

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 viel diskutierten 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 Flüssigkeit¹⁸⁹⁰ wird teilweise als Alternative zum Suizid durch Einnahme einer tödlichen Substanz beschrieben¹⁸⁹¹. 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 liegt¹⁸⁹². 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).

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 Sedierung¹⁸⁹³ in der Schweiz stark zugenommen¹⁸⁹⁴. Im Jahr 2001 lag sie noch unter 5 Prozent, im Jahr 2013 bei über 17 Prozent¹⁸⁹⁵. 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 bejahen¹⁸⁹⁶. 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).

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 darf¹⁸⁹⁷. 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 überzeugen¹⁸⁹⁸. 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 lassen¹⁸⁹⁹. Weil in Alters- und Pflegeheimen in der Regel ältere Menschen wohnen, stellt der erschwerete 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 notwendig¹⁹⁰⁰.

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 bevorzugen¹⁹⁰¹. 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).

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 tun¹⁹⁰². 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 ausräumen¹⁹⁰³. 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 wird¹⁹⁰⁴.

3. Recht auf persönliche Freiheit

Aus dem in § 7 behandelten Recht auf persönliche Freiheit fliessst das Recht, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu bestimmen¹⁹⁰⁵. Dieses Recht wird verletzt, wenn trotz gegenteiliger Patientenwünsche lebenserhaltende Massnahmen aufgenommen oder weitergeführt werden¹⁹⁰⁶. Die empirische Studie hat gezeigt, dass häufig lebensverlängernde Massnahmen entgegen zuvor ausdrücklich geäußerten Wünschen aufgenommen werden¹⁹⁰⁷. Zum bessern Schutz des Rechts auf persönliche Freiheit muss das Institut der Patientenverfügung gestärkt¹⁹⁰⁸ und mit einem neuen Instrument, der Anordnung zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen¹⁹⁰⁹, ergänzt werden.

Aus dem Recht auf persönliche Freiheit fliessst sodann eine staatliche Pflicht zur Gewährleistung eines Systems, das die Dokumentation und Abrufbarkeit von Patientenwünschen sicherstellt¹⁹¹⁰. Das im Zivilgesetzbuch vorgesehene System (Eintragen des Hinterlegungsorts der Patientenverfügung auf der Versicherertenkarte) genügt diesen Anforderungen nicht¹⁹¹¹. 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. 17f.

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).

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 wird¹⁹¹². 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 einzutreten¹⁹¹³.

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 Care¹⁹¹⁴. 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 geregelt¹⁹¹⁵.

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 ist¹⁹¹⁶. 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 führen¹⁹¹⁷. 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. I 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).

ne teilweise zu tiefe Stundenpauschalen festgelegt haben, erhalten PatientInnen in palliativen Situationen nur schwer einen Pflegeheimplatz¹⁹¹⁸.

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 gewährleisten¹⁹¹⁹.

5. Recht auf Gesundheit

Das in § 9 behandelte Recht auf Gesundheit umfasst nebst einem programmatischen Teil verschiedene Kernverpflichtungen und ist in diesem Rahmen auch justizierbar¹⁹²⁰. 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 Regelungsvorschläge dargestellt.

1918 § 14, II, 3.2 (Palliative Care in Langzeiteinrichtungen).

1919 § 14, IV, 1 (Regelungsvorschläge zur Finanzierung von Palliative Care).

1920 § 9, I (Justizierbarkeit des Rechts auf Gesundheit).

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 nicht¹⁹²¹. 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 erarbeitet¹⁹²²:

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 werden¹⁹²³. 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 entschädigen¹⁹²⁴. Schliesslich müssen bestehende Patientenverfügungen so aufbewahrt werden, dass sie im Notfall rasch auffindbar bzw. abrufbar sind¹⁹²⁵.

Zusätzlich zum Instrument der Patientenverfügung sollten PatientInnen die Möglichkeit haben, auf ihre gesundheitliche Situation zugeschnittene Anordnungen zum Umfang lebenserhaltender Massnahmen festzulegen¹⁹²⁶. Schliesslich muss in kantonalen Gesundheitsgesetzen festgelegt werden, dass der Reanimationsstatus mit den PatientInnen zu diskutieren und festzulegen ist¹⁹²⁷.

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).

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 eingefordert¹⁹²⁸.

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 einzuführen¹⁹²⁹.

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 begründen¹⁹³⁰. 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 werden¹⁹³¹.

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 erstellt¹⁹³². 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).

gehalten werden, bei Komplikationen in ein Spital einzutreten¹⁹³³. 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 worden¹⁹³⁴:

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 geschehen¹⁹³⁵.

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 werden¹⁹³⁶.

Die im ZGB enthaltene Regelung der Wohn- und Pflegeeinrichtungen ist dahingehend anzupassen, dass sie für alle und nicht nur für urteilsunfähige HeimbewohnerInnen gilt¹⁹³⁷. Die allgemein gehaltene Bestimmung zur Aufsicht über Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Art. 387 ZGB ist mit Mindestvorgaben zur Personalausstattung und Kontrollbesuchen zu ergänzen¹⁹³⁸.

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 werden¹⁹³⁹.

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 soll¹⁹⁴⁰. 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 abgesichert¹⁹⁴¹, während die kostengünstigere am-

1933 § 13, I (Problembeschreibung).

1934 § 13, IV (Regulierungsvorschläge).

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).

bulante Palliative Care in vielen Kantonen und Gemeinden noch kaum existiert oder chronisch unterfinanziert ist¹⁹⁴².

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 Spitäler und in Langzeiteinrichtungen gewährleistet ist. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, die Finanzierung der verschiedenen Formen zu verbessern, um den menschenrechtlichen Anforderungen nachzukommen¹⁹⁴³. 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 Suizidhilfe¹⁹⁴⁴. Die Nichteinhaltung der SAMW-Richtlinien, die eine Prüfung der Urteilsfähigkeit verlangen¹⁹⁴⁵, könnte zwar standesrechtlich geahndet werden, dies geschieht faktisch aber nie¹⁹⁴⁶.

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 beauftragt¹⁹⁴⁷. 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 vorliegt¹⁹⁴⁸.

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 Suizide¹⁹⁴⁹. 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 (Schutzwicht zur Verhinderung von Suiziden).

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 werden¹⁹⁵⁰.

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 hat¹⁹⁵¹. 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 müssen¹⁹⁵². Solange in allen Regionen Heime mit und ohne Zugangsverbot bestehen und transparent informiert wird, besteht kein Regulierungsbedarf¹⁹⁵³. Wenn sich die Politik trotzdem dem Thema annehmen will, kann sie sich an den Regelungen in den Kantonen Genf, Neuenburg und Waadt orientieren¹⁹⁵⁴ oder auf den Erlass von Informationspflichten beschränken¹⁹⁵⁵.

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).

