindung zulässig, AJP 2013, S. 942 ff. (zit. Schaerz, Erblindung)

Patrick Schaerz, Verantwortung des Arztes im Rahmen der Suizidbeihilfe, AJP 2015, S. 1308 ff. (zit. Schaerz, Suizidbeihilfe)

Markus Schefer, Die Kerngehalte von Grundrechten, Geltung, Dogmatik, inhaltliche Ausgestaltung, Bern 2001 (zit. Schefer, Kerngehalte)

Markus Schefer, Grundrechte in der Schweiz, Ergänzungsband zur dritten Auflage des gleichnamigen Werks von Jörg Paul Müller, Bern 2005 (zit. Schefer, Ergänzungsband)

Markus Schefer / Caroline Hess-Klein, Behindertengleichstellungsrecht, Bern 2014 (zit. Schefer/Hess-Klein, Behindertengleichstellungsrecht)

Markus Schefer / René Rhinow, Zulässigkeit von Altersgrenzen für politische Ämter aus Sicht der Grundrechte, Jusletter 7. April 2003 (zit. Schefer/Rhinow, Altersgrenzen)

Philip Schelling, Rechtliche Probleme der Schmerztherapie und Palliativmedizin, in: Thomas Standl / Jochen Schulte am Esch / Rolf-Detlef Treede / Michael Schäfer / Hubert J. Bardenheuer (Hrsg.), Schmerztherapie, 2. Aufl., Stuttgart 2010, S. 522 ff. (zit. Schelling, Schmerztherapie)

Jürg Schertenleib, Wird das Grundrecht auf Nothilfe durch den Sozialhilfestopp im Asylbereich verletzt?, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 67 ff. (zit. Schertenleib, Sozialhilfestopp im Asylbereich)

Jan Schildmann / Tanja Krones, Advance Care Planning in der Onkologie, Ein Überblick aus klinisch-ethischer Perspektive, in: Der Onkologe 9/2015, S. 840 ff. (zit. Schildmann/Krones, Advance Care Planning)

Evelyne Schmid, Bemerkungen zu BGE 136 I 290, AJP 2011, S. 983 f. (zit. Schmid, Bemerkungen)

Terri A. Schmidt / Elizabeth A. Olszewski / Dana Zive / Erik K. Fromme / Susan W. Tolle, The Oregon Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Registry: A Preliminary Study of Emergency Medical Services Utilization , The Journal of Emergency Medicine 2014, S. 796 ff. (zit. Schmidt et al., Registry)

Rahel Schneider / Nadine Schur / Daphne Reinau / Matthias Schwenkglenks / Christoph R. Meier, Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017, Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016 (zit. Schneider et al., Helsana-Arzneimittelreport)

Hermann Schmid, Erwachsenenschutz, Kommentar zu Art. 360-456 ZGB, Zürich 2010 (zit. Schmid, Erwachsenenschutz)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Margareta Schmid / Ueli Zellweger / Georg Bosshard / Matthias Bopp, Medical end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013: Who is involved and how does the decision-making capacity of the patient impact?, Swiss Medical Weekly 2016;146:w14307 (zit. Schmid et al., End-of-life decisions)

Lena Schneller / Angelo Bernardon, Freiwilligkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kontext von Selbstbestimmung und Fürsorge, ZKE 2016, S. 115 ff. (zit. Schneller/Bernardon, Freiwilligkeit)

Martin Schubarth, Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, ZStrR 2009, S. 3 ff. (zit. Schubarth, Tötung)

Martin Schubarth, Assistierter Suizid – Aussergewöhnlicher Todesfall?, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, St.Gallen 2010, S. 249 ff. (zit. Schubarth, Aussergewöhnlicher Todesfall)

Sophie Schur / Dietmar Weixler / Christoph Gabl / Gudrun Kreye / Rudolf Likar / Eva Katharina Masel / Michael Mayrhofer / Franz Reiner / Barbara Schmidmayr / Kathrin Kirchheiner / Herbert Hans Watzke, Sedation at the end of life – a nation-wide study in palliative care units in Austria, BMC Palliative Care 2016, 15:50 (zit. Schur et al., Sedation)

Christian Schwarzenegger, Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod, Schweizerische Ärztezeitung 2007, S. 843 ff. (zit. Schwarzenegger, Mittel)

Christian Schwarzenegger, Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), in: Frank Petermann (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St.Gallen 2008, S. 81 ff. (zit. Schwarzenegger, Beweggründe)

Rainer Schweizer, Sterbehilfe in verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Sicht, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, Zürich 2008, S. 27 ff. (zit. Schweizer, Sterbehilfe)

Michael Seibert, Rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe, Diss. Konstanz 2003 (zit. Seibert, Sterbehilfe)

Richard H. Seiden, Where Are They Now? A Follow-up Study of Suicide Attempters from the Golden Gate Bridge, Suicide and Life-Threatening Behavior 1978, S. 203 ff. (zit. Seiden, Golden Gate)

Kevin Selby / Jacques Cornuz / Christine Cohidon / Jean-Michel Gaspoz / Nicolas Senn, How do Swiss general practitioners agree with and report adhering to a top-five list of unnecessary tests and treatments? Results of a cross-sectional survey , European Journal of General Practice 2018, S. 32 ff. (zit. Selby et al., Survey)

Kevin Selby / Jacques Cornuz / Stefan Neuner-Jehle / Arnaud Perrier / Andreas Zeller / Christoph A. Meier / Nicolas Rodondi / Jean-Michel Gaspoz, «Smarter Medicine»: 5 Interventionen, die in der ambulanten allgemeinen inneren Medizin vermieden werden sollten, Schweizerische Ärztezeitung 2014, S. 769 f. (zit. Selby et al., Innere Medizin)

Tanja Soland, Suizidverhinderung als Straftat?, Diss. Basel 2011 (zit. Soland, Suizidverhinderung)

Benny Spanier / Israel Doron / Faina Milman-Sivan, Older Persons' use of the European Court of Human Rights, Journal of Cross-Cultural Gerontology 2013, S. 407 ff. (zit. Spanier/Doron/Milman-Sivan, Older Persons)

Gabrielle Steffen, Droit aux soins et rationnement, Diss. Neuenburg 2001, Bern 2002 (zit. Steffen, Droit aux soins)

Gabrielle Steffen, Soins essentiels, Un droit fondamental qui transcende les frontières?, Basel 2018 (zit. Steffen, Soins essentiels)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gabrielle Steffen / Olivier Guillod, Landesbericht Schweiz, in: Jochen Taupitz, Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates, Berlin 2002, S. 351 ff. (zit. Steffen/Guillod, Landesbericht)

Gary L. Stein / Iris Cohen Fineberg, Advance Care Planning in the USA and UK: A Comparative Analysis of Policy, Implementation and the Social Work Role , British Journal of Social Work 2013, S. 233 ff. (zit. Stein/Cohen Fineberg, Advance Care Planning)

Paul-Henri Steinauer / Christiana Fountoulakis, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, Bern 2014 (zit. Steinauer/Fountoulakis, Protection de l'adulte)

Peter Stettler / Severin Bischof / Livia Bannwart, Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017, Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009, Bern 2018 (zit. Stettler/Bischof/Bannwart, Bevölkerungsbefragung)

Günter Stratenwerth, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 3. Aufl., Bern 2005 (zit. Stratenwerth, Strafrecht AT 2005)

Günter Stratenwerth, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 4. Aufl., Bern 2011 (zit. Stratenwerth, Strafrecht AT)

Günter Stratenwerth, Sterbehilfe, ZStR Bd. 95, 1978, S. 60 ff. (zit. Stratenwerth, Sterbehilfe)

Günter Stratenwerth / Guido Jenny / Felix Bommer, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 7. Aufl., Bern 2010 (zit. Stratenwerth/Jenny/Bommer, Strafrecht BT I)

Günter Stratenwerth/Wolfgang Wohlers, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Handkommentar, 3. Aufl., Bern 2013 (zit. Stratenwerth/Wohlers, Handkommentar StGB)

Céline Suter, Advance Care Planning und Vertreterverfügungen, Jusletter 28. Januar 2019 (zit. Suter, Advance Care Planning)

Nigel Sykes / Andrew Thorns, The use of opioids and sedatives at the end of life, The Lancet Oncology 2003, S. 312 ff. (zit. Sykes/Thorns, Opioids and sedatives)

Danièle Tacnet Auzzino, La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, Gérontologie et société 4/2009, S. 99 ff. (zit. Tacnet Auzzino, Consentement)

Brigitte Tag, Strafrecht im Arztalltag, in: Moritz Kuhn/ Tomas Poledna (Hrsg.), Arztrecht in der Praxis, 2. Aufl., Zürich 2007, S. 669 ff. (zit. Tag, Strafrecht im Arztalltag)

Ueli Tecklenburg, Das Verhältnis zwischen dem Grundrecht und den SKOS-Richtlinien, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 89 ff. (zit. Tecklenburg, SKOS-Richtlinien)

Joan M. Teno / Sandra Licks / Joanne Lynn / Neil S. Wenger / Alfred F. Connors / Russell S. Phillips / Mary Ann O'Connor / Donald P. Murphy / William J. Fulkerson / Norman A. Desbiens / William A. Knaus, Do Advance Directives Provide Instructions that Direct Care?, Journal of the American Geriatrics Society 1997, S. 508 ff. (zit. Teno et al., Advance Directives)

Oliver Tolmein, Selbstbestimmung als Zwang?, Freiheitsrechte und medizinische Entscheidungen am Lebensende unter den Bedingungen knapper Ressourcen, in: Caroline Welsh / Christoph Ostgathe / Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Bielefeld 2017, S. 67 ff. (zit. Tolmein, Selbstbestimmung)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SGN, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 793 f. (zit. smarter medicine, Nephrologie)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SRO, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 429 f. (zit. smarter medicine, Radio-Onkologie)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SNG, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 1361 f. (zit. smarter medicine, Neurologie)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SGAR, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 1574 f. (zit. smarter medicine, Anästhesiologie und Reanimation)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SGC, Schweizerische Ärztezeitung 2018, S. 12 f. (zit. smarter medicine, Chirurgie)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SFGG, Schweizerische Ärztezeitung 2017, S. 804 f. (zit. smarter medicine, Geriatrie)

Trägerschaft «smarter medicine», Die «Top-5-Liste» der SGG, Schweizerische Ärztezeitung 2017, S. 1449 f. (zit. smarter medicine, Gastroenterologie)

Stefan Trechsel / Peter Noll, Schweizerisches Strafrecht Allgemeiner Teil I, Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit, 5. Aufl., Zürich 1998 (zit. Trechsel/Noll, Strafrecht 1998)

Stefan Trechsel / Peter Noll / Mark Pieth, Schweizerisches Strafrecht Allgemeiner Teil I, 7. Aufl., Zürich 2017 (zit. Trechsel/Noll/Pieth, Strafrecht)

Stefan Trechsel / Mark Pieth, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 3. Aufl., Zürich 2018 (zit. Bearbeiter, in: Trechsel/Pieth, Praxiskommentar StGB)

Pierre Tschannen / Martin Buchli, Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen im Bereich der Suizidprävention, Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Bern 2004 (zit. Tschannen/Buchli, Suizidprävention)

Carlo Tschudi, Die Auswirkungen des Grundrechts auf Hilfe in Notlagen auf sozialhilferechtliche Sanktionen, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 117 ff. (zit. Tschudi, Sozialhilferechtliche Sanktionen)

Peter Uebersax, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Recht auf Hilfe in Notlagen im Überblick, in: Carlo Tschudi (Hrsg.), Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekissen für Arbeitsscheue?, Bern 2005, S. 117 ff. (zit. Uebersax, Notlagen)

Wilhelm Uhlenbruck, Die Rechtspflicht des Arztes zu ausreichender postoperativer Schmerztherapie, in: Klaus A. Lehmann (Hrsg.), Der postoperative Schmerz, Berlin 1994, S. 18 ff. (zit. Uhlenbruck, Schmerztherapie)

Micaela Vaerini, Droit à l'autodétermination et nouveau droit de protection de l'adulte: la question de la fin de vie, ZKE 2012, S. 378 ff. (zit. Vaerini, Fin de vie)

Johannes J. M. van Delden, The Netherlands – Euthanasia as a last resort, in: Council of Europe, Ethical eye: Euthanasia, Volume II – National and European perspectives, Strassburg 2004, S. 65 ff. (zit. van Delden, Netherlands)

Agnes van der Heide, Physician-Assisted Dying in the Netherlands, in: Gian Domenico Borasio / Ralf J. Jox / Jochen Taupitz / Urban Wiesing (Hrsg.), Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Berlin 2017, S. 21 ff. (zit. van der Heide, Netherlands)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Agnes van der Heide / Luc Deliens / Karin Faisst / Tore Nilstun / Michael Norup / Eugenio Paci / Gerrit van der Wal / Paul J van der Maas, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, The Lancet 2003, S. 345 ff. (zit. van der Heide et al., End-of-life)

Paul J. van der Maas / Johannes J. M. van Delden / Loes Pijnenborg / Caspar W. N. Looman, Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, The Lancet 1991, S. 669 ff. (zit. van der Maas et al., End-of-life 1991)

Paul J. van der Maas / Gerrit van der Wal / Ilinka Haverkate / Carmen L.M. de Graaff / John G.C. Kester / Bregje D. Onwuteaka-Philipsen / Agnes van der Heide / Jacqueline M. Bosma / Dick L. Willems, Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995, The New England Journal of Medicine 1996, S. 1699 ff. (zit. van der Maas et al., End-of-life 1996)

Birgitt van Oorschot / Alfred Simon, Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe?, Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende, Psychologie & Gesellschaftskritik, 2008, S. 39 ff. (zit. van Oorschot/Simon, Klassifikationen)

Petra Venetz, Feststellung der Urteilsfähigkeit als gesetzliche Vorgabe – Juristische Aspekte, in: Frank Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, St.Gallen 2010, S. 45 ff. (zit. Venetz, Feststellung)

Petra Venetz, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Diss. Luzern, Zürich 2008 (zit. Venetz, Suizidhilfeorganisationen)

Heidi Vogt, Interview mit Dr. med. Gerhard Köble: Ärzte helfen Leiden lindern, EXIT 1/2009, S. 32 f. (zit. Vogt, Interview)

Usch Vollenwyder, Gewalt hat viele Facetten, Zeitlupe 3/2017, S. 13 ff. (zit. Vollenwyder, Gewalt)

Matthias Wächter / Angela Bommer, Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter, Luzern 2014 (zit. Wächter/Bommer, Mobile Palliative-Care-Dienste)

Bernhard Waldmann, Das Diskriminierungsverbot von Art. 8 Abs. 2 BV als besonderer Gleichheitssatz, Unter besonderer Berücksichtigung der völkerrechtlichen Diskriminierungsverbote einerseits und der Rechtslage in den USA, in Deutschland, Frankreich sowie im europäischen Gemeinschaftsrecht anderseits, Bern 2003 (zit. Waldmann, Diskriminierungsverbot)

Bernhard Waldmann,Das Recht auf Nothilfe zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, ZBl 2006, S. 341 ff. (zit. Waldmann, Nothilfe)

Tenzin Wangmo / Karin Nordström / Reto W. Kressig, Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers, Geriatric Nursing 2017, S. 385 ff. (zit. Wangmo/Nordström/Kressig, Elder abuse)

Beatrice Weber-Dürler, Rechtsgleichheit (§ 41), in: Daniel Thürer / Jean-François Aubert / Jörg Paul Müller (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz, Zürich 2001, S. 657 ff. (zit. Weber-Dürler, Rechtsgleichheit)

Lynn R. Webster, The Double Effect: In Theory and in Practice, in: Timothy R. Deer et al. (Hrsg.), Comprehensive Treatment of Chronic Pain by Medical, Interventional, and Integrative Approaches, New York 2013, S. 1045 ff. (zit. Webster, Double Effect)

Florentin Weibel, The Justiciability of Economic, Social and Cultural Rights in Switzerland , Master Thesis, Basel 2016 (zit. Weibel, Justiciability)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Philippe Weissenberger, Die Einwilligung des Verletzten bei den Delikten gegen Leib und Leben, Diss. Basel, Bern 1996 (zit. Weissenberger, Einwilligung)

Caroline Welsh, Autonomie und Menschenrechtsschutz am Lebensende, Eine Einführung, in: Caroline Welsh / Christoph Ostgathe / Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Bielefeld 2017, S. 7 ff. (zit. Welsh, Lebensende)

Carmen Ladina Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, Diss. Luzern, Zürich 2010 (zit. Widmer Blum, Urteilsunfähigkeit)

René Wiederkehr / Paul Richli, Praxis des allgemeinen Verwaltungsrechts, Band I: Eine systematische Analyse der Rechtsprechung, Bern 2012 (zit. Wiederkehr/Richli, Rechtsprechung)

Luzius Wildhaber, Kommentierung von Art. 8 EMRK, Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, 2. Lieferung, Köln 1992 (zit. Wildhaber, Kommentar Art. 8 EMRK)

Claudia Wyss / Peter Breitschmid, Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Form der Lebensbeendigung, Pflegerecht 2018, S. 84 ff. (zit. Wyss/Breitschmid, FVNF)

Nina Zahn, Medizinische, juristische und ethische Aspekte der terminalen Sedierung, Diss. Bonn 2011, Berlin 2012 (zit. Zahn, Terminale Sedierung)

Michael Zenz, Zwischen Pflicht und Strafe, Deutsches Ärzteblatt 2011, S. 641 ff. (zit. Zenz, Pflicht)

Lenka Ziegler, Sterben in Würde – Wertekonflikt zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf Sterben, in: Juana Vasella / Anne-Sophie Morand (Hrsg.), Werte im Recht – Das Recht als Wert, Zürich 2018, S. 29 ff. (zit. Ziegler, Sterben)

Sarah Ziegler / Margareta Schmid / Matthias Bopp / Georg Bosshard / Milo Alan Puhan, Continuous Deep Sedation Until Death—a Swiss Death Certificate Study, Journal of General Internal Medicine 2018, S. 1052 ff. (zit. Ziegler et al., Continuous Deep Sedation)

Markus Zimmermann-Acklin, Mit Helium in den Tod? Zur Diskussion um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Ethik in der Medizin 2008, S. 83 ff. (zit. Zimmermann, Helium)

Markus Zimmermann / Stefan Felder / Ursula Streckeisen / Brigitte Tag, Das Lebensende in der Schweiz – Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven, Basel 2019 (zit. Zimmermann et al., Lebensende)

Nesa Zimmermann, A matter of life or death: the euthanasia debate under a human rights perspective, ex ante 2016, S. 41 ff. (zit. Zimmermann, Euthanasia)

Ulrich Zollinger / Christian Jackowski / Daniel Wyler, Skriptum Rechtsmedizin, 13. Aufl., Bern 2017 (zit. Zollinger/Jackowski/Wyler, Rechtsmedizin)

Haykaz Zoryan, Patientenverfügung im öffentlichen Recht, Zwischen grundrechtlichen Schutzpflichten und Recht auf Selbstbestimmung, Diss. Bern, Basel 2018 (zit. Zoryan, Patientenverfügung)

https://doi.org/10.5771/9783748929710 - am 12.01.2026, 15:04:59. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -