



Einschreiben

Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Frau lic. iur. Michelle Salathé
Leistung Ressort Ethik
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
3001 Bern

22. Februar 2018

Vernehmlassung zum Entwurf Ihrer Sterbehilfe-Richtlinien

Sehr geehrte Damen und Herren

Zur besseren Übersicht sind die Überschriften der nachfolgend genannten Punkte in einer Inhaltsübersicht dargestellt.

Inhaltsübersicht:

1.	SAMW-RL-E vom November ist eine Konsenslösung	2
2.	SAMW will Geltungsbereich ihrer Richtlinien erweitern	5
3.	SAMW sieht Patienten als vulnerabel und daher als schutzbedürftig an	5
4.	Blosse Duldung der Patientenverfügung	7
5.	Implizite Infragestellung der Urteilsfähigkeit aller Patienten	9
6.	Mangelnde Abgrenzung von illegitimen Anliegen und Rechten	11
7.	Unglaubliche Unterstützung für das ärztliche Gespräch	15
8.	Fehlende Erörterung und fehlender Schutz vor ausser-medizinischen Faktoren	16
9.	Fehlender Hinweis auf die absolute Geltung der Rechtsordnung	19
10.	Bilanz	19

Zu Ihrem Richtlinien-Entwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

1. SAMW-RL-E vom November 2017 ist eine Konsenslösung

Die SAMW führt auf S. 4 ihres Entwurfes aus:

„In den Richtlinien wird eine Vermittlung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen angestrebt und versucht, alle Beteiligten, Patienten, Angehörige und medizinische Fachpersonen vor einer Missachtung der ihrer Rolle angemessenen Selbstbestimmung zu schützen.“

Das von der SAMW hier Ausgeführte ist aus rechtlicher Sicht mehrfach von grosser Bedeutung:

- 1.1 Es zeigt zunächst einmal auf, dass der jetzige Richtlinien-Entwurf viel weniger das Resultat ethisch-philosophischer Reflektion, als vielmehr der kleinste gemeinsame Nenner ist. Es scheint so banal, wie es sich anhört: Die SAMW selbst schreibt, dass ihre Richtlinien ein *Konsens* sind, welcher allen daran Mitwirkenden tragbar sein musste.
- 1.2 Es ging also nicht in erster Linie um den Inhalt, es ging in erster Linie darum, einen Inhalt zu finden, welcher allen Mitwirkenden zumindest insoweit tragbar war, dass sie nicht ihre Mitwirkung ablehnen mussten. Indem man Vertreter möglichst aller Lager versucht, in solche Richtlinienprojekte einzubinden, kann dies danach umso leichter den (unzutreffenden) Eindruck erwecken, dass dieser Konsens die verschiedenen Positionen der Gesellschaft abbildet. Auf der letzten Seite des Richtlinien-Entwurfs (hiernach abgekürzt RL-E) sind 24 Namen von Personen erwähnt, die an diesem RL-E in irgendeiner Weise mitgearbeitet haben. Man findet dort Namen wie den des deutschstämmigen Moraltheologen Markus Zimmermann oder Christian Kind, zwei bekannte Gegner des Selbstbestimmungsrechts, wie auch den von Marion Schafroth, einem Vorstandsmitglied des Sterbehilfevereins Exit.

Das heisst aber noch nicht, dass der nun vorliegende RL-E ein echter Konsens zumindest der aufgeführten Personen wäre. Auf der Webseite der SAMW sind nämlich keine Kommissionsprotokolle einsehbar. Auch ist nicht einsehbar, ob neben den 24 aufgeführten Personen noch andere angefragt wurden. Diese Frage aber wäre von eminenter Bedeutung gewesen, denn wie

die SAMW selbst auf ihrer Webseite schreibt¹, legte sie u.a. eine (von ihr selbst in Auftrag gegebene Studie) sowie das vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierte Forschungsprogramm Lebendsende (NFP67) ihrer Revision zu Grunde. Dieses Forschungsprojekt wird allerdings kontrovers diskutiert, denn der Schweizerische Nationalfonds weigerte sich, Details zum Studiendesign herauszugeben. Diese wären aber wichtig gewesen, da der von mehreren Seiten erhobene Vorwurf des *Gutachten-Shoppings* so nicht ausgeräumt werden konnte. Abgesehen davon, dass ein solches Vorgehen im allerhöchsten Masse unethisch ist, dürfte es wohl auch den wissenschaftlichen Standards in der Schweiz nicht entsprechen.

- 1.3 Mit ihrem durch Konsens zustande gekommen RL-E bestätigt die SAMW im Übrigen, dass es auch in Sachen Ethik keine absolute, allgemeingültige Wahrheit gibt, sondern dass es sich hier um einen sich ständig im Wandel befindlichen Prozess handelt. So betrachtet ist Ethik ein Konsens resp. das Produkt eines Konsenses. Dieser Konsens aber hat in der Gesellschaft stattzufinden. Der jetzige RL-E stellt indes keinen Konsens der ethischen Auffassung der Schweizer Bevölkerung dar, sondern höchstens (d.h. wenn überhaupt) einen Konsens der daran Mitwirkenden. Ethik als Teilbereich der Philosophie behandelt die moralische Bewertung menschlichen Handelns. Sie kann wissenschaftlich betrieben werden, ist allerdings einer naturwissenschaftlichen Überprüfung nicht zugänglich. Letztlich geht es dabei aber um ein moralisches Bewerten (und damit zu einem gewissen Teil auch um Weltanschauung). Insofern ist Ethik ein (wandelbarer) Konsens, denn man kann diese oder jene „moralische“ Position vertreten. Aus diesem Grunde ist es auch wichtig, die Grundlage einer Ethik (also das Ethikmodell) zu kennen. Entspricht dieses Ethikmodell in etwa der ethischen Vorstellungen der davon Betroffenen, so kann auch von einem ethischen Konsens resp. einer Konventionalethik gesprochen werden. Ein bestimmtes Verhalten, das die grosse oder gar überwiegende Mehrheit der Bevölkerung nicht oder nicht mehr ablehnt, entspricht daher der Konventionalethik.

- 1.4 Die SAMW hat in der Medizin grundsätzlich, aber insb. im Bereich Sterben und Tod, bisher eine eher ablehnende Haltung zu Freiheitsrechten eingenommen. Ethik wurde dort immer als etwas „Absolutes“, Unabänderliches, quasi aus „von Oben Gegebenes“ betrachtet. Dementsprechend zögerlich zeigte sich die SAMW bisher, wenn es darum ging, ihre sich in ihren ethischen

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



Richtlinien spiegelnden ethischen Vorstellungen an die Lebenswirklichkeit anzupassen.

- 1.5 Ethik wird in Art. 8 lit. i MedBG erwähnt; danach sollen Ärzte „die Würde und die Autonomie des Menschen (respektieren), die Begründungsweisen der Ethik (kennen), mit den ethischen Problemen ihres Berufsfeldes (vertraut sein) und sich in ihrer beruflichen und wissenschaftlichen Tätigkeit von ethischen Grundsätzen zum Wohl der Menschen leiten (lassen).“ Dass damit eine wandelbare Ethik gemeint ist, also eine Ethik, die sich auch der Lebenswirklichkeit anpassen soll und anpassen kann, geht aus dem Kommentar zum MedBG in aller Deutlichkeit hervor:

„Gemeint ist damit jene konsensfähige Konventionalethik, die trotz allem Wertpluralismus auch heute noch besteht. Ein Verhalten ist danach sittenwidrig, wenn es Werte verletzt oder gefährdet, die nach allgemeiner gesellschaftlicher Auffassung moralisch-ethisch zu beachten sind“ (WALTER FELLMANN, in: Kommentar Medizinalberufegesetz [MedBG], Ariane Ayer/Ueli Kieser/Tomas Poledna/Dominique Sprumont [Hrsg.], Basel 2009, N 53 zu Art. 40 MedBG).

- 1.6 Wenn ein Text mehrere Autoren hat und einen Gruppenkonsens mit allfälligen Kompromissen widerspiegelt, richtet sich die Textanalyse primär an der sog. Rezeption aus. Besprochen und teilweise kritisiert werden die Abschnitte aus der Sicht eines allgemeinen Leserverständnisses. Was das Autorenkollektiv ursprünglich damit gemeint hat und an welche Situationen oder Patienten sie konkret gedacht hatten (resp. an welche nicht), lässt sich von aussen nicht rekonstruieren.
- 1.7 Sowohl die Textanalyse als auch die Kritik sind nicht abschliessend. Das heisst, dass hier nicht kommentierte Passagen des RL-E aus Sicht der SMLA nicht einfach „in Ordnung“ sind. Schweigen ist hier also kein Zustimmung. Die Analyse hat genügend Punkte zu Tage gefördert, welche den RL-E aus juristischer Sicht bereits als problematisch erscheinen lassen. Diese sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

2. SAMW will Geltungsbereich ihrer Richtlinien erweitern

Die SAMW führt auf S. 3 ihres RL-E wörtlich aus:

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

Hier stellt sich die Frage, weshalb die SAMW diesen Geltungsbereich erweitern will. Von wem hat sie den Auftrag dazu erhalten? Und wer bezahlt dies? So, wie sich das Ganze präsentiert, hat die SAMW selbst beschlossen die Richtlinien zu erneuern und zu erweitern. Dies ist deswegen von Bedeutung, weil es die intransparenten und wenig Vertrauen erweckenden Wege aufzeigt, unter denen dieser RL-E zustande kam. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass die SAMW weiss, dass ihre Richtlinien von der FMH i.d.R. in die Standesordnung aufgenommen und damit für alle FMH-Mitglieder „verbindlich erklärt werden“, besteht hier aber noch – auch aus Sicht der allenfalls davon direkt betroffenen FMH-Mitglieder – grosser Erklärungsbedarf.

3. SAMW sieht Patienten als vulnerabel und daher als schutzbedürftig an

Die SAMW vertritt auf S. 4 die Auffassung, dass „Patienten, Angehörige und medizinische Fachpersonen vor einer Missachtung der ihrer Rolle angemessenen Selbstbestimmung geschützt“ werden müssen. Aus juristischer Sicht gibt es hierzu das Folgende zu sagen:

- 3.1 In Anbetracht der Tatsache, dass es ausser in Noffällen keinen Behandlungszwang gibt, mutet es etwas seltsam an, dass die SAMW hier ein besonderes Schutzbedürfnis für med. Fachpersonen sieht. Jede Ärztin und jeder Arzt hat das Recht, Behandlungswünsche, welche er nicht erfüllen kann oder aus persönlichen (d.h. weltanschaulichen Gründen) nicht erfüllen möchte, abzulehnen. Der Patient hat weder eine rechtliche noch eine tatsächliche Möglichkeit, etwas anderes durchzusetzen.
- 3.2 Es gibt immer noch Ärzte, welche jede Art von Mitsprache durch ihre Patienten ablehnen und/oder nur contre coeur akzeptieren. Solche Ärzte müssen

aber von der SAMW nicht vor „Überforderung“ geschützt werden, sondern wären viel eher auf die geänderte Lebenswirklichkeit hinzuweisen.²

- 3.3 Auch die Angehörigen brauchen keinen ärztlichen „Schutz“, wenn ein Patient beschliesst, von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen. So hart es für Angehörige bisweilen auch sein mag: Der Patient hat Rechte. Rechte können und dürfen innerhalb der Grenzen der Rechtsordnung frei ausgeübt werden. Auch dann, wenn es anderen nicht passt. Selbst dann, wenn man sagen muss, die Sichtweise der Angehörigen ist „stimmiger“ für einen selbst. Auch dann muss man zulassen, dass bestehende Rechte so ausgeübt werden, wie es der Inhaber des Rechts will.
- 3.4 Die SMLA bekundet eine gewisse Mühe mit der Beschützerrolle, wie sie die SAMW hier einnehmen möchte. Die Übernahme einer Beschützerrolle im oben genannten Sinn kann problematisch sein, wenn sie bspw. ihre eigene Wirkmächtigkeit überschätzt. Oder auch dann, wenn sie zur Trägerin persönlicher Anliegen des Vermittlers wird, die ja auch existieren. Es sind also die Grenzen der Möglichkeiten von Vermittlung und von Schutz besser abzustechen. Gemäss der Spieltheorie wird es grundsätzlich nie möglich sein, alle Konflikte durch einen individuellen oder gesellschaftlichen Konsens vermittelnd zu lösen. Es wird immer Gesetze brauchen, um die sog. Interessenkonflikte zu regeln, in denen keine win-win Situation hergestellt werden kann, sondern der Gewinn des einen den Verlust des andern darstellt (sog. Nullsummenspiele).
- 3.5 Der SAMW muss an dieser Stelle vorgehalten werden, diese Interessenvermischung viel zu wenig bedacht – u.v.a – nicht von selbst darauf hingewiesen zu haben. Die SAMW ist eine Stiftung des Privatrechts, gegründet von der FMH und den medizinischen Fakultäten, und zumindest zu Anfang finanziert von der Pharmaindustrie. Betrachtet man im Moment die Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen, dann fällt es schwer zu glauben, dass es da eine Instanz geben kann, welche hier „die Interessen aller Akteure im Gesundheitswesen“

² Der heutige Patient, auch der ältere, hat zunehmendes Selbstbewusstsein. Er verlangt Selbstbestimmung und Mitsprache. Der moderne Patient sieht sich heute nicht mehr in der Rolle des dankbaren Leistungsempfängers, sondern vielmehr als Partner auf Augenhöhe, vgl. dazu auch den Artikel in der NZZ am Sonntag vom 04.12.2016 von GORDANA MIJUK (**Beilage 1**).

vertritt. Insbesondere deswegen, weil diese Interessen z.T. diametral auseinanderlaufen.³

4. Blosse Duldung der Patientenverfügung

4.1 Unter dem Titel 2.1 „Recht auf Selbstbestimmung“ würde man erwarten, dass die Patientenverfügung (hiernach abgekürzt PV) als ein integraler und sehr wichtiger Teil solcher Richtlinien von Anfang an eingeführt und empfohlen wird. Wer keine Patientenverfügung erlässt, öffnet die Tür zur Fremdbestimmung. Es wäre eine wichtige präventiv-medizinische Aufgabe, möglichst viele Patienten diesbezüglich zu instruieren – immer unter der Voraussetzung, dass es sich bei der Betonung der Selbstbestimmung um mehr als ein Feigenblatt handelt.

4.2 Im RL-E erscheint die PV erstmals auf der S. 11, und dann noch einmal auf S. 21 im Glossar. Auf der Seite 21 wird sie grammatikalisch zuerst nur in der Negation und erst später affirmativ abgehandelt. Das verstärkt den Eindruck, die SAMW habe ein ambivalentes Verhältnis zur Patientenverfügung.

S. 21: „Verliert die Patientin die Urteilsfähigkeit und liegt keine Patientenverfügung vor, ...“

S. 21: „Vorverfügte Entscheidung (Patientenverfügung) Der urteilsfähige Patient kann für den Fall seiner zukünftigen Urteilsunfähigkeit im Voraus schriftlich festlegen, welchen medizinisch indizierten Massnahmen er zustimmen und welche er ablehnen würde. Falls ein hinreichend spezifizierter Fall später eintritt und nichts dafür spricht, dass der Patient seither seinen Willen geändert hat, gilt diese Patientenverfügung als Äusserung seines selbstbestimmten Willens.“

4.3 Das Fehlen eines der zentralen Anliegen aufgeklärter Patienten mutet seltsam an; denn es ist ein Fehlen, welches sich auf die nachfolgende Argumentation auswirkt. Auf den S. 6 und 7 werden bspw. Situationen geschildert, die oft zu verhindern wären. Die Textstellen belegen nun gerade, dass eine Patientenverfügung wichtig wäre – ohne dass der RL-E eine solche empfiehlt. Es ist u.a. auch deswegen unverständlich, weil es die SAMW war, welche eine eige-

³ Vgl. hierzu etwa: <https://www.nzz.ch/schweiz/ein-monat-sterben-fuer-86-000-franken-ld.1342376> (Beilage 2).

ne Richtlinie zur Patientenverfügung herausgab – und dies sowohl in einer kurzen als auch in einer langen Fassung.⁴

S. 6: *„Wenn die Präferenzen der Patientin nur noch aufgrund der Vertrautheit mit ihren bisherigen Äusserungen und Reaktionen empathisch erahnt werden können, muss vom Betreuungsteam und den Angehörigen beachtet werden, dass dies die Gefahr der Projektion eigener Wünsche und Vorstellungen mit sich bringt.“*

S. 7: *„-sich dabei der Gefahr der Projektion eigener Vorstellungen, Vorurteile, Wünsche und Ängste bewusst zu sein;“*

- 4.4 Der Vorsorgeauftrag, ebenfalls ein sehr wichtiges Instrument, um den Willen des Patienten im Fall einer möglichen Urteilsunfähigkeit zu dokumentieren, wird nur gerade auf S. 11 in einer einzigen Fussnote (FN 8) abgehandelt. Dies ist angesichts der aktuellen Zahlen von Demenzerkrankungen und der zu erwartenden Zunahme aus medizinrechtlicher Sicht nicht nur unvernünftig, sondern schlichtweg unverständlich. Jeder Rechtsanwalt, der seinem Klienten einen diesbezüglichen Rat gibt, würde wohl wegen Schlechterfüllung seiner Aufklärungspflicht schadenersatzpflichtig.

S. 11 FN 8: *„Bei medizinischen Massnahmen sind die folgenden Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten: 1. Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden,(...)“*

- 4.5 Es fällt unter diesem Umständen schwer, sich des Eindrucks zu erwehren, dass die SAMW weder die Patientenverfügung noch den Vorsorgeauftrag wirklich empfehlen wollen. Sie werden bloss nolens volens geduldet und ans Ende der Richtlinien verbannt.
- 4.6 Dass sowohl Patientenverfügung als auch Vorsorgeauftrag, just die zwei Rechtsinstitute, welche für die Selbstbestimmung besonders wichtig sind, von der SAMW „aktiv beschwiegen“ werden, ist im Übrigen kein Zufall. Mit aktivem Beschweigen, also einem *Unterschlagen von Informationen*, hat die SAMW Erfahrung. Ihre Sterbehilfe-RL von 1976 weisen einen Anhang auf, in welchem die SAMW die massgeblichen Gesetzesbestimmungen zur Sterbehilfe aufzählte. Art. 115, welcher die Basis der Sterbehilfe in der Schweiz ist, wurde in diesem einseitigen Anhang ebenfalls aktiv beschwiegen.⁵

⁴ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Autonomie-in-der-Medizin/Patientenverfuegung.html>.

⁵ Annex der massgeblichen Gesetzesbestimmungen in den Sterbehilferichtlinien der SAMW aus dem Jahre 1976 (Beilage 3).

- 4.7 Dieses systematische aktive Beschweigen vermittelt weder den Eindruck besonderer fachlicher Kompetenz noch einer besonders ethisch geprägten Haltung.

5. Implizite Infragestellung der Urteilsfähigkeit aller Patienten

- 5.1 Zum vorhergehenden Abschnitt und seinen Auslassungen passt der Übergang zum Titel 2.2 „Selbstbestimmung im sozialen Kontext“, wo nahtlos das Thema der Urteilsfähigkeit resp. Urteilsunfähigkeit eingeführt wird. Urteilsfähigkeit, ihre Einschränkung und eine prognostisch absehbare Urteilsunfähigkeit sind in Bezug auf die Patientenautonomie am Ende des Lebens zentrale Themen.
- 5.2 Unter Titel 2.2 (S. 6) wird Selbstbestimmung a priori von einem „sozialen Kontext“ abhängig gemacht. Damit wird eine angebliche Einheit der Materie zur Geltung gebracht und ein Argument entworfen, welches der gesetzlichen Definition von Urteilsfähigkeit widerspricht. *Unter dem Deckmantel der Stärkung der Selbstbestimmung wird diese in Wirklichkeit aber ausgehöhlt.*

S. 6: „Die Patientin ist während ihrer Krankheit eingebettet in ein soziales Umfeld und meist in Interaktion mit nahestehenden Personen sowie dem Behandlungsteam. Diese Beziehungen können die Fähigkeit zur Selbstbestimmung der Patientin einerseits stärken, wenn umstehende Personen ihr helfen, mit der Krankheitssituation zurecht zu kommen und gemäss ihren eigenen Werthaltungen einen Willen herauszubilden, welche Behandlung und Betreuung für sie die passende ist. Andererseits besteht die Gefahr, dass Erwartungen und Wertungen der Angehörigen und des Behandlungsteams Entscheidungen der Patientin zu stark beeinflussen, unabhängig davon, ob dies von ihnen beabsichtigt ist oder nicht. Ebenfalls kann sich die Patientin bei Therapieentscheidungen zu stark für Nahestehende verantwortlich fühlen und eigene Interessen vernachlässigen.“

- 5.3 Art. 16 ZGB enthält unmissverständlich die gesetzliche Vermutung der Urteilsfähigkeit. De facto ist also die Fähigkeit zur Selbstbestimmung die Norm; es sei denn, es bestehen Ausschlussgründe für diese Vermutung, wie im Gesetz dargelegt. Die SAMW will nun weitere Ausschlusskriterien einführen, indem sie die Urteilsfähigkeit von etwas völlig Schwammigen abhängig machen will, nämlich vom „sozialen Kontext“. Bezeichnenderweise ist dieses Kriterium so unscharf und unbestimmt, dass darunter beliebig subsummiert werden kann. Die SAMW kann oder will nicht verstehen, dass die Urteilsfähigkeit als psychische Eigenschaft der geistig gesunden Person per definitionem nicht von der

„sozialen Umgebung“ abhängig sein kann. Urteilsfähigkeit ist rechtlich die Grundannahme, d.h. der Normalfall, der umgekehrte Fall muss zuerst konkret und in den Schranken des Gesetzes nachgewiesen werden.

- 5.4 Mit den Andeutungen unter Titel 2.2 wird die Selbstbestimmung urteilsfähiger Patienten am Ende ihres Lebens subtil in Frage gestellt. Die SAMW stellt damit unter Beweis, dass sie – obwohl schon längst überfällig – das Selbstbestimmungsrecht des urteilsfähigen Patienten nicht wirklich anerkennt. Dieses subtile Infragestellen zentraler Grundrechte zeigt vielmehr auf, dass die SAMW das Selbstbestimmungsrecht auch heute, notabene im 21. Jahrhundert, nicht anerkennt. Das im RL-E Gesagte stellt eher ein Lippenbekenntnis dar, und ist kein Zeugnis eines echten Umdenkens zu ihrer bisherigen Haltung. Dies erhellt exemplarisch aus einem Artikel des ehemaligen Vizepräsidenten der Zentralen Ethikkommission der SAMW, des deutschstämmigen Moraltheologen MARKUS ZIMMERMANN, der zwischenzeitlich u.a. Mitglied und Vizepräsident der Nationalen Ethikkommission für Humanmedizin (NEK) ist. In diesem Artikel⁶ führte besagter MARKUS ZIMMERMANN nämlich aus:

„Nachdem die Selbstbestimmung über Jahrzehnte erfolgreich erkämpft und der ärztliche Paternalismus – mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht auch rechtlich – weitgehend verabschiedet wurde, ist die Vorbereitung des eigenen Sterbens zu einer gesellschaftlich etablierten Aufgabe geworden.“

Nicht alle wissen, dass der Moraltheologe MARKUS ZIMMERMANN ein erklärter Gegner der Selbstbestimmung ist.⁷ Weiss man dies aber und liest man besagten Satz nun unter dem Vorzeichen dieses Wissens, so geht daraus mit aller Deutlichkeit einerseits die Amertume, andererseits aber auch die Geringschätzung hervor, mit welcher hier das schweizerische Selbstbestimmungsrecht betrachtet wird.

MARKUS ZIMMERMANN spielte aber auch eine entscheidende Rolle in der Auswahl der Gutachter für das NFP67. Wie man es auch dreht und wendet: Selbst wenn der römisch-katholische Moraltheologe MARKUS ZIMMERMANN nicht offensichtlich ein erklärter Gegner der Selbstbestimmung wäre, könnten seine verschiedensten Ethikrollen nur als ein höchst problematisches Bündel von möglichen Interessenkonflikten angesehen werden. In der vorliegenden Konstellation aber können die mannigfaltigen Rollen des vatikantreuen, deutsch-

⁶ MARKUS ZIMMERMANN, In Ruhe sterben?, in: Schweiz Med Forum 2017;17(35):730-731.

⁷ Allen jedem wird es klar, wenn er oder sie bspw. seine Dissertation (MARKUS ZIMMERMANN-ACKLIN, Euthanasie Eine theologisch-ethische Untersuchung. Dissertation zur Erlangung des Dokortitels an der Theologischen Fakultät der Universität Freiburg, i.Ü, 1997) gelesen hat.

stämmigen Moraltheologen nur Befremden hervorrufen. Ganz offensichtlich ist der altbekannte Juristengrundsatz des 7. Chief Justice von England, Lord Gordon Hewart, der SAMW nicht bekannt. Er lautet: „Not only must Justice be done; it must also be seen to be done.“⁸

6. Mangelnde Abgrenzung von illegitimen Anliegen und Rechten

- 6.1 Die Richtlinien erwähnen die Tatsache, dass die Ärzteschaft mit Anliegen von Patienten- und von Angehörigenseite konfrontiert wird, für die keine rechtliche Grundlage besteht oder welche die Rechte anderer tangieren. Jedoch existiert eine gewisse Widersprüchlichkeit in den Begriffen: Die illegitimen Anliegen werden semantisch mit der Selbstbestimmung vermischt. Es wäre der Sache dienlicher, die häufigsten illegitimen Wünsche separat aufzulisten und sie deutlich von den Rechten auf Selbstbestimmung abzugrenzen. Genau das aber scheint die SAMW nicht zu wollen; sie scheint es vorzuziehen, schwammige und unscharfe Begriffen zu verwenden, welche dann später, also im konkreten Einzelfall, passend mit Inhalt befüllt werden können.

S. 4: „Die Umsetzbarkeit selbstbestimmter Wünsche kann allerdings durch die Rechte anderer, mitbetroffener Personen, seien dies Angehörige oder medizinische Fachpersonen, begrenzt werden.“

S. 4: „Das Hauptanliegen eines am Patientenwohl orientierten Umgangs mit Sterben und Tod darf weder zu einer Überforderung der Angehörigen noch zu einer Gefährdung des professionellen Selbstverständnisses der medizinischen Fachpersonen führen.“

- 6.2 Die Art und Weise, wie die SAMW immer wieder das Selbstbestimmungsrecht als Gefahr für die „Rechte Angehöriger“ und das „Selbstverständnis der medizinischen Fachpersonen“ darstellt, ist tendenziös und entspricht weder der juristischen noch der Lebenswirklichkeit. Daher sei das Ganze hier wie folgt dargestellt:

6.2.1 Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wurde sowohl vom Bundesgericht im Jahre 2006 in BGE 133 I 58 als auch vom Europäischen Gerichtshof im Jahre 2011⁹ dergestalt konkretisiert, dass der urteilsfähige Patient das Recht

⁸ R v Sussex Justices, Ex parte McCarthy ([1924] 1 KB 256, 259, [1923] All ER Rep 233).

⁹ Affaire HAAS c. Suisse, Requête no 31322/07 ; <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940>

hat, selbst über Art und sogar über Zeitpunkt des eigenen Todes zu entscheiden.¹⁰ Angesichts dieses klar formulierten und weit gefassten Selbstbestimmungsrechts, nämlich dem Recht, sogar Art und Zeitpunkt des eigenen Todes festzulegen, sind natürlich auch sämtliche weniger weit gehenden Varianten (wie etwa die Verweigerung einer Behandlung) davon umfasst.

6.2.2 Selbstverständnis der medizinischen Profession

Ärzte (wie auch Anwälte und viele andere Fachleute) erleben je länger je mehr, dass die Patienten resp. Klienten sie nicht mehr wie bis noch vor wenigen Jahrzehnten als Angehörige einer hochgeachteten Zunft ansehen, denen man per se nicht zu widersprechen und deren Anordnungen man zu befolgen hat, auch wenn sie nur in der Form von wohlmeinenden Ratschlägen kommen. Insbesondere die heute jederzeitige Verfügbarkeit von Fachwissen über das Internet hat dazu geführt, dass sich Patienten wie Klienten heute ungleich besser informieren können als früher und der Informationsvorsprung daher kleiner ist. Dies hat das Selbstverständnis aller Wissensberufe massiv verändert. Ein Arzt muss heute akzeptieren, dass ein Patient bei Eröffnung einer (ungünstigen) Diagnose nicht einfach nur betreten dreinblickt – um danach dem Rat des Arztes zu folgen, weil er sowieso nichts versteht. Der Arzt muss heute damit rechnen, dass ein Patient sich selbst und auch dem Arzt die Frage stellt, ob eine Behandlung der Krankheit (mit allfälligen damit verbundenen Einschränkungen der Lebensqualität) für *ihn* überhaupt Sinn macht, ob dies überhaupt noch in *seinen* Lebensentwurf passt. Das Aushalten solcher Situationen gehört nun aber zum gewandelten (und sich ständig im Wandel befindlichen) Selbstverständnis des medizinischen Berufes.¹¹

Der Wandel des Selbst- und Fremdverständnisses der Profession hat noch zu einer weiteren wichtigen Folge geführt, welche von der SAMW zwar nicht erwähnt wird, für die medizinische Profession aber von enormer Bedeutung ist: Dass Angehörige der genannten Professionen von ihren Patienten resp. Klienten nicht mehr automatisch als generelle Autorität angesehen werden, son-

¹⁰ http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade&lang=de&type=show_document

¹¹ Vgl. dazu auch den Artikel von GORDANA MIJUK, a.a.O. Die Autorin führt anhand von Zahlen dort aus, dass der assistierte Suizid bald ähnlich akzeptiert sein dürfte, wie der Schwangerschaftsabbruch. Allerdings erkennt sie richtig, dass sich der Wertewandel nicht nur in Zahlen ausdrückt, sondern sich auch über den Umgang der Gesellschaft mit dem Thema der Sterbehilfe zeigt. Sterbehilfe ist heute kein Tabu mehr, auch nicht im Gespräch mit älteren Menschen. Die Autorin führt dies u.a. auch auf den Machtverlust der Kirche, welche den assistierten Suizid bis heute scharf verurteilt, zurück. Sätze wie „Das darfst du nicht“ oder „Das musst du akzeptieren“ kommen schlecht an, wenn jemand nicht mehr leben will. Das Leben, so die allgemeine Auffassung, gehört einem selbst. Da darf niemand dreinreden.

dern viel mehr als *Dienstleistungserbringer*. So ist es heute geläufig, nicht nur Zweitmeinungen, sondern insb. bei medizinischen Leistungen, welche nicht von einer Krankenkasse übernommen werden, auch verschiedene Offerten einzuholen.

Was sich im medizinischen Selbstverständnis und auch im Selbstverständnis vieler anderer Wissensberufe ebenfalls gewandelt hat, ist die Tatsache, dass die wirtschaftliche Betrachtungsweise auch vor der Medizin nicht halt gemacht hat. Während ein Berufsanfänger, der sich selbstständig machte, noch vor 20-30 Jahren verhältnismässig problemlos Fremdkapital für die Investitionen in eine Arztpraxis bekam, muss er heute bereits im Voraus der Bank darlegen, wie sein Geschäftsmodell aussieht und warum es funktionieren soll. Mit anderen Worten, die wirtschaftliche Betrachtung hat auch in der Medizin verstärkt Einzug gehalten. Das aber hat bewirkt, dass Ärzte bei der Beratung ihrer Patienten auch verstärkt Eigeninteressen folgen müssen, wollen sie nicht riskieren, über kurz oder lang in wirtschaftliche Nöte zu geraten. In einem NZZ-Artikel vom 26. Juni 2014 wird die Medizinerin Nicola Biller-Adorno in diesem Zusammenhang zitiert:¹² „Die Wurzel des Problems seien häufig Interessenkonflikte und die «ökonomische Dimension der Medizin». Niemand wage es aber, diese anzusprechen. Solche Äusserungen erzeugten moralische Enttäuschung wie zum Beispiel «Wollen Sie etwa sagen, medizinische Entscheidungen würden durch etwas anderes gesteuert als das Patientenwohl?».“

Die SMLA betrachtet diesen Interessenkonflikt als erheblich und kommt nicht umhin, sich ernsthaft die Frage zu stellen, ob die SAMW, zu deren Gründungsmitgliedern auch die FMH gehört, und die von der Pharmaindustrie finanziert wurde, hier allenfalls neben dem Patientenwohl noch das Wohl von anderen Akteuren im Gesundheitswesen im Auge hat.

6.2.3 Rechte Angehöriger

Die SAMW sieht durch das Selbstbestimmungsrecht aber nicht nur das Selbstverständnis der medizinischen Fachpersonen bedroht, sondern sogar die Rechte Angehöriger. Bezeichnenderweise wird auch hier nicht ausgeführt, in welcher Form die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts eines Patienten die Rechte Angehöriger verletzen könnte. Wie bereits unter Ziffer 3 ausgeführt wurde, haben Angehörige verhältnismässig wenig bzw. fast keine Mitbestimmungsrechte. Das ist auch gut so, denn bisweilen bestehen auch bei engsten Angehörigen des Patienten Interessenkonflikte, seien diese finanzieller oder oftmals auch emotionaler Natur. Die SMLA sieht de facto nur eine einzige

¹² NICOLA VON LUTTEROTTI, Mehr ist nicht immer besser, Übertherapie am Lebensende, in: NZZ vom 26. Juni 2014 (www.nzz.ch/wissenschaft/uebertherapie-am-lebensende-1.18329117) (Beilage 4).

Konstellation, in welcher die Rechte Angehöriger durch Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verletzt werden könnten, und auch dies eher theoretisch. Nämlich in der Konstellation, dass ein Patient fordert, zuhause gepflegt zu werden und/oder zuhause sterben zu können. Insbesondere (aber nicht nur) wenn dies für die Angehörigen mit der Pflicht verbunden wäre, den Patienten zu pflegen, könnte so eine Verletzung der Rechte Angehöriger geschehen. Übt jemand aber sein Selbstbestimmungsrecht dahingehend aus, eine Behandlung abzubrechen, nicht durchzuführen oder gar aus dem Leben scheiden zu wollen, können die Rechte Angehöriger nicht tangiert sein.¹³ Angehörige haben die Entscheidungen des Patienten hinzunehmen, auch wenn sie diese nicht goutieren. Angehörige haben diesbezüglich nämlich keine Rechte im Rechtssinn, d.h. keine Rechte, welche eingeklagt und gerichtlich durchgesetzt werden können. Angehörige haben vielleicht Wünsche (vielfach auch Hoffnungen und Ängste), aber sie haben nicht Rechte im juristischen Sinn, welche sie dazu verwenden könnten, das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten auszuhebeln oder auch nur einzuschränken.¹⁴

Es mutet seltsam an, wenn die SAMW einerseits die echten und einklagbaren Rechte von Patienten auf einmal zu Wünschen und Forderungen degradiert – um andererseits gleichzeitig die Wünsche von Angehörigen zu Rechten erhebt.

¹³ So führte der ehemalige Präsident des Europäischen Gerichtshofes, LUZIUS WILDHABER, zu diesem Thema schon im Jahre 2002 im EMRK-Kommentar Golsong et al aus: „Das Recht auf Leben begründet auch keine „Weiterlebenspflicht“ zulasten Einzelner.“ (WILDHABER LUZIUS, Art. 8 EMRK. In: Golsong Heribert/Karl Wolfram/Miehsler Herbert/Petzold Herbert/Riedel Eike/Rogge Kersten/Vogler Theo/Wildhaber Luzius/Breitenmoser Stephan (Hrsg.), Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention. Köln 1992, Rz 268.

¹⁴ Welch traurige Folgen ein solches Überbewerten (und sei es auch nur temporär) der Interessen von Angehörigen haben kann, zeigte im Herbst 2016 der Fall Mermod in Genf: Der 82-jährige Patient kündigte nachdem sich sein Gesundheitszustand über die Jahre verschlechtert hatte und er über den Tod seiner Frau schlecht hinwegkam, seinen Brüdern seinen bevorstehenden assistierten Suizid an. Die offenbar religiösen Brüder fanden jedoch, ihr Bruder habe nicht das Recht, zu gehen. Sie versuchten den Sterbewilligen mittels superprovisorischer Verfügung zu stoppen. Die Präsidentin des Zivilgerichts von Republik und Kanton Genf, Sophie Thorens-Aladjem, gewährte diese ohne rechtliche Grundlage und stellte ein Urteil „bis in 3 Monaten“ in Aussicht. Den Sterbewilligen interessierte dies nicht, er nahm sich am 11.11.2016 das Leben. Der Fall erschütterte die Westschweiz, viele waren empört über den Egoismus – der beiden Brüder. Gerichtspräsidentin Sophie Thorens-Aladjem wurde der Vorwurf, unter schwerwiegender Missachtung von Völker- und Verfassungsrecht, einen 82-jährigen Menschen in einen einsamen Suizid getrieben zu haben, zur schweren Last gelegt (GORDANA MIJUK, a.a.O.).

7. Unglaubliche Unterstützung für das ärztliche Gespräch

- 7.1 Obwohl die Richtlinien auf die Wichtigkeit der Patientenaufklärung und das ärztliche Gespräch mehrfach zu sprechen kommen, fehlt es diesen Textstellen an Verbindlichkeit und Engagement. Sie sind nur in der passiven Verbform formuliert, in der Textanalyse wird dies als sog. verstecktes Subjekt (vS) bezeichnet. Von einem versteckten Subjekt spricht man, wenn niemand als Person resp. als Organisation dahintersteht, um dieses Anliegen auch durchzusetzen. Formulierungen mit versteckten Subjekten machen das in einem Text Stipulierte zwangsläufig unverbindlich, weil gegen niemanden konkret die Durchsetzung eingefordert werden kann. Texte mit versteckten Subjekten sind i.d.R. nicht mehr als bloße Absichtserklärungen.

S. 4: *„Eine an seine Situation angepasste Information [vS], aufmerksames Hinhören [vS] und ein offenes Eingehen [vS] auf seine Wünsche tragen zu gemeinsamen Entscheiden für die Gestaltung der letzten Lebensphase bei. Daneben sind Gespräche [vS] mit den Angehörigen und deren Unterstützung wichtig. Der dafür notwendige, kontinuierliche Kommunikationsprozess kann anspruchsvoll und belastend sein [vS].“*

S. 5: *„Voraussetzungen selbstbestimmter Entscheide sind die frühzeitige und vollständige Aufklärung über die medizinische Situation [vS] sowie die offene und einfühlsame Kommunikation [vS] über die Möglichkeiten und Grenzen kurativer Behandlungen und von Palliative Care.“*

S. 6: *„Für Gespräche und die Verständigung insgesamt sind genügend Zeit und die nötigen Hilfsmittel einzusetzen [vS].“*

S.9 *„Gespräche über das Sterben und den Tod sind ein wichtiges Element [vS]. in der Behandlung und Betreuung von Patienten.“*

- 7.2 Aus kritischer Lesersicht sieht es nicht danach aus, als wolle sich die SAMW wirklich für die Förderung des Gesprächs im klinischen Alltag stark machen, sondern es wirkt eher wie ein Lippenbekenntnis. Ein engagiertes Bekenntnis würde die Namensnennung umfassen und ein angedeutetes politisches Engagement, damit diese Gespräche von den Krankenkassen adäquat abgegolten werden. Ein glaubhaftes Engagement könnte beispielsweise wie folgt lauten:

„Die SAMW weist dezidiert auf die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs in der Geriatrie, der Palliativmedizin und am Lebensende hin. Die Kommunikation wird im Gesundheitswesen noch immer unterschätzt, was u.U. Fehldiagnosen und -behandlungen sowie Folgekosten generieren kann. Die SAMW empfiehlt

auf der gesellschaftlichen Ebene Lösungen anzustreben, die das ärztliche Gespräch für die Diagnose und Behandlung stärken.“

- 7.3 Angesichts des auf Anfang 2018 in Kraft getretenen neuen Tarmed, bei dem nun u.a. gerade das Gespräch im Leistungskatalog zurückgestuft wurde, ist es bedauerlich, dass dieses sowohl für die Selbstbestimmung als auch jede andere Behandlung des Patienten so wichtige Instrument nicht mit mehr Nachdruck unterstützt wurde. Hier hätte die SAMW eine echte Beschützerrolle einnehmen können – offenbar verfolgte sie aber andere Prioritäten.

8. Fehlende Erörterung und fehlender Schutz vor ausser-medizinischen Faktoren

- 8.1 Leider genügt es heute nicht, wenn Ärzte fachlich hoch qualifiziert sind und den guten Willen haben, nach (ethischen) Richtlinien zu handeln. Die Forschung zeigt, dass andere Faktoren am Werk sind, die dies verhindern können.

- 8.2 Eine Befragung von 4'181 Ärzten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin DGIM (Rücklauf 21,8 %) wird hier pars pro toto zitiert.¹⁵ Die Befragung brachte Erstaunliches zu Tage:

In Abb. 3 wird die Häufigkeit überflüssiger Leistungen dargestellt, sie ist erschreckend hoch. Nur 23 % gaben eine Häufigkeit von 1 mal pro Woche oder weniger an. Mehrmals pro Woche taten das 44,5 % Ärzte und weitere 28,5 % taten es täglich oder noch häufiger.

In Abb. 4 sieht man, dass nahezu die Hälfte aller Ärzte die wenig schmeichelhafte (und insbesondere sehr unethische) Selbsteinschätzung abgaben, dass sie zur Erzielung zusätzlicher Erlöse unnötige Behandlungen durchgeführt hätten. Druck durch die Patienten wurde in 63,3 % der Fälle als Grund angegeben, mangelnde Zeit in 42,1 % und Angst vor Behandlungsfehlern in 79,2 %.

¹⁵ G. HASENFUSS/E. MÄRKER-HERMANN/M. HALLEK/U. R. FÖLSCH (2016). Klug entscheiden in der Inneren Medizin, Internist 57: 521–526, Online: https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/Klug_entscheiden/Klug_entscheiden_in_der_Inneren_Medizin_DI_2016.pdf (Beilage 5).

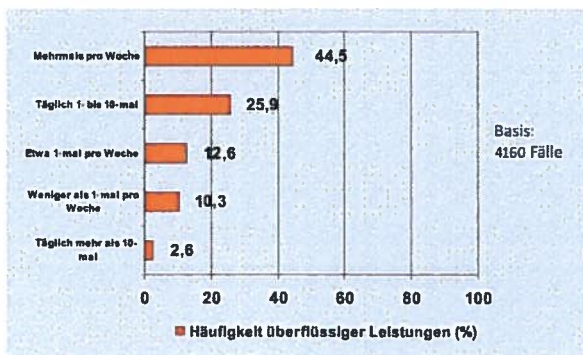


Abb. 3 ▲ Häufigkeit der Überversorgung gemäß Mitgliederbefragung. „Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor?“

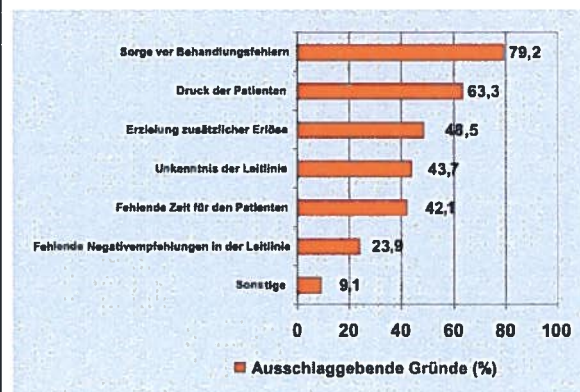


Abb. 4 ▲ Ausschlaggebende Gründe für überflüssige Leistungen gemäß Mitgliederbefragung. „Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend?“ (Mehrfachnennungen möglich)

8.3 Sterbende sind dem Risiko unnötiger und unsachgemässer Behandlungen aufgrund ausser-medizinischer Faktoren in besonderem Mass ausgesetzt, da sie aufgrund ihres physischen und psychischen Zustandes als vulnerabel gelten – ganz besonders in Bezug auf unnötige Behandlungen. Selbst wenn man annimmt, die genannten Zahlen hätten in der Schweiz noch nicht die deutschen Proportionen angenommen, sind falsche Anreize im Gesundheitswesen ein bekanntes und schwierig zu lösendes Problem auch hierzulande. Es ist ein offenes Geheimnis, dass viele Spitäler im Konkurrenz- und Überlebenskampf ihre Ärzte subtil oder offen unter Druck setzen, immer noch mehr Leistungen abzurechnen. Umso mehr müssten die SAMW Richtlinien sich dazu äussern, dass solche ausser-medizinische Faktoren ihren schädigenden Einfluss ausüben können.

8.4 Obwohl der SAMW das Problem der Überbehandlung zweifellos bekannt ist oder zumindest sein muss, wurde dies im RL-E nicht einmal thematisiert. Die SAMW hingegen führte auf S. 4 ihres RL-E auf:

S. 4: Drittens müssen Patientinnen, die sich mit Sterben und Tod auseinandersetzen, davor geschützt werden, dass von ihnen geäusserte Wünsche unkritisch erfüllt werden, obwohl sie nicht ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen.

Bezeichnenderweise werden keinerlei Beispiele für solche Wünsche geäussert, bei denen die SAMW die Gefahr „unkritischer Erfüllung“ sieht. Es ist indes nicht ganz einfach, sich eine solche unkritische Erfüllung in der Praxis konkret vorzustellen. Denn ein Arzt kann und wird für seine Berufsausübung zur Rechenschaft gezogen werden. Da er dies weiss, wird er i.a.R. kaum ein-

fach „unkritisch die Wünsche seiner Patienten“ erfüllen, ganz besonders dann nicht, wenn dieses Erfüllen widerrechtlich wäre. Was durch das Gesetz nicht verboten ist, kann auch durch die SAMW nicht verboten werden. Weder Ärzten, noch sonst jemandem. Wäre dies anders, würden Gesetze nämlich ganz grundsätzlich keinen Sinn mehr machen. In der Schweiz, wie wohl in allen Rechtsstaaten, gilt der absolute Vorrang des Gesetzes. In keinem Rechtsstaat würde es toleriert, dass eine private Stiftung Richtlinien erlässt, welche die durch Verfassung und Gesetz verliehenen Rechte aushebeln, indem sie die einzige Berufsgattung, welche diese Rechte erfüllen kann, gängelt. Das Appellationsgericht Basel-Stadt (a.a.O., Erw. 5.4.8) führte hierzu aus: „Ohne ärztliche Suizidhilfe bleibt das Recht, über den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, für die betroffene Person in vielen Fällen eine bloss theoretische Möglichkeit (vgl. BGE 142 I 195 E. 4 S. 205). Die EMRK garantiert aber nicht bloss theoretische oder illusorische Rechte, sondern solche, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten (BGE 133 I 58 E. 6.2.3 S. 69 f.).“

Konkret dürfte, wie es das bereits weiter vorne zitierte Beispiel aus der NZZ bezgl. der 86'000 Franken teuren Behandlung aufzeigt, die reale Gefahr für den Patienten nicht das unkritische Erfüllen seiner Wünsche nach Behandlungsabbruch oder gar Suizidbeihilfe sein. Die *wahre* Gefahr für den Patienten, wie auch das Beispiel der Umfrage aus Deutschland zeigt, ist die Übertherapie. Und Schwerstkranke oder gar Sterbende haben naturgemäss mehr Mühe, hier ihren Willen – gelegentlich auch gegen jenen von Angehörigen – durchzusetzen. Die SAMW betont das hochaktuelle und virulente Problem der Überbehandlung mit keiner einzigen Silbe – insinuiert aber im Gegenzug durch eine weitgehend konsequente, tendenziöse Wortwahl¹⁶, das unkritische Befolgen von Patientenwünschen sei zwischenzeitlich zu einem so grossen Problem geworden, dass die Patienten vor sich selbst geschützt werden müssten. Und dies natürlich mit Hilfe der von der SAMW (welche als einzige dieses Problem so überbewertete, das andere aber mit keiner Silbe erwähnte). Beweise für die von ihr angeführte Gefahr bleibt sie jedoch schuldig.

¹⁶ So bezeichnet die SAMW fast konsequent alles, was in Richtung Liberalisierung und Selbstbestimmungsrecht geht, als «kontrovers». Das Wort „kontrovers“ wird im RL-E insgesamt 12 mal benutzt.

9. Fehlender Hinweis auf die absolute Geltung der Rechtsordnung.

Die bisher aufgezählten Mängel der RL-E wiegen schwer. Sie werden aber noch durch einen weiteren ganz massiven Mangel potenziert:

- 9.1 Die SAMW unterlässt es nach wie vor, die Gesetzgebungskompetenz in der Schweiz klar zu anerkennen. Ein solches Anerkennen würde sich gut an der Stelle machen, auf welcher die SAMW ausführt, dass ihre Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindlich seien.
- 9.2 Gerade hier wäre es nicht nur ein Gebot der Ethik, sondern auch der Transparenz, klar die Rangordnung der Gesetzgebung in der Schweiz festzuhalten. Die SAMW hat jahrzehntelang mit Hilfe ihrer medizinisch-ethischen Richtlinien der Ärzteschaft grundrechtswidrig weisgemacht, dass Sterbehilfe nur in den von ihr festgelegten Grenzen geleistet werden dürfe. Dabei wurden jahrzehntelang Grundrechte von Patienten und Ärzten ignoriert. Am 06.07.2017 erging ein Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt, welches die Grundrechtswidrigkeit dieser Praxis feststellte.¹⁷ Die SAMW hat dieses Urteil weder explizit noch implizit erwähnt. Sie behauptet stattdessen immer noch, dass ihre Richtlinien für FMH-Mitglieder nach Aufnahme in die Standesordnung der FMH verbindliches Standesrecht werden. Hier wäre ganz dringend der Hinweis angebracht, dass sowohl Standesrecht der FMH als auch die Ethik-Richtlinien der SAMW *nichtig* sind, wenn sie gegen geltendes Völker-, Verfassungs-, Bundes-, oder kantonales Recht verstossen.

10. Bilanz

- 10.1 Die hier analysierten und kritisierten Richtlinien der SAMW beziehen sich bei den Patienten und ihren Angehörigen axiomatisch auf eine Vermittler- und Beschützerrolle *des Arztes* (und nicht etwa des Patienten) und behalten diese Position konsequent bei. Sie spiegelt sich einerseits in dem von wenig Empa-

¹⁷ https://www.rechtsprechung.gerichte-bs.ch/cgi-bin/nph-omniscgi.exe?OmnisPlatform=WINDOWS&WebServerUrl=www.rechtsprechung.gerichte-bs.ch&WebServerScript=/cgi-bin/nph-omniscgi.exe&OmnisLibrary=JURISWEB&OmnisClass=rtFindinfoWebHtmlService&OmnisServer=JURISWEB,7000&Parametername=WEB&Schema=BS_FI_WEB&Source=&Aufruf=getMarkupDocument&cSprache=DE&nF30_KEY=57883&W10_KEY=193115&nTrefferzeile=1&Template=search_result_document.html (Beilage 6).


thie zeugenden Abschnitt über das Gespräch mit Sterbenden, andererseits aber in einer Vernachlässigung und in einem subtil gehaltenen Absprechen der anderen – zeitgemässen – Rolle, nämlich derjenigen des Arztes als Partner, der mit seinem Patienten auf Augenhöhe zusammenarbeitet und ihm letztlich die Entscheidung überlässt – nicht nur weil er es muss, *sondern weil er es will*. Diese zweite, zeitgemässe Rolle entspricht im Übrigen auch dem geltenden Recht.

- 10.2 Umgekehrt nehmen die SAMW-Richtlinien aber axiomatisch eine sehr freiheitliche Position ein, wo es um die Selbstbestimmungsrechte *der Ärzte* geht. Hier entsteht eine argumentative Bruchstelle, eine Verwerfung im dahinter stehenden Menschenbild, die sich logisch wohl nicht ohne Weiteres begründen lässt.
- 10.3 Selbstbestimmung ist der Ausdruck von Freiheit und Eigenverantwortung des Menschen und sie umfasst (u.a.) auch die Option des Aufbrauchens des eigenen Körpers. Sie bedeutet notwendigerweise, dass der Patient nicht nur eine unvernünftig *scheinende*, sondern auch eine *tatsächlich unvernünftige Entscheidung treffen kann* – die es zu respektieren gilt. Dies ist wahre Freiheit über den eigenen Körper – eine Freiheit, in der sich heute kaum jemand mehr einschränken lassen will.
- 10.4 **Es wurden mit dieser Vernehmlassungs-Stellungnahme einige schwerwiegende Mängel des RL-E dargestellt. Insbesondere aber der letzte der monierten Mängel, die fehlende Anerkennung der absoluten Geltung der schweizerischen Rechtsordnung, ist es, welcher dermassen fundamental ist und unter den zuvor genannten Bedingungen so schwer wiegt, dass der Richtlinien-Entwurf als nicht in allen Punkten als mit der schweizerischen Rechtsordnung konform angesehen werden kann.**

Die SMLA erwartet, dass die hiermit abgegebenen Erwägungen in umfangreicher Weise in die finalen Richtlinien der SAMW übernommen werden.

Freundliche Grüsse

Namens des Vorstandes der Swiss Medical Lawyers Association



RA Dr. iur. Frank Th. Petermann,
Präsident SMLA



RA lic. iur. Christa Rempfler
Mitglied des Vorstandes

Beilagenverzeichnis:

- Beilage 1** GORDANA MIJUK, Der Tod gehört mir, in: NZZ am Sonntag vom 04.12.2016
- Beilage 2** SIMON HEHLI, Ein Monat Sterben für 86 000 Franken, in: Neue Zürcher Zeitung vom 29.12.2017
- Beilage 3** Annex der massgeblichen Gesetzesbestimmungen in den Sterbehilferichtlinien der SAMW aus dem Jahre 1976
- Beilage 4** NICOLA VON LUTTEROTTI, Mehr ist nicht immer besser, Übertherapie am Lebensende, in: Neue Zürcher Zeitung vom 26. Juni 2014
- Beilage 5** G. HASENFUSS/E. MÄRKER-HERMANN/M. HALLEK/U. R. FÖLSCH (2016). Klug entscheiden in der Inneren Medizin, Internist 57: 521–526
- Beilage 6** Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 06.07.2017

Zunahme der Sterbehilfe

Der Tod gehört mir

NZZ AM SONNTAG von Gordana Mijuk 4.12.2016, 07:48 Uhr

Der assistierte Suizid hat sich in der Schweiz fast unmerklich zu einer normalen Form des Sterbens entwickelt. Wir wollen so sterben, wie wir gelebt haben: selbstbestimmt.

So möchte ich nicht enden», sagte Erika Hofer*. So wie manche Bewohner im Pflegeheim, wo sie regelmässig Freiwilligenarbeit leistet. Demenzkranke etwa, die sich mit fortschreitender Krankheit immer mehr verlieren, oder Krebspatienten, die vor lauter Schmerzen nur noch stöhnen. Schon lange hat die 76-jährige Zürcherin für sich einen Entscheid gefällt. Sie ist Mitglied bei der Sterbehilfeorganisation Exit. «Ich habe das Recht, meinem Leben ein Ende zu setzen, wenn ich es nicht mehr aushalte.» Noch ist sie gesund und fit. Doch sie hat Angst vor einem Lebensende mit grossen Schmerzen oder in totaler Abhängigkeit.



Selber bis zum Schluss entscheiden. Das ist das Ideal. Doch die Gesetze sind noch nicht so weit. (Bild: Martin Rüttschi / Keystone)

So wie Erika Hofer denken viele in der Schweiz. Immer mehr. Die Mitgliederzahl von Exit hat sich in den vergangenen Jahren vervielfacht. Heute sind in den Exit-Organisationen in der Deutschschweiz und in der Romandie gegen 130 000 Menschen Mitglied. Auch die Zahl der Sterbebegleitungen ist enorm gewachsen. Laut den Jahresberichten der grossen drei Sterbehilfeorganisationen waren es 2015 mindestens 999 Fälle. Das ist eine Zunahme von 35 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Seit 2008 hat sich die Zahl der Sterbehilfefälle damit praktisch vervierfacht. Heute machen sie in der Schweiz 1,5 Prozent aller Todesfälle aus.

Die Zahlen könnten noch deutlich steigen

«Möglicherweise ist das erst der Anfang einer Entwicklung», sagt Georg Bosshard. Er ist an der Klinik für Geriatrie am Universitätsspital Zürich zuständig für den Pflegeheimbereich und forscht im Rahmen eines Nationalfondsprojekts über medizinische Entscheidungen am Lebensende. «Im belgischen Flandern beträgt der Anteil Sterbehilfe fast 5 Prozent aller Todesfälle. Auch in der Schweiz könnten in zehn Jahren die Zahlen in einem ähnlichen Bereich liegen», sagt Bosshard.

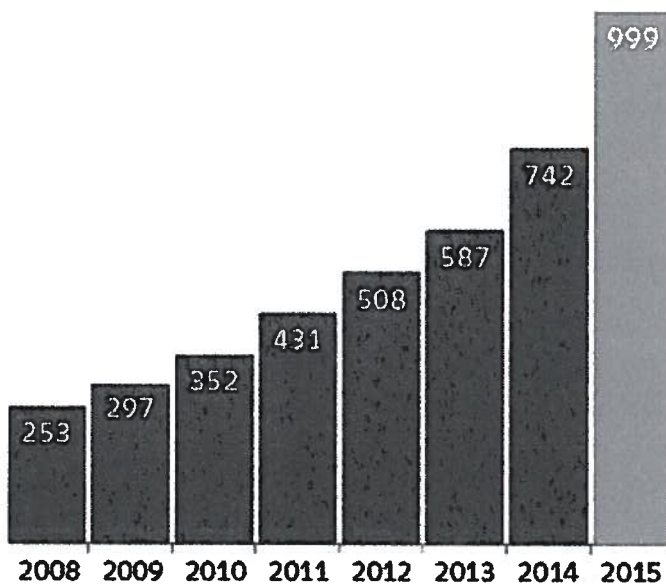
Sterbehilfe bedeutet in Belgien allerdings Euthanasie, aktive Sterbehilfe. Der Arzt verabreicht dem Sterbewilligen die tödliche Dosis. In der Schweiz nimmt der Sterbewillige das rezeptpflichtige Natriumpentobarbital selbst ein. Die Sterbehilfeorganisationen begleiten ihn jedoch bis zu diesem letzten Akt. Sie klären ab, ob er urteilsfähig ist, frei entschieden hat und nicht aus dem Affekt handelt. Exit begleitet laut Statuten nur Menschen mit hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung. Ein eigentliches Sterbehilfegesetz hat die Schweiz nicht. Im Strafgesetzbuch ist lediglich geregelt, dass die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar ist, sofern sie aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Wer uneigennützig hilft, bleibt straffrei.

Da trinken Sie einen Sirup

Die steigenden Zahlen bei den Sterbehilfefällen spiegeln die höhere Lebenserwartung wider sowie die Zunahme bei den degenerativen Erkrankungen. Doch sie weisen auch auf einen Paradigmenwechsel hin, der sich in den letzten Jahren fast unmerklich vollzogen hat: Es ist in der Schweiz akzeptabel geworden, dem Leben mittels Sterbehilfe freiwillig ein Ende zu setzen. Es ist normal geworden, dass es diese Option am Lebensende gibt und dass man sie wählt. Der assistierte Suizid dürfte bald ähnlich akzeptiert sein wie der Schwangerschaftsabbruch.

Sterbehilfe nimmt stark zu

Fälle von assistiertem Suizid



2015: Zahlen von Exit Deutschschweiz, Exit Romandie und Dignitas (ohne Ausländer)

Quelle: BFS

Dieser Wertewandel schlägt sich nicht nur in den Zahlen nieder. Er manifestiert sich auch darin, wie wir mit Sterbehilfe umgehen. Heute wird offen über Sterbehilfe geredet. Längst ist sie kein Tabu mehr. Auch nicht in Gesprächen zwischen älteren Menschen. Die Sterbehilfe wird nicht mehr verurteilt. Im Gegenteil, in Todesanzeigen wird Exit manchmal sogar gedankt. Prominente, die

selbstgewählt in den Tod gehen, werden zu Helden stilisiert. This Jenny, der frühere Glarner SVP-Ständerat und Selfmade-Millionär etwa. Nach seinem erfolglosen Kampf gegen Magenkrebs ging er 2014 in den Tod, so wie er gelebt hat: selbstbestimmt und eigensinnig. «Da trinken Sie einen Sirup und schlafen ein», beschrieb er den Vorgang. Ein Dokumentarfilm hielt seine letzten Monate fest. Es ist ein Manifest für das Sterben von heute geworden. Nach Jennys Tod erhielt Exit innert dreier Tage fast 600 Anmeldungen.

Die Kirche verliert an Einfluss

Ein Sprachrohr des selbstbestimmten Sterbens ist auch der Schweizer Theologe und Kritiker der katholischen Kirche Hans Küng. Er kündigte an, eine Sterbehilfeorganisation in der Schweiz in Anspruch zu nehmen, wenn es sein Zustand erfordere. Der 88-Jährige leidet an Parkinson. Er musste miterleben, wie sein Bruder qualvoll und langsam an einem Gehirntumor starb und wie ein naher Freund jahrelang dement vor sich hin dämmerte. «Ich möchte so sterben, dass ich noch voll Mensch bin», sagt er in einem Fernsehinterview. Damit spricht er vielen aus dem Herzen.

Die Kirche, die den assistierten Suizid bis heute scharf verurteilt, hat mittlerweile an Einfluss verloren. Viele Menschen haben sich von der Religion abgewandt. Sie wollen sich nicht vorschreiben lassen, was man mit dem eigenen Leben tun soll. Sätze wie «Das darfst du nicht» oder «Das musst du akzeptieren» kommen schlecht an, wenn jemand nicht mehr leben will. Das Leben, so die allgemeine Auffassung, gehört einem selbst. Da darf niemand dreinreden.

Es ist die Generation der Babyboomer, die jetzt ins höhere Alter kommt, die so spricht und denkt. Für sie hat die Selbstbestimmung einen hohen Wert. Diese Generation hatte stets selbstbestimmt gelebt. Die Verantwortung fürs eigene Leben will sie nicht mehr aus der Hand geben. Auch nicht am Lebensende. Schon vor 15 Jahren hatten Bewohner von Pflegeheimen in Zürich gefordert, im Heim die Dienste von Exit in Anspruch nehmen zu dürfen. Gesundheitsvorsteher Robert Neukomm realisierte rasch, dass er ihnen dies erlauben musste. Damals hagelte es zwar Kritik. Doch die Praxis bewährte sich. Mittlerweile erhält Exit nicht nur Einlass in Stadtzürcher Heime, sondern in eine Mehrheit der Schweizer Pflegeheime.

Wer ist hier egoistisch?

Das Selbstbestimmungspostulat geht weit. Manchen geht es zu weit. Dies zeigt eine tragische Geschichte, die sich in den letzten Wochen in Genf ereignet hat.

Sein Todesdatum war auf den 18. Oktober 2016 festgelegt. Kurz vor seinem 83. Geburtstag. Bei seiner Familie hatte er seinen Tod in einem Brief angekündigt. Darin gab er bekannt, mit Exit aus dem Leben scheiden zu wollen. Er leide an Altersgebrechen, er sehe schlecht, habe Schmerzen. Und er komme nicht über den Tod seiner Frau hinweg, die vor zwei Jahren verstorben war. Zwei seiner Brüder waren entsetzt über das Vorhaben. Er habe kein Recht zu gehen, fanden sie. Ihr Bruder erfreue sich bester Gesundheit. Erst vor kurzem sei man zusammen wandern und Ski fahren gegangen. Vor Gericht erwirkten sie eine superprovisorische Verfügung. Die Sterbebegleitung wurde gestoppt und ein Gerichtsverfahren auf den 24. Oktober angesetzt. Der 83-Jährige sagte im Gerichtssaal, sein Entscheid sei endgültig. Unabhängig davon, was das Gericht bestimme. Die Richterin stellte ein Urteil bis in drei Monaten in Aussicht. Den 83-Jährigen interessierte das nicht. Er nahm sich am 11. November das Leben, allein, ohne Sterbebegleitung.

Die Geschichte erschütterte die Westschweiz. Viele Menschen waren empört, konnten nicht nachvollziehen, weshalb die beiden Geschwister ihren älteren Bruder nicht gehen liessen. Viele verurteilen die jüngeren Brüder als egoistisch. Nur als Betroffener selber könne man doch wissen, ob die eigene Krankheit erträglich sei oder nicht. Eine Vielzahl der Kommentatoren berief sich auf das

Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen. Doch die Brüder handelten wohl nicht aus Bosheit. Sie liebten ihren Bruder.

Was ist moralisch vertretbar?

Der Fall wirft eine schwierige Frage auf: Haben lebensmüde Menschen ohne tödliche Krankheit ein Recht darauf, begleitet in den Tod zu gehen? Der Zürcher Moralphilosoph Peter Schaber von der Universität Zürich ist der Meinung, dass es aus ethischer Sicht sehr wohl Fälle gibt, bei denen der Wunsch nach Sterbehilfe nachvollziehbar ist. Und zwar auch ohne tödliche Krankheit. Jeder Fall sei jedoch anders und müsse genau beurteilt werden. Schaber erzählt von einem 82-Jährigen, der einen Hirnschlag hatte und dessen Bewegungsfreiheit massiv eingeschränkt ist. Er sei zwar urteilsfähig, doch könne er nicht mehr allein einkaufen, schlafe vor dem Fernseher ein und habe Mühe, Texten zu folgen. «Der Mann kann sein Leben nicht mehr gestalten. Daher denkt er an Sterbehilfe. Moralisch verurteilen kann ich diese Haltung nicht.»

Wichtig sei es, so Schaber, Fehleinschätzungen zu erkennen. Wenn ein 16-Jähriger mit Liebeskummer aus dem Leben gehen wolle zum Beispiel. Oder wenn ein junger Mensch, der nach einem Unfall behindert ist, sterben möchte. «Ein junger Mensch hat Perspektiven, eigenständig zu leben und sein Leben neu zu gestalten.» Interviews mit Menschen, die begleitet in den Tod gehen wollen, zeigen, dass die eigene Lebensgestaltung für viele fundamental ist. Sie verbinden damit ihre Würde. Selber einkaufen, selber auf die Toilette gehen, das Leben unter Kontrolle haben. Sie wollen nicht mehr weiterleben, weil sie einen Verlust der Würde diagnostizieren.

Oft geht vergessen, dass ein Grossteil jener, die sich mit einem ernsthaften Sterbewunsch etwa bei Exit melden, nach vertieften Gesprächen davon absehen, freiwillig aus dem Leben zu treten. 80 Prozent wählen eine andere Lösung, etwa palliative Medizin.

Sterben ist keine Weltreise

Frank Mathwig ist Theologe. Er beobachtet mit Sorge, welchen Stellenwert die Selbstbestimmung heute besitzt. «Auch bei den Hochaltrigen rückt die Kategorie der Selbstbestimmung zunehmend ins Zentrum. Die negative Freiheit, die Ausweitung der Privatsphäre auf möglichst viele Lebensbereiche, wird in der liberalen Gesellschaft mit geradezu religiösem Eifer betrieben.» Mathwig arbeitet am Institut für Theologie und Ethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes. «Die Vorstellung von übergeordneten Pflichten des Lebensschutzes verschwindet. Wir verlieren die Skrupel, aus dem Leben zu scheiden.» Sich für den begleiteten Suizid zu entscheiden, sei etwas anderes, als eine Weltreise zu machen. Heute lassen sich beide Entschlüsse kaum noch unterscheiden. Die organisierte Suizidhilfe führt zu einer Veränderung unserer Wahrnehmungen von Normalität.

«Als die organisierte Sterbehilfe in den achtziger Jahren begonnen hat, ging es um eine Kritik an den schier grenzenlos erscheinenden intensivmedizinischen Möglichkeiten», ruft Mathwig in Erinnerung. In den neunziger Jahren sei es vor allem um kranke Menschen am Lebensende gegangen, deren unerträgliches Leiden verkürzt werden sollte. Seit 2014 werde jedoch offen über den Alters- und Bilanzsuizid diskutiert. Damit sind Menschen gemeint, die sich nach Abwägen ihrer Lebensbilanz für den Suizid entscheiden. Dass sich Exit seither dafür einsetze, dass Betagte einen erleichterten oder rezeptfreien Zugang zum Sterbemittel erhalten, sei bedenklich, findet Mathwig: «Am Anfang ging es bei der Sterbehilfe darum, unerträgliches Leiden zu verkürzen. Dieser Akt der Solidarität weicht immer mehr der egozentrischen Idee von einem selbst inszenierten Sterben.»

Sorgen macht sich auch die katholische Landeskirche in der Schweiz. Ihrer Ansicht nach wird Druck auf die Betagten ausgeübt, anderen nicht zur Last zu fallen. Deshalb hätten die Sterbehilfeorganisationen so grossen Zulauf. Ein schwerwiegender Verdacht. Werden Betagte dazu

gedrängt, freiwillig aus dem Leben zu gehen, damit sie zum Beispiel weniger Pflegekosten verursachen? «Dieser Verdacht wird vor allem in ethischen Debatten ausgesprochen. Doch er ist abstrakt», sagt Altersforscher und Soziologe François Höpflinger. «Die Leute denken nicht so. Menschen fühlen sich faktisch kaum unter Druck gesetzt.»

Eingeschränkte Selbstbestimmung

Die moralischen Vorstellungen unserer Gesellschaft richten sich heute zwar stark auf die Selbstbestimmung aus. Rechtlich ist jedoch nicht geklärt, was diese Selbstbestimmung bedeutet. Heute wird die Selbstbestimmung de facto durch die Ärzte eingeschränkt: Sie sind es, die das Natriumpentobarbital verschreiben müssen. Dabei orientieren sie sich nicht an einem Gesetz, sondern an den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Dort steht unter anderem, dass Sterbehilfe nur im Fall eines todkranken Patienten zu leisten ist.

Nicht alle Ärzte halten sich jedoch daran. Ein Drittel aller Sterbehilfefälle ist mit keiner tödlichen Krankheit verbunden. Manche Sterbewillige haben andere schwere Krankheiten oder mehrere, die unerträglich sind. Ausserdem kommen immer mehr Demenzkranke im Frühstadium hinzu. Diese Menschen wollen gehen, bevor die Urteilkraft entschwindet. In Einzelfällen spielt schon heute das Thema Lebensmüdigkeit eine wichtige Rolle. Zahlen dazu gibt es nicht. Die Ärzte befinden sich in einem Graubereich, da sie den Patientenwillen höher gewichten als die Richtlinien.

Ethiker Schaber hält diese Situation für unbefriedigend. «Es geht nicht an, dass ein Berufsverband oder eine Akademie bestimmt, unter welchen Bedingungen sterbewilligen Menschen Zugang zum tödlichen Mittel zu gewähren ist», sagt er. Der Staat sei in der Verantwortung, eine Regelung zu formulieren. Die staatliche Gemeinschaft müsse entscheiden, ob jemandem die tödliche Dosis verabreicht werden dürfe oder nicht. «Das ist am Ende keine medizinische Frage», sagt Schaber. Der Geriater Georg Bosshard bestätigt: «Als Arzt kann ich Diagnosen über Krankheiten stellen, doch zur Frage der Lebensmüdigkeit kann ich im Grund nicht mehr sagen als ein Soziologe oder Psychologe.»

Trotz dieser Lücke im Gesetz ist es unwahrscheinlich, dass sich der Bundesrat der schwierigen Frage in naher Zukunft nochmals annimmt. Erst 2011 hat er entschieden, auf eine gesetzliche Regelung der organisierten Suizidhilfe zu verzichten. Niemand will dieses heikle Thema anfassen. Dennoch, der Anstieg der Sterbehilfefälle sowie der zunehmend bedeutende Aspekt der Lebensmüdigkeit wirft Fragen auf, die der Gesetzgeber über kurz oder lang beantworten muss. Davor kann er sich nicht drücken.

* Name geändert

Ärzte sind bei der Sterbehilfe zentral

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid erlaubt, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Dies ergibt sich aus Artikel 115 im Schweizerischen Strafgesetzbuch. Aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, ist in der Schweiz verboten, im Gegensatz etwa zu Belgien und den Niederlanden.

Bei der Beihilfe zum Suizid wird der sterbewilligen Person die tödliche Substanz vermittelt, einnehmen muss sie diese aber selber. Jeder Mensch in der Schweiz hat zwar das Recht, Art und Zeitpunkt des eigenen Sterbens zu bestimmen. Die Selbstbestimmung ist jedoch dahingehend eingeschränkt, dass die tödliche Substanz von einem Arzt verschrieben werden muss. Dieser Arzt sollte den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) folgen. Dort ist festgehalten, dass Sterbehilfe nur geleistet werden darf, wenn das Lebensende des Sterbewilligen nahe ist. Ausserdem müssen Alternativen geprüft werden. Der Wunsch des urteilsfähigen Patienten muss wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft sein. Da die Sterbewilligen urteilsfähig sein müssen, sind psychisch Kranke in den meisten Fällen von der Sterbehilfe ausgeschlossen. 2006 hatte ein schwer psychisch kranker Mann beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht. Er hatte zuvor keinen Arzt gefunden, der ihm das tödliche Mittel verschrieben hätte. Die Bundesrichter hielten in ihrem Urteil zwar fest, dass der Staat das Recht auf den eigenen Tod zu respektieren habe. Doch der Staat sei nicht dazu verpflichtet, einer sterbewilligen Person beim Suizid zu helfen. 2010 wies das Bundesgericht auch die Beschwerde einer älteren klinisch gesunden Frau ab, die seit Jahren sterben wollte. Auch sie hatte keinen Arzt gefunden, der ihr das tödliche Natriumpentobarbital verschrieben hätte. Sie wandte sich danach mit einer Klage an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Dieser hat die Klage 2013 gutgeheissen und forderte die Schweiz auf, die Sterbehilfe präziser zu regeln. Die Grosse Kammer des Menschenrechtsgerichtshofs hat das Urteil inzwischen aber aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hatte 2011 begleitet Suizid begangen.

Der Politologe Antonius Liedhegener kritisiert die Islam-Debatte – und macht einen Vorschlag SEITE 14

Der Aargau muss für die Auswertung von Handy-Daten im Mordfall Ruppertswil weniger zahlen SEITE 14

Einen Monat Sterben für 86 000 Franken

Ein 75-jähriger Krebskranker wird kurz vor seinem Tod teuer behandelt – gegen seinen Willen

Privatversicherte laufen Gefahr, unnötig operiert zu werden. Das zeigt exemplarisch der Fall eines Krebspatienten, der in einer Privatklinik landete – ohne Aussicht auf Heilung. Was dann passierte, befremdet.

SIMON HEHLI

Wer sich für viel Geld eine private Krankenversicherung leistet, tut dies in der Hoffnung, im Krankheitsfall einen besseren medizinischen Service zu bekommen. Doch zuweilen passiert das Gegenteil. Daniel Scheidegger, früher Chefarzt am Universitätsspital Basel und heute Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), sagte kürzlich gegenüber der NZZ, dass Privatversicherte dem Risiko der «Überarztung» ausgesetzt seien: «Bei ihnen ist die Gefahr grösser, dass die Ärzte unnötige Sachen machen, weil es so lukrativ ist.» Eine Studie des Bundesamtes für Gesundheit von 2016 zeigte, dass Patienten, die privat oder halbprivat versichert sind, 2,2-mal häufiger am Knie operiert werden und 1,3-mal häufiger ein neues Hüftgelenk bekommen als grundversicherte Personen.

Das sind nackte Zahlen. Welche Folgen das Privatversichertensein konkret haben kann, zeigt der Fall von Martin Lenoir*. Im Herbst 2014 liess sich der 75-Jährige wegen Schmerzen in der Bauchgegend in eine Privatklinik in einer grösseren Schweizer Stadt einliefern. Die Diagnose war schlecht, Lenoir litt an Prostatakrebs mit Metastasen in der Lunge. Aussicht auf Heilung bestand keine. Geringer Lebenswille hatte der Patient ohnehin nicht mehr, da seine Frau einige Jahre zuvor gestorben war – in derselben Klinik, nach der Bestrahlung von Brustkrebsmetastasen im Hirn. Lenoir hat seinen alten Freund Kurt Hanselmann*, ihn bei der Sterbehilfsorganisation Exit anzumelden. Doch es war zu spät. «Mein Vater war bereits in die Mühlen der Klinik geraten», sagt sein Sohn Peter.

Klarer Todeswunsch

Trotz dem offensichtlichen Willen des privatversicherten Patienten, mit dem Leben abzuschliessen, unternahm die



Halbprivat- und Privatversicherte sind für Kliniken lukrativer als Personen in der Grundversicherung.

Arzte alles, um ihn am Leben zu erhalten. Sein Freund Hanselmann besuchte Lenoir mehrmals, konnte aber nicht verhindern, dass dieser drei schwere Operationen über sich ergehen lassen musste. «Auf meine Einwände antworteten die Chirurgen, der Patient würde ohne die Operation der Lunge die Nacht nicht überleben – was ja eigentlich genau der Wunsch des Sterbenden war», erinnert sich Hanselmann. Einmal riss Lenoir die Schläuche aus seinen Venen und wäre fast verblutet. Für seine Angehörigen war auch dies ein klares Signal, dass Lenoir genug hatte.

Sohn Peter sagt, sein Vater habe sich furchtlich darüber aufgeregt, wie die Ärzte mit ihm umgesprungen seien. Er habe sich viel zu schlecht informiert gefühlt, als dass er eine objektive Entscheidung hätte treffen können. «Vor einer der Operationen haben sie ihn unter Druck

gesetzt und gesagt: Entweder Sie machen das jetzt, oder Sie sterben sehr bald» – da hat er dann auf den letzten Zacken eingewilligt», sagt Peter Lenoir. Sein Bruder Marc erinnert sich an eine Diskussion mit einer Ärztin. Der Vater habe ihr klipp und klar gesagt, er wolle sterben und sonst nichts. «Die Ärztin stellte sich jedoch auf den Standpunkt, dass sie ihn dabei nicht unterstützen könne und alles unternommen werde, damit er wieder fit werde.»

«Es sah nach Geldmacherei aus»

Gegen eine weitere Operation mit minimalem Erfolgsaussicht sträubte sich Martin Lenoir später erfolgreich. Nach einem Monat in der Privatklinik kam er endlich in eine Institution für palliative Betreuung, wo er drei Tage später starb. Die Söhne haben das Gefühl, die Ärzte hätten den erklärten Willen ihres Vaters nicht

respektiert – und dies auch aus finanziellen Gründen. «Es sah für mich nach Geldmacherei aus», sagt Peter Lenoir. «Eine Operation mit 20-prozentiger Erfolgschance würde man bei einem todkranken Grundversicherten wohl kaum noch durchführen.» Niemand habe seinem Vater je aufgezeigt, welche Möglichkeiten der Sterbebegleitung mit schmerzstillenden Medikamenten es als Alternative zu den Eingriffen gegeben hätte. «Das hängt wohl auch damit zusammen, dass Palliativmassnahmen weniger lukrativ sind.»

Der NZZ liegen die Rechnungen für die Behandlungen vor. Lenoirs Versicherung übernahm für die Behandlungen im Oktober und November 2014 total 83 500 Franken an die Privatklinik und einzelne Ärzte. Der Aufenthalt in der Palliativklinik schlug mit weiteren 2700 Franken zu Buche. Im letzten Lebensmonat von Lenoir fielen damit Gesundheitskosten

von über 86 000 Franken an – und dies, ohne dass je eine reelle Aussicht auf eine wesentliche Verlängerung des Lebens geschweige denn auf eine Heilung bestanden hätte. Immerhin konnte Lenoir sein fünftes Enkelkind am Tag vor seinem Tod noch kennenlernen. «War es das wert?», fragt sich sein Sohn Peter. «Oder hatte mein Vater ohne Operationen gar noch länger gelebt?»

«Immer dasselbe Problem»

SAMW-Präsident Scheidegger sagt, die Geschichte von Lenoir sei typisch. Er habe von ähnlichen Fällen gehört. «Das Problem ist aber immer dasselbe. Man war bei den Gesprächen zwischen dem Patienten und den Ärzten nicht dabei. Daher kann man nichts beweisen.» Um die Anonymität des Patienten und seiner Angehörigen zu schützen, war es der NZZ nicht möglich, die Privatklinik mit den Vorwürfen zu konfrontieren. Der Verband Privatkliniken Schweiz wollte trotz mehrfachem Nachhaken keine Stellung nehmen zu folgenden Fragen: Was tun die Kliniken, um sicherzustellen, dass der Wille des Patienten zuoberst steht und nicht der Profit? Und findet diesbezüglich ein Paradigmenwechsel statt, gerade bei Behandlungen am Lebensende, die hohe Kosten generieren.

Eine weitere Frage ist jene nach der Verantwortung der Angehörigen. Müsstensie stärker für die Interessen der Patienten einstehen, wenn sie das Gefühl haben, dass die Ärzte übertreiben? Hätten sie im Fall Lenoir stärker darauf pochen müssen, dass der Vater in ein Sterbehilfswerk verlegt wird? Schliesslich sehen es die Ärzte in einer Akutklinik – zu Recht – als ihre erste Pflicht an, Leben zu retten. «Man ist ja eigentlich nur unwissender Zuschauer», sagt Marc Lenoir. Es sei alles sehr schnell gegangen, und es sei schwierig gewesen, bei den gelegentlichen Besuchen festzustellen, was genau los gewesen sei. Sein Bruder sagt, er wisse nicht, wann der Zeitpunkt gewesen wäre, um auf den Tisch zu hauen. Er wünscht sich einfach, dass der Mensch wieder ins Zentrum der Medizin rückt. «Es ist Zeit, dass die Ärzte die beste Therapie zum Wohl des Patienten machen – und nicht die teuerste.»

*Namen von der Redaktion geändert.

Bauzonen gibt es zuhauf – aber oft am falschen Ort

Knapp zwei Drittel der Fläche sind schlecht durch den öffentlichen Verkehr erschlossen

Die Bauzonen wachsen kaum, und bestehende Zonen werden intensiver genutzt. Laut der neusten Statistik des Bundes liegen die grössten Reserven aber nicht dort, wo die Nachfrage gross ist.

PAUL SCHEINER

Die über die letzten zehn Jahre gewachsene Einsicht, dass Bauerland nicht mehr à gogo zu Bauland werden kann, wenn auch nachfolgende Generationen noch Handlungsspielräume bei der Gestaltung der Schweiz haben sollen, zeigt Wirkung: die sich in Zahlen fassen lässt.

Baufläche so gross wie das Tessin

Zwischen 2012 und 2017 ist die Gesamtfläche der Bauzonen in der Schweiz noch um 3400 Hektaren oder 1,5 Prozent gewachsen. Das geht aus der Bauzonensta-

tistik des Bundes hervor. Das geringe Wachstum ist gemäss den Erhebungen des Bundesamtes für Raumentwicklung (ARE) allerdings nicht auf Einzonungen für Bauten zum Wohnen und/oder Arbeiten zurückzuführen, sondern auf eine Zunahme der Zonen für touristische Nutzungen sowie auf Veränderungen in der Methodik bei den Erhebungen.

Insgesamt sind heute 232 038 Hektaren oder 2320 Quadratkilometer in der Schweiz eingezontes Bauland. Diese Fläche entspricht jener des Kantons St. Gallen plus die beiden Appenzel oder knapp jener des Kantons Tessin. Je nach Annahme bei der Berechnung sind 11 bis 17 Prozent davon noch nicht bebaut, 2012 lag dieser Wert bei 12 bis 18 Prozent.

Zieht man in Betracht, dass die innerhalb der Bauzonen lebende Bevölkerung der Schweiz seit 2012 um 600 000 Einwohner oder um 8,1 Prozent von 74 auf 80 Millionen Einwohner gewachsen ist, wird deutlich, dass ein beträchtlicher Teil des Wachstums – wie seit der Revision des Raumplanungsgesetzes politisch ge-

wollt – in bereits bebauten oder dafür vorgesehenen Gebieten «abgefangen» werden konnte. Aus dieser Erkenntnis lässt sich nicht nur auf eine zunehmende bauliche Dichte schliessen, sondern auch die gefühlte höhere Dichte an Menschen im öffentlichen Raum erklären.

Platz für weitere 1,7 Millionen

Die grössten Reserven bestehen bei den Arbeitszonen. Hier sind 33 bis 41 Prozent noch nicht bebaut, bei den Wohnzonen zwischen 11 und 19 Prozent, bei den Mischzonen zwischen 10 und 17 Prozent und bei den Zentrumszonen zwischen 6 und 13 Prozent.

Unter der Annahme, dass die noch nicht bebauten Bauzonen mit der gleichen durchschnittlichen Dichte wie die bebauten Bauzonen überbaut würden, bieten diese gemäss dem ARE Platz für rund 1,0 bis 1,7 Millionen zusätzliche Einwohnerinnen und Einwohner. Extrapoliert man das Bevölkerungswachstum der letzten fünf Jahre in die Zukunft,

liesse sich ein bis eineinhalb Jahrzehnte ohne Erweiterung der Bauzonen so weiterfahren wie bisher.

Diese Schlussfolgerung greift aber zu kurz. Dies unter anderem, weil es eine Diskrepanz gibt zwischen der Nachfrage und dem Angebot, das aus der blossen Ausschöpfung der noch bebaubaren Bauzonen resultieren würde: Je kleiner und peripherer eine Gemeinde ist, desto grösser ist der verhältnismässige Anteil der eingezonten, aber nicht bebauten Flächen. Einem Anteil von 9 Prozent in den Städten stehen bis zu 15 Prozent auf dem Land gegenüber.

Ähnlich verhält es sich mit der Erschliessung durch den öffentlichen Verkehr. Auch wenn das ARE feststellt, diese habe sich seit 2012 verbessert: 59 Prozent der Bauzonen in der Schweiz sind schlecht oder kaum an Bahn oder Bus angeschlossen. Werden einfach diese Bauzonen «aufgefüllt», wird das der anzustrebenden vermehrten Bündelung der Verkehrsströme abträglich sein. Die Konsequenzen von zu viel verfügbarem

Bauland am falschen Ort schlagen sich in einem Nachfrageüberhang in den Zentren und in zunehmenden Leerständen abseits davon nieder.

65 000 leere Wohnungen

Mitte Jahr standen in der Schweiz 65 000 Wohnungen leer – so viele wie seit der Jahrtausendwende nicht mehr. Höchstwerte von zwischen 2 und 3 Prozent in den Kantonen Solothurn, Appenzel Aargau und Appenzel AU, 0,4 und 0,6 Prozent in den urbanisierten Kantonen Zug, Basel-Stadt und Genf gegenüber.

Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass zu fragen und zu klären ist, wie sich die Kapazitäten für Wohnen und Arbeiten in den Zentren und Kernagglomerationen steigern lassen, damit das bauliche Wachstum dort stattfinden kann, wo die Nachfrage besteht, und nicht anderswo. Gesehen wird nicht, werden sich die Verkehrsprobleme verschärfen.

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE
DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN
ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES
ACCADEMIA SVIZZERA DELLE SCIENZE MEDICHE

Richtlinien
für die Sterbehilfe



1976

Schweizerisches Strafgesetzbuch

Vorsätzliche Tötung

Art. 111. Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besondern Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

Mord

Art. 112. Hat der Täter unter Umständen oder mit einer Überlegung getötet, die seine besonders verwerfliche Gesinnung oder Gefährlichkeit offenbaren, so wird er mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

Totschlag

Art. 113. Tötet der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung, so wird er mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis von einem bis zu fünf Jahren bestraft.

Tötung auf Verlangen

Art. 114. Wer einen Menschen auf sein ernstliches und dringendes Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

Nötigung

Art. 181. Wer jemanden durch Gewalt oder Androhung ernstlicher Nachteile oder durch andere Beschränkungen seiner Handlungsfreiheit nötigt, etwas zu tun, zu unterlassen oder zu dulden, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.

Übertherapie am Lebensende

Die meisten Menschen lehnen eine «Apparate-Medizin» am Lebensende ab. Ihre Wünsche werden aber offenbar vielfach nicht erfüllt.

Nicola von Lutterotti
26.6.2014, 05:30 Uhr

Eine intensive medizinische Versorgung am Lebensende, die letztlich nur den Prozess des Sterbens verlängert, lehnen die meisten Menschen ab. Laut den Ergebnissen einer Umfrage in den USA trifft das auch für die Ärzte zu – zumindest immer dann, wenn diese selbst im Sterben liegen.¹ Bei ihren Patienten scheinen viele Mediziner aber nach einer anderen Maxime vorzugehen. Jedenfalls bekundeten etliche der an der Erhebung beteiligten Ärzte die Bereitschaft, sterbenskranke Patienten auch dann noch aggressiv zu behandeln, wenn sich diese ausdrücklich gegen solche Massnahmen ausgesprochen hatten.

Kein Meinungswandel

In der Untersuchung wollten die Palliativmedizinerin Vyjeyanthi Periyakoil von der Stanford University in Palo Alto, Kalifornien, und ihre Kollegen klären, ob die im Jahr 1990 eingeführte «Patient Self-Determination Act» – ein Gesetz, das den Patienten mehr Selbstbestimmung bei der Entscheidung für oder gegen lebenserhaltende Massnahmen einräumt – einen Sinneswandel bei den Ärzten bewirkt hat. Denn aus einer Erhebung im Jahr 1989 war hervorgegangen, dass diese den Patientenwillen zu wenig berücksichtigen.

Die Teilnehmer der neuen Umfrage, insgesamt 1081 Ärzte beiderlei Geschlechts, waren zumeist unter 40 Jahre alt und stammten aus unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen. In anonymisierter Form wurden sie etwa gefragt, ob Patientenverfügungen ihrer Ansicht nach die Arbeit des Arztes erleichtern oder eher erschweren, bei Streitigkeiten unter Angehörigen eine Entscheidungshilfe darstellen, den Arzt vor Rechtsklagen schützen, das Verhältnis zum Patienten belasten und auch ob der Patient überhaupt über die nötige Kompetenz verfügt, um im Ernstfall so weitreichende Therapieentscheidungen treffen zu können.

Wie aus dem Bericht der amerikanischen Forscher hervorgeht, scheint die «Patient Self-Determination Act» die Meinung der Ärzte nicht verändert zu haben. Die Ergebnisse der im Jahr 2013 vorgenommenen Erhebung unterscheiden sich jedenfalls kaum von jenen des Jahres 1989 – und das, obwohl die beiden Kollektive bezüglich des Alters, des Geschlechterverhältnisses und der Zusammensetzung der Fachdisziplinen teilweise weit auseinanderlagen. So hielten auch die Teilnehmer der neuen Untersuchung Patientenverfügungen zwar grundsätzlich für sinnvoll. Sie zeigten gleichwohl ebenfalls nur wenig Bereitschaft, den Wünschen ihrer Patienten Folge zu leisten. Das galt (fast) genauso für das weibliche wie das männliche Geschlecht und war auch weitgehend unabhängig vom ethnischen Hintergrund der Ärzte. Orthopäden, Chirurgen und Strahlentherapeuten setzen sich im Mittel noch eher über den Patientenwillen hinweg als Vertreter der anderen Fachdisziplinen.

Zu den Gründen für die Tendenz der Ärzte, den Wünschen todkranker Patienten nicht nachzukommen, zählten Zweifel an deren Entscheidungsfähigkeit, ein grösseres Vertrauen in die eigene Kompetenz sowie die Sorge, Diskussionen um das therapeutische Vorgehen könnten die Beziehung zum Kranken verschlechtern. Generell hielten es die meisten Ärzte ausserdem für wichtiger, das Leben zu verlängern, als dem Wunsch des Patienten, eine Therapie abzubrechen, zu entsprechen. Sowohl in der früheren als auch in der neuen Untersuchung äusserten überdies fast 80 Prozent der Befragten die Sorge, eine Patientenverfügung könnte den Tod der betreffenden Person beschleunigen.

Ganz andere Vorstellungen hatten die Ärzte, wenn es um ihr eigenes Ableben ging. So erklärten knapp 90 Prozent von ihnen, im Falle einer tödlichen Erkrankung keine aggressiven Therapien zu wünschen. Weshalb sie dann ihren Patienten eine solche Behandlung zumuten würden, geht aus der Erhebung nicht hervor. Laut den Studienautoren könnte dies unter anderem daran liegen, dass die moderne Medizin gemeinhin auf «Maximal-Therapie für alle» geeicht sei. Ärzte würden zudem nicht für Aufklärungsgespräche am Krankenbett bezahlt, sondern für medizinische Prozeduren. Die letzten Monate vor dem Tod seien daher auch besonders teuer. So wende die amerikanische Krankenkasse Medicare für das letzte Lebensjahr ihrer Versicherten rund ein Viertel ihres Gesamtbudgets auf. Diese Tatsache stehe in einem krassen Widerspruch zum Wunsch der Patienten. So sprächen sich die meisten Menschen gegen eine intensive medizinische Therapie am Lebensende aus. Das hätten eigene Untersuchungen und Studien anderer Forschergruppen gezeigt.

Fragwürdige Therapien

Die USA sind freilich nicht das einzige Land, in dem sterbenskranke Patienten oft nutzlose und vielfach belastende Therapien über sich ergehen lassen müssen. Auch bei uns scheint dies vorzukommen, wie unter anderem die Ergebnisse einer Studie der Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) nahelegen.² Darin ging es um die Frage, wie Krebskranke hierzulande kurz vor ihrem Tod behandelt werden. Bei ihren Analysen konnten sich Klazien Matter-Walestra vom Institut für Pharmazeutische Medizin der Universität Basel und ihre Kollegen auf anonymisierte Patientendaten der Krankenversicherung Helsana und jene mehrerer kantonaler Krebsregister stützen. Insgesamt 3809 der darin erfassten Patienten waren zwischen 2006 und 2008 an den Folgen eines Krebsleidens in der Schweiz gestorben.

Wie sich zeigte, wurden 68,5 Prozent der Patienten im letzten Lebensmonat in ein Spital eingewiesen, 14,5 Prozent mit einer Chemotherapie behandelt und 7,7 Prozent bestrahlt. Die Wahrscheinlichkeit, am Lebensende hospitalisiert und intensiv behandelt zu werden, nahm mit dem Alter der Patienten zwar deutlich ab. Sie stieg andererseits mit der Höhe der von den Krankenkassen übernommenen Kosten. So erhielten Patienten mit privater oder halbprivater Zusatzversicherung im letzten Lebensmonat fast doppelt so oft eine Chemotherapie wie Krebskranke mit geringerem Versicherungsschutz. Auch wurden die besser versicherten Personen besonders häufig kurz vor dem Tod in ein Krankenhaus aufgenommen.

Wie die Studienautoren einräumen, erlauben ihre Ergebnisse keine weitreichenden Interpretationen. So könnten sie nicht beantworten, ob die Behandlungen medizinisch sinnvoll gewesen seien. Offen bleibe zudem, inwieweit sie auf Wunsch des Patienten oder aber auf Anweisung des Arztes erfolgt seien. Um diese Fragen zu klären, bedürfe es weiterer Studien.

Etliche Beobachtungen nähren freilich den Verdacht, dass private Zusatzversicherungen viele Spitäler und Ärzte dazu verleiten, ihre medizinischen Möglichkeiten über die Massen auszuschöpfen. Übersetzt auf den klinischen Alltag, heisst das oft: Teure Geräte müssen gut ausgelastet sein, damit sich die hohen Anschaffungskosten lohnen.

Wie Nikola Biller-Andorno vom Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich auf Anfrage anmerkt, müssen in vielen Ländern Patienten darum kämpfen, das medizinisch Notwendige zu erhalten. In der Schweiz und anderen Ländern, die über einen hohen medizinischen Versorgungsstandard verfügten, sei eher das Gegenteil der Fall. Das Problem der Überversorgung gerate mittlerweile allerdings zunehmend in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Denn nicht nur zu wenig, auch zu viel Medizin könne unethisch sein, sagt die Ärztin. «Überversorgung ist nicht noch bessere Medizin oder noch mehr vom Guten. Sie kann massiv schaden.»

Die Wurzel des Problems seien häufig Interessenkonflikte und die «ökonomische Dimension der Medizin». Niemand wage es aber, diese anzusprechen. Solche Äusserungen erzeugten moralische Entrüstung, wie zu Beispiel: «Wollen Sie etwa sagen, medizinische Entscheidungen würden durch etwas anderes gesteuert als das Patientenwohl?»

Umfassende Information

Der Schlüssel liege in einer Korrektur von Fehlanreizen auf individueller und institutioneller Ebene sowie einem transparenten Umgang mit Interessenkonflikten, sagt Biller-Andorno. Patienten sollten nicht nur über Nutzen und Risiken der Behandlungsoptionen Bescheid wissen, sondern auch über potenzielle finanzielle Anreize der Leistungserbringer. Denn nur wenn alle Karten auf dem Tisch lägen, könnten sie informierte Entscheidungen treffen. «Beim Kauf einer Versicherung hilft es mir ja auch, wenn ich weiss, dass der Makler pro abgeschlossenen Vertrag einen Bonus erhält.» Dass fordernde Patienten massgeblich zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen beitragen, hält Biller-Andorno für wenig wahrscheinlich. «Überbehandlung, gerade am Lebensende, ist eher das Ergebnis einer Mischung aus unzureichender Patienteninformation und falschen Anreizen auf ärztlicher Seite.»

Wie Thomas Münzer von der Geriatriischen Klinik St. Gallen, der Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie, einräumt, fällt es vielen Ärzten schwer, nichts zu tun. Das liege teilweise am Berufsverständnis – dass man als Arzt das Gefühl habe, nur dann erfolgreich zu sein, wenn man aktiv einschreite. Aber auch die Angehörigen drängten den Arzt häufig dazu, etwas zu unternehmen. «In unserer Klinik, in der das Durchschnittsalter der Patienten bei 82 Jahren liegt, kommen wir beständig in die Situation, von unnützen Behandlungen abzuraten», sagt Münzer. Bei jungen Menschen falle die Entscheidung, Therapien abzubrechen, freilich sehr viel schwerer als bei betagten. Dennoch müssten Ärzte lernen, Nein zu sagen. Eine eingehende Aufklärung des Patienten und der Angehörigen sei in solchen Fällen allerdings essenziell.

Nicht nur am Lebensende

Überversorgung spielt allerdings nicht nur am Sterbebett eine Rolle, sondern ist in der Medizin generell von erheblicher Bedeutung. Um sie einzudämmen, hat die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM), in Anlehnung an vergleichbare Aktivitäten in Grossbritannien und den USA, kürzlich eine Initiative namens «Smarter Medicine» lanciert. Ziel ist es, häufig verordnete, aber vielfach unnütze medizinische Massnahmen auf eine schwarze Liste zu setzen. Die SGIM hat, mit gutem Beispiel vorangehend, bereits ihre erste «Top-5-Liste» präsentiert. Abgeraten wird darin etwa von einem Prostatakrebs-Screening, ohne dem betreffenden Mann die Risiken einer Übertherapie vorher eingehend erklärt zu haben.

Derartige Vorgaben wären auch beim Brustkrebs-Screening sinnvoll. Denn der minimal Nutzen dieses Verfahrens wird von den meisten Frauen erheblich überschätzt – ein Missverhältnis, auf das Mitglieder des Swiss Medical Board unlängst hingewiesen haben.³

¹ Plos one. 9, e98246 (2014). ² BMC Cancer. 14, 306 (2014). ³ NEJM. 370, 1965-68 (2014).

Schwerpunkt: Klug entscheiden

Internist 2016 · 57:521–526
DOI 10.1007/s00108-016-0062-6
Online publiziert: 1. Juni 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Klug entscheiden

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Redaktion
M. Hallek, Köln
G. Hasenfuß, Göttingen
E. Märker-Hermann, Wiesbaden
C. Sieber, Nürnberg



G. Hasenfuß¹ · E. Märker-Hermann² · M. Hallek³ · U. R. Fölsch⁴

¹ Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Herzzentrum, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

² Klinik für Innere Medizin IV, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden, Deutschland

³ Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

⁴ Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

Klug entscheiden in der Inneren Medizin

Klug-entscheiden-Initiative der DGIM

Im Jahr 2012 hat die American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation die amerikanische Choosing-wisely-Initiative gestartet [1–3]. Über 50 amerikanische Fachgesellschaften beteiligen sich durch die Erarbeitung von jeweils fünf Aspekten der Überversorgung. Diese Top-5-Listen repräsentieren demnach medizinische Maßnahmen, die durchgeführt werden, obwohl sie dem Patienten nicht nützen oder sogar schädlich für seine Gesundheit sein können.

» Die Initiative „Klug entscheiden“ adressiert Über- und Unterversorgung

Die Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unterscheidet sich in zwei grundlegenden Aspekten von der amerikanischen Initiative. Erstens wird bei „Klug entscheiden“ sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung adressiert; damit will man die Indikationsqualität in beiden Richtungen verbessern. Zweitens entstehen die Klug-entscheiden-Empfehlungen der DGIM in einem interdisziplinären Prozess unter Beteiligung aller internistischen Schwerpunkte und assoziierten Fach-

gesellschaften. Das heißt, die Klug-entscheiden-Empfehlungen der DGIM sind von Schwerpunktspezialisten erarbeitet, werden aber in einem interdisziplinären Review- und Konsensusprozess überarbeitet und verabschiedet. Hierzu hat die DGIM eine Konsensuskommission (siehe **■ Infobox 1**) etabliert, die mit einer Patientenvertretung und Vertretern der folgenden zwölf Schwerpunkte besetzt ist (siehe **■ Abb. 1**).

Definition der Klug-entscheiden-Empfehlungen

Positivempfehlungen adressieren diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen mit gesicherter wissenschaftlicher Evidenz, die nach Einschätzung der Konsensuskommission zu selten durchgeführt werden. Negativempfehlungen adressieren diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen, die nach Einschätzung der Konsensuskommission häufig durchgeführt werden, obwohl es wissenschaftliche Belege gibt, dass sie keinen Nutzen haben oder sogar schädlich sein können (**■ Abb. 2**). Positivempfehlungen thematisieren somit Aspekte der Unterversorgung, Negativempfehlungen Aspekte der Überversorgung.

Im Rahmen des Konsensusprozesses müssen folgende Voraussetzungen für die Verabschiedung einer Klug-entscheiden-Empfehlung gegeben sein:

- Evidenzgrundlage ist in der Regel mindestens eine adäquate publizierte Studie. Im Ausnahmefall genügt auch eine Expertenmeinung aus einer hochrangigen Leitlinie (Vorschlag erfolgt durch die Schwerpunktfachgesellschaft).
- Die DGIM-Konsensuskonferenz kommt zu der Einschätzung, dass die Fehlversorgung häufig stattfindet.
- Die Klug-entscheiden-Empfehlung wird von der DGIM-Konsensuskonferenz konsentiert.

Mitgliederbefragung

Im Zeitraum vom 9. September bis 5. Oktober 2015 hat das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum GmbH (SUZ, Duisburg) im Auftrag der DGIM insgesamt 19.183 DGIM-Mitglieder mit anschiebbarer E-Mail-Adresse um die Teilnahme an einer Befragung gebeten. Durchgeführt wurde eine Onlinebefragung mit individuellem Zugangscode. Am Ende des Befragungszeitraums hatten 4181 Mitglieder (21,8 %) auswertbar und erfolgreich an der Umfrage teilgenommen. Die Fragen waren gegliedert nach Überversorgung (überflüssige Leistungen) und Unterversorgung (zu selten durchgeführte, sinnvolle Maßnahmen). Alle internistischen Schwerpunkte bzw. assoziierten Fachgesellschaften sind in der Umfrage repräsentativ vertreten [5].

Infobox 1 Mitglieder der Konsensuskommission

AWMF:
 Prof. Dr. med. Ina Kopp
 Dr. med. Monika Nothacker (AWMF/IMWI)
DGA:
 Prof. Dr. med. Reinhardt Sternitzky
DGE:
 Prof. Dr. med. Sven Diederich
 PD Dr. med. Joachim Feldkamp
DGFN:
 Prof. Dr. med. Jürgen Floege
 Prof. Dr. med. Jan Galle
DGG/DGGG:
 Dr. med. Manfred Gogol
DGHO:
 Prof. Dr. med. Stefan Krause
 Prof. Dr. med. Andreas Neubauer
DGI:
 PD Dr. med. Rika Draenert
 PD Dr. med. Norma Jung
DGIIN:
 Prof. Dr. med. Martin Möckel
 Prof. Dr. med. Reimer Riessen
DGIM:
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ulrich Fölsch
 Prof. Dr. med. Michael Hallek
 Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß
 Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
DGK:
 Prof. Dr. med. Stephan Baldus
 Prof. Dr. med. Karl Werdan
DGP (Pneumologie):
 Prof. Dr. med. Berthold Jany
 Anja Flender M.A.
DGP (Palliativmedizin):
 PD Dr. med. Bernd Alt-Epping
DGRh:
 Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
 Dr. med. Julia Rautenstrauch
DGVS:
 PD Dr. med. Petra Lynen-Jansen
 Prof. Dr. med. Herbert Koop
Patientenvertretung:
 Renate Pfeifer

Internist 2016 · 57:521–526 DOI 10.1007/s00108-016-0062-6
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

G. Hasenfuß · E. Märker-Hermann · M. Hallek · U. R. Fölsch
Klug entscheiden in der Inneren Medizin

Zusammenfassung

„Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zur Stärkung der Indikationsqualität. Zusammen mit zwölf internistischen Schwerpunkten bzw. assoziierten Fachgesellschaften werden basierend auf wissenschaftlicher Evidenz Aspekte der Fehlversorgung identifiziert und formuliert. Die Formulierungen werden von einer interdisziplinären Konsensuskonferenz überarbeitet und verabschiedet. Adressiert werden einerseits diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die trotz eines wissenschaftlichen Nutznachweises zu selten durchgeführt werden, andererseits solche, die durchgeführt werden, obwohl

klar belegt ist, dass die Maßnahmen keinen Nutzen haben oder sogar schädlich sind. Die resultierenden Positiv- bzw. Negativempfehlungen sollen Ärzte bei der Indikationsstellung unterstützen. Die Zweckmäßigkeit der Klug-entscheiden-Initiative wird durch eine Umfrage unter Beteiligung von 4200 Mitgliedern der DGIM bestätigt.

Schlüsselwörter

Qualität der Gesundheitsversorgung · Indikationsqualität · Qualitätssicherung · Umfrage · Konsensus

Choosing wisely in internal medicine

Abstract

„Choosing wisely – DGIM“ is an initiative of the German Society of Internal Medicine (DGIM) to strengthen the quality of diagnostics and indications for therapy. Aspects of inappropriate patient care are identified based on scientific evidence in collaboration with 12 internal medicine and associated societies. Identified aspects are reviewed and endorsed by an interdisciplinary consensus committee. Addressed are those diagnostic and therapeutic measures which are rarely used despite scientific evidence of their usefulness and those which are

frequently used although clear evidence exists that the measures are not useful or even harmful. The resulting positive or negative recommendations are intended to support physicians in the assessment of indications. The relevance of the „Choosing wisely – DGIM“ initiative is confirmed by a survey involving 4200 members of DGIM.

Keywords

Healthcare quality · Indication quality · Quality control · Survey · Consensus

Überversorgung

Ein Anteil von 85 % sieht die Überversorgung als relevantes Problem in unserem Versorgungssystem an. Von den Befragten gaben 87 % an, dass Überversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens einmal pro Woche vorkomme, 25,9 % gaben eine Häufigkeit von 1- bis 10-mal täglich an (Abb. 3). Als potenzielle Folgen der Überversorgung wurden am häufigsten eine Steigerung der Gesundheitsausgaben, eine potenzielle Verunsicherung der Patienten oder sogar ein potenzieller Schaden angeführt.

Mehrfachnennungen waren möglich. Befragt nach den Bereichen der Überversorgung wurden ganz eindeutig am häufigsten die Bildgebung (84 %) und Labor-diagnostik (79 %) angegeben, gefolgt von der apparativen bzw. technischen Therapie (56 %).

» Fast jeder Zweite sieht die Unkenntnis der Leitlinien als Grund für Überversorgung

Schließlich wurden die Mitglieder nach den mutmaßlichen Gründen für überflüssige Leistungen gefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Hier gaben 79 % der Befragten die Sorge vor Behandlungsfehlern an, 63 % ein An-

spruchsverhalten der Patienten (Druck der Patienten) und 49 % die Erzielung zusätzlicher Erlöse. Immerhin 44 % der Befragten sehen eine Unkenntnis der Leitlinien als ausschlaggebenden Grund für eine Überversorgung. Schließlich nannten 42 % fehlende Zeit für den Patienten als Begründung für eine Überversorgung (Abb. 4). Auf die Frage, durch welche Maßnahmen Überversorgung in der internistischen Praxis am effektivsten reduziert werden könne, antworten 71 % mit regelmäßiger Fortbildung, 48 % mit der Publikation der Klug-entscheiden-Empfehlungen. Lediglich 16 % sehen eine Lösungsmöglichkeit in entsprechenden gesetzgeberischen Kontrollen.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Schwerpunkt: Klug entscheiden

Unter Mitwirkung von:



Unterstützende Institutionen der Initiative Klug entscheiden:



Abb. 1 ▲ Fachgesellschaften und unterstützende Institutionen der Initiative „Klug entscheiden“

Negativempfehlung: Diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig durchgeführt wird, obwohl sie wissenschaftlich nachweislich nicht nutzbringend ist
Positivempfehlung: Diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig unterlassen wird, obwohl deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist.

Abb. 2 ▲ Klug-entscheiden-Empfehlungen erfüllen die Kriterien des AWMF-Manuals [4]

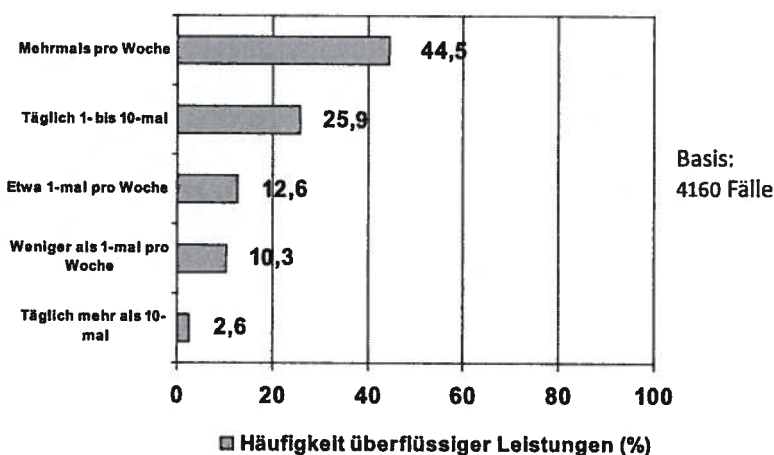


Abb. 3 ▲ Häufigkeit der Überversorgung gemäß Mitgliederbefragung. „Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor?“

Unterversorgung

Im Gegensatz zur Überversorgung wird Unterversorgung seltener als Problem eingeschätzt. So geben 50 % der Befragten an, dass weniger als einmal pro Woche indizierte diagnostische und therapeutische Leistungen im Zuständigkeitsbereich nicht durchgeführt würden. Entsprechend wird die Problemrelevanz geringer eingeschätzt. Dennoch ist die Mehrzahl der Befragten der Meinung, dass die Unterversorgung durch unvollständige Kenntnis der Leitlinie verursacht sei. Dies sei in erster Linie auf die Komplexität, Heterogenität und den Umfang der Leitlinien zurückzuführen, weniger darauf, dass die Ärzte sich nicht mit den Leitlinien auseinandersetzen.

Aktueller Stand der Klug-entscheiden-Initiative

Die oben aufgeführten Schwerpunkte bzw. assoziierten Fachgesellschaften haben jeweils fünf Positiv- und fünf Negativempfehlungen entwickelt. Bis Ende 2015 wurden sie nach Revision von der DGIM-Konsensuskommission verabschiedet. Publiziert sind die Klug-

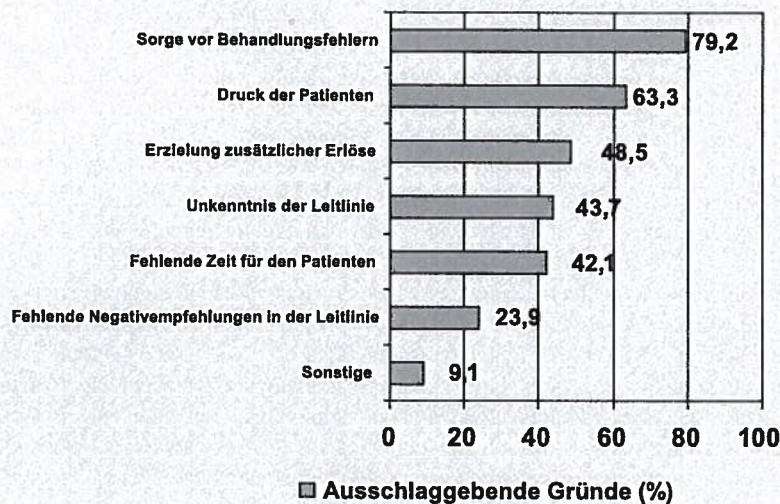


Abb. 4 ▲ Ausschlaggebende Gründe für überflüssige Leistungen gemäß Mitgliederbefragung. „Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend?“ (Mehrfachnennungen möglich)

entscheiden-Empfehlungen im *Deutschen Ärzteblatt* [6].

In der vorliegenden Ausgabe von *Der Internist* erfolgt eine Zusammenfassung der Klug-entscheiden-Empfehlungen zu den Themen Infektiologie und Endokrinologie, wobei die gesamte Innere Medizin einbezogen ist. Außerdem werden in einem Beitrag diejenigen internistischen Empfehlungen zusammengefasst, die ganz besonders für die direkte Diskussion mit unseren Patienten geeignet erscheinen.

Diskussion

Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM ist als Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Indikationsqualität zu verstehen, obwohl die ersten 120 Empfehlungen nur ein kleines Segment des internistischen Indikationsspektrums ansprechen. Darüber hinaus erhofft sich die DGIM auch eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Ärzte für das Thema Indikationsqualität. Diese ist für die DGIM von höchster Priorität, da sich die Politik aktuell auf die Ergebnisqualität fokussiert. Ohne Zweifel ist es unser aller Ziel, mit medizinischen Maßnahmen ein gutes Ergebnis für unsere Patienten zu erreichen. Ohne Zweifel kann man jedoch auch dann nur von einem guten

Ergebnis sprechen, wenn die Indikation für die ergriffene Maßnahme richtig war.

Gerade in Zeiten eines hohen ökonomischen Drucks auf die Leistungserbringer im Gesundheitssystem muss es uns ein besonderes Anliegen sein, dass ausschließlich die Notwendigkeit einer Maßnahme und nicht etwa der erzielbare Erlös bei der Indikationsstellung eine Rolle spielt. Auch dem von Medien, Kostenträgern und Politik nicht selten an die Mediziner adressierten Vorwurf, in Deutschland würden zu viele Operationen oder Interventionen durchgeführt, kann nur dadurch Rechnung getragen werden, dass die korrekte Indikationsstellung mehr Beachtung findet.

» Nur die Notwendigkeit einer Maßnahme darf bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen

Ein wesentliches Qualitätskennzeichen der Klug-entscheiden-Initiative der DGIM ist der Entstehungsprozess in Form des Peer-Review-Verfahrens und der Konsentierung durch alle Schwerpunkte der Inneren Medizin. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Über- oder Unterversorgung ist nur in wenigen Fällen eine

Datenbasis vorhanden, sodass hier die Einschätzung der Fallzahlen durch die Schwerpunkte und die Konsensuskommission entscheidend ist. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Evidenz der Über- und Unterversorgung ist in der Regel gefordert, dass eine adäquate Publikation vorliegt. Nur im Ausnahmefall können auch Expertenmeinungen aus hochrangigen Leitlinien berücksichtigt werden. Diese Ausnahmefälle sind erforderlich, um Fächer wie die Geriatrie und Palliativmedizin einzubeziehen, wo häufig keine Studien vorliegen. Und gerade in der Palliativmedizin und Geriatrie wollen wir auf Klug-entscheiden-Empfehlungen nicht verzichten.

Diskussionswürdig ist die Einschätzung der DGIM-Mitglieder, dass ein Grund für die Überversorgung die Unkenntnis der Leitlinien aufgrund deren Umfang und Komplexität sei. Hier muss intensiv über innovative Wege der Wissensvermittlung nachgedacht werden. Nachdenklich stimmt auch, dass über 40 % der Ärzte fehlende Zeit für den Patienten und über 60 % die Anspruchshaltung der Patienten angeben. Es bleibt zu hoffen, dass die Klug-entscheiden-Initiative auch dafür sensibilisiert, dass nicht immer alles gemacht werden muss, was auch gemacht werden kann. Klug-entscheiden-Empfehlungen können auch in der Arzt-Patienten-Interaktion dazu beitragen, den Patienten die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen verständlich zu machen.

Fazit

- In einer Onlinebefragung von DGIM-Mitgliedern sahen 85 % die Überversorgung als relevantes Problem in unserem Versorgungssystem an. Die Unterversorgung wurde seltener als Problem eingeschätzt.
- Viele Befragte begründen die Überwie auch die Unterversorgung mit Unkenntnis der Leitlinien. Hier muss intensiv über innovative Wege der Wissensvermittlung nachgedacht werden.
- Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM ist als Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Indikationsqualität zu verstehen. Die DGIM erhofft sich

darüber hinaus eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Ärzte für das Thema.

- Klug-entscheiden-Empfehlungen können auch in der Arzt-Patienten-Interaktion dazu beitragen, den Patienten die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen verständlich zu machen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Hasenfuß

Klinik für Kardiologie und Pneumologie,
Herzzentrum, Universitätsmedizin Göttingen,
Georg-August-Universität
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen,
Deutschland
hasenfus@med.uni-goettingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Hasenfuß, E. Märker-Hermann, M. Hallek und U.R. Fölsch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S (2015) Update on medical overuse. *JAMA Intern Med* 175:120–124
2. Wolfson D, Santana J, Slass L (2014) Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med* 89:990–995. <http://www.choosingwisely.org>
3. Ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) AWMF-Manual 2015. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1.0-Konsultationsfassung.pdf
4. Fölsch UR et al (2016) „Klug entscheiden“ Mitgliederbefragung. *Deutsches Ärzteblatt* 113:604–607
5. Hasenfuß G et al (2016) Initiative „Klug entscheiden“. *Deutsches Ärzteblatt* 113:600–603

Der ältere Patient im Krankenhaus

Ein Delir ist immer eine lebensbedrohliche Komplikation

Zu den häufigsten Komplikationen älterer Patienten im Krankenhaus gehört das Delir, welches die Prognose wesentlich verschlechtert. Ursachen sind die Multimorbidität und die Polypharmazie. Wichtig ist die Prävention im interdisziplinären Team.



Unter einem Delir versteht man eine Bewusstseinsstörung, deren Leitsymptom die Aufmerksamkeitsstörung ist. Dazu kommen eine Veränderung der ko-

gnitiven Funktionen, die nicht durch eine vorbestehende Demenz erklärt wird, psychomotorische bzw. affektive Störungen und solche des Schlaf-Wach-Rhythmus. „Die Symptomatik entwickelt sich typischerweise in kurzer Zeit, fluktuiert im Tagesverlauf und klingt innerhalb von sechs Monaten wieder ab“, erläuterte Dr. Ralf Sultzer, Leipzig. Im klinischen Alltag werde ein Delir aber häufig übersehen bzw. die Symptome als demenzbedingt fehlinterpretiert. Mit dem „Confusion Assessment Method“ gelinge jedoch eine zuverlässige Diagnosestellung.

Von prognostischer Relevanz

Das Delir ist kein harmloses Durchgangssyndrom. Vielmehr habe es nach Meinung von Sultzer eine große prognostische Relevanz. Es verlängere den Krankenhausaufenthalt, führe häufig zur Einweisung in ein Pflegeheim und zu Behandlungskomplikationen wie Inkontinenz, Stürzen und Dekubitus. Die Mortalität ist um fast das zweifache erhöht. In einer Studie entwickelten 85% der deliranten Patienten nach einer Hüft-TEP eine Demenz oder verstarben. Und zwei Drittel müssen innerhalb eines Monats erneut stationär aufgenommen werden. „Das Hauptproblem ist der rasche kognitive Abbau bei diesen Patienten, der fast doppelt so schnell verläuft wie bei Patienten ohne Delir“, so Sultzer. Angesichts dieser schlechten Prognose sei es wichtig, alles zu tun, um diese Komplikation zu verhindern.

Medikamente sind häufig der Auslöser

Einer der wichtigsten Auslöser eines Delirs sind Medikamente, und zwar sowohl neu ange-setzte als auch weggelassene; denn nicht wenige ältere Patienten werden heute über lange Zeit mit psychotropen Substanzen behandelt. So kann sich eine Gewöhnung gegenüber Schlafmittel oder Benzodiazepinen entwickeln. „Daran sollte man zunächst immer denken und deshalb eine genaue Medika-

mentenanamnese erheben und auch auf etwaige Dosisänderungen achten“, so Sultzer. Besonders gefährlich im Hinblick auf ein Delir sind Medikamente, die eine anticholinerge Wirkkomponente haben. Das betrifft viele Medikamentengruppen, nämlich Antihistaminika, Parkinson-Mittel, Spasmolytika, Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antihypertensiva, Antibiotika, Kortikoide, Opioide, Antikonvulsiva und Urologika. Differentialdiagnostisch muss immer an zerebrale Krampfanfälle gedacht werden, so dass im Zweifelsfall ein EEG abgeleitet werden sollte.

Cholinerges Defizit

Weitere auslösende Faktoren sind Operationen, Traumen, Schlafmangel, Fieber zw. Infektionen, Flüssigkeitsmangel bzw. Malnutrition, Stress und Schmerz. Alle diese Faktoren führen letztendlich zu einer sympathischen Aktivierung, einem Kortisolanstieg und einer Stimulation des Immunsystems mit vermehrter Bildung zerebraler Zytokine. Daraus resultiert eine cholinerg-dopaminerge Dysbalance, also ein cholinerges Defizit. „Mehrere sich potenzierende Ursachen haben eine gemeinsame Endstrecke, nämlich das Delir im Sinne einer Hirninsuffizienz“, so Sultzer. Die zerebrale Vulnerabilität bzgl. des cholinergen Defizits sei auch genetisch determiniert, steige mit dem Alter an und werde zusätzlich durch vaskuläre bzw. degenerative Veränderungen und Amyloidablagerungen verstärkt. „Prädisposition und Auslösefaktoren zusammen führen zum Delir“, so Sultzer.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Deshalb ist es wichtig, prädisponierende Faktoren wie Malnutrition, Schmerzen, Fieber oder anticholinerge Medikamente zunächst auszuschalten. Auch sollten Maßnahmen ergriffen werden, die Komplikationen verhindern. Dau gehören Aktivierung und Mobilisierung, Vermeiden von Katheter und Fixierung und der Erhalt von Routinen. Die Indikation für Sedativa bzw. Psychotropika sollte gezielt gestellt werden nach dem Prinzip „start low, go slow“. Wichtig sind eine Schlafförderung mit Pipamperon, Melperon oder Zopiclon und eine suffiziente Schmerztherapie. Bei Bedarf empfiehlt sich bei älteren multimorbiden Patienten Haloperidol in einer Dosierung von 0,5 bis 1 mg 2- bis 4-mal täglich. Alternativen sind Risperidon (0,25 bis 1 mg 2-mal täglich) oder Lorazepam (0,5 bis 1 mg 3-mal täglich). Beim Alkoholentzug sind Diazepam plus Carbamazepin die Mittel der Wahl.

Dr. Peter Stiefelhagen, Hachenburg

Quelle: Interprofessioneller Gesundheitskongress, 8.4.2016 in Dresden; Veranstalter: Springer Medizin Verlag

Kanton Basel



Appellationsgericht des Kantons Basel-Stadt als Verwaltungsgericht

Dreiergericht

VD.2017.21

URTEIL

vom 6. Juli 2017

Mitwirkende

Dr. Stephan Wullschleger, lic. iur. André Equey, Dr. C. Spenlé
und Gerichtsschreiberin Dr. Patrizia Schmid Cech

Beteiligte

Dr. med. A___

Rekurrentin

[...]

vertreten durch [...], Advokat

[...]

gegen

Kantonsärztlicher Dienst

Rekursgegner

St. Alban-Vorstadt 19, 4001 Basel

Gegenstand

Rekurs gegen einen Entscheid des Gesundheitsdepartements

vom 1. November 2016

betreffend Tätigkeit im Rahmen der 90-Tage-Regelung (Art. 35 Abs. 2 MedBG)

Sachverhalt

Mit Verfügung vom 27. Juni 2016 gestattete der kantonsärztliche Dienst Basel-Stadt Dr. med. A___ (Rekurrentin) auf Gesuch hin, während längstens 90 Tagen

pro Kalenderjahr im Kanton Basel-Stadt selbständig ärztlich tätig zu sein, mit der Auflage, dass die geltenden Landesregeln zur Suizidbeihilfe gemäss Landesordnung der FMH eingehalten würden (Ziff. 1 der Verfügung). Weiter wurde die Rekurrentin unter Ziff. 2 der Verfügung aufgefordert, die Aufnahme der 90-Tage-Tätigkeit im Kanton Basel-Stadt den Medizinischen Diensten mit entsprechendem Formular vorgängig zu melden. Zudem wurde festgehalten, dass die Verfügung der Wettbewerbskommission (WEKO) in Kopie zuzustellen sei. Gegen diese Verfügung erhob die Rekurrentin mit Schreiben vom 11. Juni 2016 Rekurs beim Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, welchen dieses mit Entscheid vom 1. November 2016 abwies.

Dagegen liess die Rekurrentin am 14. November 2016 beim Verwaltungsgericht Rekurs anmelden und mit Eingabe vom 16. Januar 2017 begründen. Mit Eingabe vom 20. Februar 2017 hat die Vorinstanz auf eine Rekursantwort verzichtet und auf ihren Entscheid verwiesen. Mit Verfügung vom 22. Februar 2017 wurde dies der Rekurrentin zur Kenntnis gebracht. Weiter wurde ihr mitgeteilt, es sei vorgesehen, aufgrund der vorliegenden Eingaben sowie der Akten des Verwaltungsverfahrens und des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens zu entscheiden, falls sie nicht innert Frist eine mündliche Verhandlung verlangen sollte.

Mit Eingabe vom 7. März 2017 teilte der Vertreter der Rekurrentin mit, dass seine Mandantin auf eine mündliche Verhandlung verzichte. Mit Verfügung vom 9. März 2017 wurde dies der Vorinstanz zur Kenntnis mitgeteilt.

Der vorliegende Entscheid ist auf dem Zirkulationsweg ergangen.

Erwägungen

1.

1.1 Das Präsidialdepartement hat den an den Regierungsrat gerichteten Rekurs ohne eigenen Entscheid an das Verwaltungsgericht überwiesen, womit gemäss § 42 des Organisationsgesetzes (OG, SG 153.100) in Verbindung mit § 12 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRPG, SG 270.100) die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts als Dreiergericht gegeben ist (§ 92 Abs. 1 Ziff. 11 i.V.m. 99 des Gerichtsorganisationsgesetzes [GOG, SG 154.100]). Für das Verfahren gelten die Bestimmungen des VRPG. Als Adressatin des angefochtenen Entscheides ist die Rekurrentin von diesem unmittelbar berührt und hat ein schutzwürdiges

Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Somit ist sie zum Rekurs legitimiert (§ 13 Abs. 1 VRPG). Auf den rechtzeitig eingereichten Rekurs ist grundsätzlich einzutreten.

1.2 Die Kognition des Verwaltungsgerichts richtet sich nach der allgemeinen Bestimmung von § 8 VRPG. Demnach prüft das Gericht insbesondere, ob die Vorinstanz das öffentliche Recht nicht oder nicht richtig angewandt, den Sachverhalt unrichtig festgestellt, wesentliche Form- oder Verfahrensvorschriften verletzt oder von dem ihr zustehenden Ermessen einen unzulässigen Gebrauch gemacht hat.

1.3 Streitgegenstand ist das in der angefochtenen Verfügung geregelte oder zu regelnde Rechtsverhältnis, soweit es im Rekursverfahren noch im Streit liegt (Wullschlegler/Schröder, Praktische Fragen des Verwaltungsprozesses im Kanton Basel-Stadt, in: BJM 2005 S. 277 ff., 285). Dieser darf sich im Laufe des Rechtsmittelzuges nicht erweitern, sondern höchstens verengen und um nicht mehr streitige Punkte reduzieren (Stamm, Die Verwaltungsgerichtsbarkeit, in: Buser [Hrsg.], Neues Handbuch des Staats- und Verwaltungsrechts des Kantons Basel-Stadt, Basel 2008, S. 477 ff., 505). Dementsprechend bestimmt § 19 Abs. 1 VRPG, dass ein Antrag einer Rekurrentin unberücksichtigt bleibt, soweit er über die vor der letzten Verwaltungsinstanz gestellten Sachanträge hinausgeht.

1.4 Mit Rekursanmeldung vom 11. Juli 2016 beantragte die Rekurrentin der Vorinstanz, in Abänderung von Ziffer 1 der Verfügung vom 27. Juni 2016 sei ihr die selbständige ärztliche Tätigkeit im Kanton Basel-Stadt während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr ohne jede Auflage zu gestatten, unter ordentlicher und ausserordentlicher Kostenfolge. In der Begründung ihres Rekurses an die Vorinstanz vom 25. Juli 2016 erklärte die Rekurrentin, ihre Rekursanmeldung vom 11. Juli 2016 beschlage die Verfügung vom 27. Juni 2016 nicht integral, sondern lediglich in Bezug auf die Verbindung der Berufsausübungsbewilligung mit der Auflage der Standesordnung FMH. Soweit der Rekurrentin Auflagen gemacht würden, die nicht Teil ihrer ursprünglichen Berufsausübungsbewilligung seien, verstosse die Verfügung gegen Bundesrecht. Zusammenfassend sei die vorliegend angefochtene Auflage rechtswidrig und unter ordentlicher bzw. ausserordentlicher Kostenfolge aufzuheben (Rekursbegründung an die Vorinstanz vom 25. Juli 2016).

Damit focht die Rekurrentin vor der Vorinstanz nur die Auflage an, die ihr mit der Verfügung vom 27. Juni 2016 gemacht worden war. Folglich bilden nur diese und der Kostenentscheid der Vorinstanz Streitgegenstand des verwaltungsgerichtlichen Rekursverfahrens. Soweit die Rekurrentin mit ihrer Rekursbegründung vom 16. Januar 2017 darüber hinaus die vollumfängliche Aufhebung der Verfügung vom 27. Juni 2016 und des Rekursentscheids vom 1. November 2016 beantragt – mit der Begründung, eine Verfügung betreffend die Berufsausübung im Rahmen von Art. 35 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) sei mangels gesetzlicher Grundlage unzulässig –, ist deshalb auf ihren Rekurs nicht einzutreten.

2.

Gemäss der von der Vorinstanz bestätigten Verfügung des Kantonsärztlichen Dienstes vom 27. Juni 2016 wird der Rekurrentin die selbständige ärztliche Tätigkeit unter der Auflage, dass die geltenden Standesregeln zur Suizidbeihilfe gemäss Standesordnung der FMH eingehalten werden, bewilligt. Aus der Begründung der Verfügung vom 27. Juni 2016 und des Rekursentscheids vom 1. November 2016 ergibt sich, dass damit die Medizinisch-ethischen Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom 25. November 2004, 6. Aufl., Basel April 2014 (nachfolgend SAMW-Richtlinien) gemeint sind. Die Auflage wird von der erstinstanzlich verfügenden Behörde und der Vorinstanz damit begründet, dass die Rekurrentin gemäss ihren Angaben in der Basler Zeitung vom 11. Februar 2016 Suizidbeihilfe auch für nicht terminal kranke Personen geleistet habe und immer noch leiste. Gemäss den SAMW-Richtlinien setze die Suizidbeihilfe durch Ärztinnen und Ärzte jedoch voraus, dass die Erkrankung des Patienten die Annahme, dass das Lebensende nahe sei, rechtfertige. Da die SAMW-Richtlinien anerkannte medizinische Berufsregeln darstellten, sei unter diesen Umständen davon auszugehen, dass die Rekurrentin ihre Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG nicht einhalten könnte (vgl. vorinstanzlicher Entscheid Ziff. 26). Aus dieser Begründung ergibt sich, dass die Rekurrentin mit der angefochtenen Auflage verpflichtet wird, Suizidbeihilfe zu unterlassen, wenn nicht alle in der SAMW-Richtlinie statuierten Voraussetzungen – insbesondere das Erfordernis des nahen Lebensendes – erfüllt sind.

3.

Eine Auflage ist eine mit einer Verfügung verbundene zusätzliche Verpflichtung zu einem Tun, Dulden oder Unterlassen, die sich sachlich auf die Hauptregelung bezieht, sich jedoch nicht auf deren Rechtswirksamkeit auswirkt (Wiederkehr/Richli, Praxis des allgemeinen Verwaltungsrechts, Bd. I, Bern 2012, N 2502). Auflagen sind grundsätzlich nur zulässig, wenn sie sich auf eine gesetzliche Grundlage stützen, einem öffentlichen Interesse entsprechen, in einem hinreichend engen Sachzusammenhang zum anzuordnenden Entscheid stehen und verhältnismässig sind (Wiederkehr/Richli, a.a.O., N 2526). Die Auflage braucht jedoch nicht ausdrücklich in einem Rechtssatz vorgesehen zu sein. Es genügt, dass sie sich aus dem Gesetzeszweck ableiten lässt (Wiederkehr/Richli, a.a.O., N 2528 f.). Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit verlangt, dass die Auflage geeignet, erforderlich und zumutbar ist (Wiederkehr/Richli, a.a.O., N 2540). Voraussetzung einer Auflage ist demnach, dass diese mit der Bewilligung in einem sachlichen Zusammenhang steht und notwendig ist, um einen rechtmässigen Zustand zu sichern (Wiederkehr/Richli, a.a.O., N 2503).

4.

Gemäss Art. 41 Abs. 1 MedBG bezeichnet jeder Kanton eine Behörde, welche die Personen beaufsichtigt, die im betreffenden Kanton einen universitären Medizinalberuf selbständig ausüben. Diese Aufsichtsbehörde trifft gemäss Art. 41 Abs. 2 MedBG die für die Einhaltung der Berufspflichten nötigen Massnahmen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist im Kanton Basel-Stadt das Gesundheitsdepartement (§ 2 Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen [Bewilligungsverordnung; SG 310.120]). Soweit es zur Gewährleistung der Einhaltung der Berufspflichten erforderlich ist, kann die Aufsichtsbehörde des Kantons Basel-Stadt gestützt auf Art. 41 Abs. 2 MedBG Inhaber und Inhaberinnen einer ausserkantonalen Bewilligung für die Ausübung ihres universitären Medizinalberufs im Kanton Basel-Stadt Auflagen machen. Entgegen der Auffassung der Rekurrentin steht Art. 35 Abs. 2 MedBG solchen Auflagen nicht entgegen. Gemäss dieser Bestimmung dürfen Inhaberinnen einer kantonalen Bewilligung ihren Medizinalberuf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton selbständig ausüben, ohne eine

Bewilligung dieses Kantons einzuholen. Einschränkungen und Auflagen ihrer Bewilligung gelten auch für diese Tätigkeit. Diese Personen müssen sich bei der zuständigen kantonalen Stelle melden. Diese trägt die Meldung ins Register ein (Art. 35 Abs. 2 MedBG). Mit der Bindung an die in der Bewilligung allenfalls enthaltenen Auflagen und Einschränkungen soll die Umgehung von Auflagen und Einschränkungen durch die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in einem anderen Kanton verhindert werden (Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 3. Dezember 2004, BBl 2005 S. 173 ff. [nachfolgend Botschaft], 225 f.). Sie steht damit weiteren Auflagen und Einschränkungen für die Tätigkeit in diesem Kanton nicht entgegen. Zudem gäbe die Meldepflicht wenig Sinn, wenn die zuständige kantonale Stelle keine Massnahmen ergreifen dürfte, wenn sich solche zur Gewährleistung der Einhaltung der Berufspflichten als notwendig erweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 40 MedBG halten sich Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbständig ausüben, an die in lit. a bis h dieses Artikels genannten Berufspflichten. Gemäss Art. 40 lit. a MedBG üben sie ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft aus und halten sich an die Grenzen der Kompetenzen, die sie im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben haben. Dabei handelt es sich um eine Generalklausel, die der Auslegung bedarf (BGer 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 3.2; Fellmann, in: Ayer et al. [Hrsg.], MedBG Kommentar, Basel 2009, Art. 40 N 45). Die Pflicht zur sorgfältigen und gewissenhaften Berufsausübung beinhaltet das Vorgehen nach allgemein anerkannten Grundsätzen des medizinischen Berufs (Etter, Stämpfli Handkommentar MedBG, Bern 2006, Art. 40 N 4). Die Berufspflichten sind in Art. 40 MedBG einheitlich und abschliessend geregelt (Botschaft, S. 228; BGer 2C_1083/2012 vom 21. Februar 2013 E. 5.1; Etter, a.a.O., Art. 40 N 1; Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 10, 28 und 41). Die Kantone sind nicht befugt, weitere Berufspflichten zu schaffen (Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 41). Die Berufspflichten sind von den Standesregeln zu unterscheiden (Botschaft, S. 228). Diese werden durch Art. 40 lit. a MedBG nicht zu objektivem Recht erhoben (Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 28 und 50; Sprumont/Guinchard/Schorino, in: Ayer et al. [Hrsg.], MedBG Kommentar, Basel 2009, Art. 40 N 26; vgl. Etter, a.a.O., Art. 40 N 2). Die

Standesregeln können aber als Auslegungshilfe zur Präzisierung allgemein formulierter Berufspflichten herangezogen werden (vgl. Botschaft, S. 228; BGer 2C_1083/2012 vom 21. Februar 2013 E. 5.1, 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 3.4; Verwaltungsgericht des Kantons Zürich, VB.2009.00559 vom 11. März 2010 E. 4.4; Verwaltungsgericht des Kantons Aargau vom 28. Januar 2005 E. 4a.bb in: AGVE 2005 S. 307 ff., 316 ff.; Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 29; Sprumont/Guinchard/Schorno, a.a.O., Art. 40 N 26; a.M. Etter, a.a.O., Art. 40 N 2). Dementsprechend können die SAMW-Richtlinien als Auslegungshilfe berücksichtigt werden (vgl. Verwaltungsgericht des Kantons Zürich, VB.2009.00559 vom 11. März 2010 E. 4.4; Verwaltungsgericht des Kantons Aargau vom 28. Januar 2005 E. 4a.bb in: AGVE 2005 S. 307 ff., 316 ff.). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Standesregeln der Berufsverbände nicht immer im öffentlichen Interesse liegen. Ein Rückgriff auf diese zur Präzisierung einer allgemein gehaltenen Berufsregel des MedBG setzt deshalb voraus, dass die fragliche Standesregel nicht auf spezifische Interessen des Berufsstandes ausgerichtet ist, sondern die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung bezweckt (vgl. BGer 2C_901/2012 vom 30. Januar 2013 E. 3.4; Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 29 und 52). Sie muss das im öffentlichen Interesse Geforderte normieren und Ausdruck der herrschenden Sitte und der communis opinio der Medizinalpersonen mit universitärer Ausbildung sein (Fellmann, a.a.O., Art. 40 N 29). Zudem ist zu beachten, dass die abschliessende Aufzählung der Berufspflichten in Art. 40 MedBG durch die Standesregeln nicht ergänzt werden darf (BGer 2C_1083/2012 vom 21. Februar 2013 E. 5.1).

5.2 Indem die Vorinstanzen der Rekurrentin die Auflage gemacht haben, Suizid-beihilfe nur unter vollumfänglicher Einhaltung der SAMW-Richtlinien zu leisten, haben sie diese für die Rekurrentin integral für unmittelbar rechtlich verbindlich erklärt. Dies ist nur zulässig, wenn die SAMW-Richtlinien inhaltlich die Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG konkretisieren, ohne weitergehende Standespflichten zu begründen. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob eine Berufspflicht im Sinne von Art. 40 MedBG besteht, Suizidbeihilfe nur in Fällen zu leisten, in denen alle in der SAMW-Richtlinie statuierten Voraussetzungen – insbesondere auch diejenige des nahen Lebensendes – erfüllt sind.

5.3

5.3.1 Suizidbeihilfe (auch Suizidhilfe oder in der Terminologie des Schweizerischen Strafgesetzbuches [StGB; SR. 311.0] Beihilfe zum Selbstmord) liegt vor, wenn eine Drittperson zu einer tatherrschaftlichen und eigenverantwortlichen vorsätzlichen Selbsttötung einer sterbewilligen Person Hilfe leistet. Dies setzt voraus, dass die suizidale Person den letzten entscheidenden Handlungsschritt, der zum Tod führt, selber vornimmt und urteilsfähig ist (vgl. Eicker, Zur prozeduralen Rechtfertigung von Suizidbeihilfe im Strafrecht, in: AJP 2015 S. 591 ff., 591; Trechsel/Geth, in: Trechsel/Pieth [Hrsg.], StGB Praxiskommentar, 2. Aufl., Zürich 2013, Art. 115 N 2 f.; Schwarzenegger, in: Basler Kommentar, 3. Aufl., 2013, Art. 115 STGB N 8 und 10 f.). Die Suizidbeihilfe ist abzugrenzen von der Sterbehilfe, bei der die Tatherrschaft nicht bei der getöteten Person, sondern bei der Drittperson liegt (vgl. Eicker, a.a.O., S. 591; Schwarzenegger, a.a.O., vor Art. 111 StGB N 44; Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizid hält, in: Jusletter 13. September 2010, Rz 5 f.). Suizidbeihilfe ist nur dann strafbar, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt (Art. 115 StGB; BGE 142 I 195 E. 3.1 S. 198; Eicker, a.a.O., S. 591; Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 5).

5.3.2 Art. 4.1 der SAMW-Richtlinien bestimmt unter dem Titel „Beihilfe zum Suizid“, dass ein Arzt, der sich zu einer Beihilfe zum Suizid entschliesst, die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen trägt: Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist. Alternative Möglichkeiten der Hilfeleistung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss. Entsprechend der Definition des Geltungsbereichs der SAMW-Richtlinien in deren Art. 1 ist die Annahme, dass das Lebensende nahe ist, gemäss der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW vom 20. Januar 2012 (nachfolgend Stellungnahme ZEK 2012) gerechtfertigt, wenn der Arzt aufgrund klinischer Untersuchungen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt.

5.3.3 Bereits in der Präambel der SAMW-Richtlinien wird ausdrücklich festgehalten, dass „im Folgenden ausschliesslich auf die Situation sterbender Patienten Bezug genommen“ werde. Zudem bestimmt Art. 1 unter dem Titel Geltungsbereich, dass die Richtlinien die Betreuung von Patienten am Lebensende betreffen und damit Kranke gemeint sind, 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. Im Kommentar zu Art. 1 der SAMW-Richtlinien wird zudem festgehalten, Patienten am Lebensende seien insofern von Patienten mit unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheiten zu unterscheiden, als sich deren Verlauf über Monate oder Jahre erstrecken könne. Damit ist der Geltungsbereich der SAMW-Richtlinien ausdrücklich auf Patienten am Lebensende beschränkt. Die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die sich noch nicht am Lebensende befinden, wird damit von den SAMW-Richtlinien nicht geregelt und auch nicht untersagt. Vorbehalten bleiben selbstverständlich die allgemeinen strafrechtlichen Regelungen zur Suizidbeihilfe (s. dazu oben E. 5.3.1).

5.3.4 Gemäss der Stellungnahme ZEK 2012 begrenzen die SAMW-Richtlinien die Suizidhilfe auf einen definierten Zeitraum (Stellungnahme ZEK 2012 Ziff. 3). Dies könnte dahingehend verstanden werden, dass die Richtlinie nach Auffassung der ZEK ärztliche Suizidhilfe bei Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, ausschliesst. Dies ist jedoch offensichtlich nicht der Fall. Die Stellungnahme enthält vielmehr die folgenden weiteren Erwägungen: „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.“ Dies steht im Einklang zur mehrfach von der ZEK festgehaltenen Grundhaltung, wonach eine zunehmende Etablierung der Suizidhilfe in der Verantwortung der Gesellschaft als Ganzer liege und nicht an die Ärzteschaft delegiert werden dürfe. So hat sie festgehalten: „Offensichtlich bestehen in der Gesellschaft (auch bei der Ärzteschaft) unterschiedliche Auffassungen über die Bewertung bestimmter Lebenszustände und des Suizids. Die grundsätzliche Diskussion über diese umstrittene Frage ist unerlässlich.“ (Stellungnahme ZEK 2012 Ziff. 3). Damit geht auch die ZEK offenkundig davon aus, dass ärztliche Suizidhilfe für Personen, die

nicht am Lebensende stehen, durch Richtlinien der SAMW weder erlaubt noch verboten, sondern schlicht und einfach nicht geregelt wird. Dies wird durch die Angaben der SAMW zur aktuellen Überarbeitung der SAM-Richtlinien unmissverständlich bestätigt. Diesbezüglich wird festgehalten, es stehe bereits fest, dass sich der Geltungsbereich der überarbeiteten Richtlinien nicht nur auf Patienten und Patientinnen am Lebensende beschränken werde, sondern alle medizinischen Entscheidungen im Umgang mit Sterben und Tod thematisieren werde (<http://www.samw.ch/de/Ethik/Ethik-am-Lebensende/Richtlinien-Lebensende.html> [besucht am 20.03.2017]).

5.3.5 Art. 17 der Standesordnung der FMH vom 12. Dezember 1996 in der Fassung vom 28. April 2016 (nachfolgend Standesordnung FMH) regelt unter dem Titel „Ärztliche Betreuung sterbender und schwerstgeschädigter Patienten oder Patientinnen“, dass die passive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen erlaubt, die aktive Sterbehilfe mit der ärztlichen Ethik jedoch nicht vereinbar sei, und im Übrigen die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gälten. Unter dem Titel „Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ bestimmt Art. 18 der Standesordnung FMH unter anderem, dass bezüglich Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gelten.

Aus dem Umstand, dass in Art. 17 unter dem Titel ärztliche Betreuung sterbender und schwerstgeschädigter Patienten oder Patientinnen auf die SAMW-Richtlinien verwiesen wird, kann nicht geschlossen werden, deren Geltungsbereich würde auf nicht am Lebensende stehende Patienten ausgedehnt. Der integrale Verweis auf die SAMW-Richtlinien umfasst vielmehr auch die Umschreibung des Geltungsbereichs in deren Art. 1. Damit gelten die SAMW-Richtlinien auch als Bestandteil der Standesordnung FMH nur für Patienten am Lebensende.

5.3.6 Dass die SAMW-Richtlinien auf ärztliche Suizidhilfe für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, nicht anwendbar sind, hat auch das Strafgericht Basel-Stadt entschieden (Strafgericht Basel-Stadt ES.2011.210 vom 5. Juli 2012 E. 2, in: BJM 2013 S. 85 ff., 88). Schliesslich wird auch in der Literatur festgestellt, dass die SAMW-Richtlinien nur Fälle betreffen können, in denen das Lebensende

des Patienten nahe ist, und in der Schweiz für Fälle, in denen der Patient noch nicht am Lebensende steht, keine expliziten Richtlinien oder Standesregeln bestehen (vgl. Schaerz, Urteilsbesprechung POL.2011.256, in: AJP 2015 S. 1308 ff., 1321; Schwarzenegger, Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod, in: Jusletter 19. März 2007, Rz 31).

5.3.7 Da der Geltungsbereich der SAMW-Richtlinien auf Patienten am Lebensende beschränkt ist, sind diese zur Begründung einer Berufspflicht gemäss Art. 40 MedBG, Suizidhilfe in allen Fällen nur unter den in der SAMW-Richtlinie statuierten Voraussetzungen zu leisten, von vornherein nicht geeignet. Eine andere Begründung für eine derartige Berufspflicht wird von den Vorinstanzen nicht vorgebracht und ist auch nicht ersichtlich. Insbesondere besteht damit keine Grundlage für eine Berufspflicht, die es der Rekurrentin generell verbieten würde, auch Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, Suizidhilfe zu leisten. Damit gibt es keine Berufspflicht, deren Einhaltung mit der Auflage, Suizidhilfe zu unterlassen, wenn nicht alle Voraussetzungen gemäss der SAMW-Richtlinie erfüllt sind, gewährleistet werden könnte. Folglich fehlt es der angefochtenen Auflage an einer gesetzlichen Grundlage.

5.3.8 Der Umstand, dass die SAMW-Richtlinien nur Fälle regeln, in denen das Lebensende des Patienten nahe ist, und in der Schweiz für ärztliche Suizidhilfe zugunsten von Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, keine expliziten Richtlinien oder Standesregeln bestehen, bedeutet nicht, dass ärztliche Suizidhilfe in all diesen Fällen einen Verstoß gegen das Berufsrecht darstellen würde (vgl. Schwarzenegger, Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod, in: Jusletter 19. März 2007, Rz 31 und unten E. 5.4.6; a.M. offenbar Verwaltungsgericht des Kantons Aargau vom 28. Januar 2005 E. 4a.bb.bbb in: AGVE 2005 S. 307 ff., 318 allerdings ohne jede Auseinandersetzung mit dem Geltungsbereich der SAMW-Richtlinien).

5.4

5.4.1 Wenn man fälschlicherweise davon ausginge, die SAMW-Richtlinien gälten auch für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, würden sie die ärztliche Suizidhilfe für solche Personen ausschliessen. Dies entspräche aber nicht einer

herrschenden Sitte und communis opinio der Medizinalpersonen mit universitärer Ausbildung, wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt. Zudem diene eine Beschränkung der ärztlichen Suizidhilfe auf Patienten am Lebensende nicht der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern der Durchsetzung einer ethischen Haltung, die weder den neueren ethischen Stellungnahmen noch der Auffassung der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung entspricht (vgl. Schaerz, in: AJP 2015 S. 1308 ff., 1321 und Schaerz, Urteilsbesprechung ES.2011.210, in: AJP 2013 S. 942 ff., 951 sowie unten E. 5.4.8). Folglich dürften die SAMW-Richtlinien insoweit nicht zur Präzisierung der Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG herangezogen werden (a.M. offenbar das Verwaltungsgericht des Kantons Aargau in einem Entscheid vom 28. Januar 2005 E. 4a.bb.bbb in: AGVE 2005 S. 307 ff., 317 f. ohne Berücksichtigung des erst später ergangenen BGE 133 I 58).

5.4.2 Bereits in ihrer Stellungnahme 2012 hielt die ZEK betreffend ärztliche Suizidhilfe für nicht am Lebensende stehende Patienten fest, in der Gesellschaft und bei der Ärzteschaft bestünden unterschiedliche Auffassungen über die Bewertung bestimmter Lebenszustände und des Suizids, die grundsätzliche Diskussion über diese umstrittene Frage sei unerlässlich und eine zunehmende Etablierung der Suizidhilfe liege in der Verantwortung der Gesellschaft als Ganzer und dürfe nicht an die Ärzteschaft delegiert werden (Stellungnahme ZEK 2012 Ziff. 3).

5.4.3 Im Auftrag der SAMW verfassten Brauer/Bolliger/Strub eine Studie zur Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe (Brauer/Bolliger/Strub, Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe, Zürich 30. September 2014 [nachfolgend Studie]). Bei einer quantitativen Untersuchung mittels schriftlicher Befragung, an der sich 1'318 Ärztinnen und Ärzte beteiligten (vgl. dazu Studie, S. 45 – 48), fanden rund zwei Drittel der Antwortenden ärztliche Suizidhilfe auch in anderen Situationen als am Lebensende grundsätzlich vertretbar. Insbesondere erachteten rund 60 % der Teilnehmenden ärztliche Suizidhilfe für an einer schweren somatischen Erkrankung leidende Patienten auch dann als grundsätzlich vertretbar, wenn sie nicht am Lebensende stehen (Studie S. 6, 72, 78 f., 81). Allerdings beantworteten rund drei Viertel der Teilnehmenden die Frage, ob die Voraussetzung gemäss den SAMW-

Richtlinien, dass die Erkrankung die Annahme rechtfertige, dass das Lebensende nahe ist, weiterhin gelten sollte, mit ja oder eher ja. Rund ein Fünftel der Teilnehmenden beantwortete die Frage mit nein oder eher nein (Studie S. 6, 95 f.). Die Diskrepanz zwischen den Antworten zur Vertretbarkeit der Suizidhilfe in einzelnen Situationen und der Einschätzung der standesrechtlichen Voraussetzungen lässt sich gemäss den Autoren der Studie möglicherweise damit erklären, dass ein Teil der grundsätzlichen Befürworter ärztlicher Suizidhilfe auch für Personen, die nicht am Lebensende stehen, die Weitergeltung des Kriteriums des Lebensendes als Kompromiss befürwortet haben, weil sie sonst eine Verschärfung der Voraussetzungen der ärztlichen Suizidhilfe oder deren schrankenlose Zulässigkeit befürchten (vgl. Studie S. 97 – 100, 112). Bei einer qualitativen Untersuchung mittels Leitfadeninterviews mit zwölf Ärztinnen und Ärzten wurde das Kriterium des Lebensendes bzw. der Todesnähe stark kritisiert und von elf interviewten Personen für nicht zwingend erachtet (Studie S. 27, 29, 35 f.). Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse wurde empfohlen, das Kriterium des Lebensendes als notwendige Bedingung für die Suizidhilfe innerhalb der SAMW eingehend zu diskutieren (Studie S. 114).

5.4.4 Die SAMW-Richtlinien werden derzeit von einer Subkommission überarbeitet (<http://www.samw.ch/de/Ethik/Ethik-am-Lebensende/Richtlinien-Lebensende.html> [besucht am 20.03.2017]). Dies deutet darauf hin, dass sie nicht mehr Ausdruck einer aktuellen communis opinio darstellen.

5.4.5 Eine Beschränkung der ärztlichen Suizidhilfe auf Personen am Lebensende entspricht auch nicht der in der Schweiz gelebten Realität (Schaerz, in: AJP 2015 S. 1308 ff., 1323). In der Schweiz werden jährlich rund 400 assistierte Suizide durchgeführt. Fast immer übernimmt dabei eine Ärztin oder ein Arzt eine entscheidende Mitverantwortung, indem sie oder er tödliches Natrium-Pentobarbital verschreibt. Mindestens bei einem Viertel der Suizidhilfen in der Schweiz liegt keine zum Tod führende Krankheit vor, Tendenz steigend (Bosshard/Hurst, Suizidbeihilfe: Der Bund ist gefordert, in: SAMWbulletin 1/2010 S. 1 ff., 1 f.).

5.4.6 Gemäss Art. 26 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21) müssen bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden (vgl. dazu BGE 133 I 58 E. 4.1.2 S. 61). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann im Rahmen der anerkannten medizinischen Berufsregeln ein ärztliches Rezept für die Abgabe von Natrium-Pentobarbital zum Zweck des Suizids ausgestellt werden, falls im Einzelfall die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 133 I 58 E. 6.3.4 S. 74). Diesbezüglich hat das Bundesgericht festgestellt, dass nach neueren ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen eine allfällige Verschreibung von Natrium-Pentobarbital auch dann nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen ist, wenn eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ein Leiden begründet, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt. Es hat erwogen, auch wenn dabei äusserste Zurückhaltung geboten sei, gelte es einen Sterbewunsch, der auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruhe (sog. „Bilanzsuizid“), gegebenenfalls zu respektieren. Basiere der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, dürfe unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe geleistet werden (BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1 S. 74 f.).

Aus diesem Entscheid ergibt sich, dass ärztliche Suizidhilfe nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter gewissen Voraussetzungen auch dann mit den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den anerkannten medizinischen Berufsregeln vereinbar ist, wenn sich die sterbewillige Person nicht am Lebensende befindet. Falls die Standesordnung FMH und/oder die SAMW-Richtlinien die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, ausschliessen, könnte es sich dabei folglich nach der Praxis des Bundesgerichts zumindest insoweit nicht um anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft handeln und könnte zumindest insoweit keine Berufspflicht zur Befolgung der Standesordnung FMH und/oder der SAMW-Richtlinien bestehen. Auch das Strafgericht des Kantons Basel-Stadt hat entschieden, dass die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zum Zweck des

Suizids nicht generell auf Personen, deren Lebensende unmittelbar bevorsteht, beschränkt sei (Strafgericht des Kantons Basel-Stadt ES.2011.210 vom 5. Juli 2012 E. 2, in: BJM 2013 S. 85 ff., 88).

5.4.7 Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass es derzeit keinen allgemein anerkannten Grundsatz des medizinischen Berufs bzw. keine *communis opinio* der Medizinalpersonen mit universitären Ausbildung und damit auch keine Berufspflicht gemäss Art. 40 MedBG gibt, der bzw. die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, generell verbieten würde.

5.4.8 Art. 40 lit. a MedBG ist eine auslegungsbedürftige Generalklausel (vgl. oben E. 5.1). Eine solche ist grundrechtskonform, bzw. verfassungs- und völkerrechtskonform auszulegen (vgl. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl., Zürich 2016, N 194 f. und 198). Aus dem Recht auf Achtung des Privatlebens gemäss Art. 8 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) und dem Recht auf persönliche Freiheit gemäss Art. 10 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) ergibt sich ein Grundrecht jeder Person, über Art und Zeitpunkt der Beendigung ihres eigenen Lebens zu entscheide. Dies gilt zumindest dann, wenn die betreffende Person in der Lage ist, ihren entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln (BGE 142 I 195 E. 3.4 S. 202 f. = Pra 2017 Nr. 44 S. 415 ff., 133 I 58 E. 6.1 S. 66 f.). In diesem Sinne hat jede Person ein Freiheitsrecht auf den eigenen Tod (vgl. BGE 142 I 195 E. 3.4 S. 203 f., 133 I 58 E. 6.2.1 S. 67). Ein Grundrecht auf Suizidhilfe im Sinne einer positiven staatlichen Leistung gibt es dagegen nach der aktuellen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesgerichts nicht (BGE 142 I 195 E. 3.4 S. 203 f.). Ohne ärztliche Suizidhilfe bleibt das Recht, über den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, für die betroffene Person in vielen Fällen eine bloss theoretische Möglichkeit (vgl. BGE 142 I 195 E. 4 S. 205). Die EMRK garantiert aber nicht bloss theoretische oder illusorische Rechte, sondern solche, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten (BGE 133 I 58 E. 6.2.3 S. 69 f.). Damit verbietet auch die grundrechtskonforme Auslegung von Art. 40 MedBG eine Interpretation dieser Bestimmung, welche die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die noch nicht am

Lebensende stehen, generell ausschliesst und damit solchen Personen in vielen Fällen die Wahrnehmung ihres Freiheitsrechts auf den eigenen Tod faktisch verunmöglicht.

5.4.9 Schliesslich entspricht es auch keineswegs der in der Schweizer Bevölkerung vorherrschenden Auffassung, dass ärztliche Suizidhilfe auf Personen am Lebensende beschränkt werden sollte. Im Mai 2010 führte das Kriminologische Institut der Universität Zürich eine in Bezug auf die Schweizer Bevölkerung weitgehend repräsentative Befragung von 1'500 Personen durch (Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 13 f.). Dabei wurden die moralische Einschätzung und die Einstellung zur rechtlichen Regelung erfasst, indem die Teilnehmenden gebeten wurden, für sechs Fallbeispiele auf einer Skala von 1 (völlig falsch) bis 10 (völlig richtig) anzugeben, inwiefern sie die Handlungen der Ärzte oder Sterbehelfer als richtig oder falsch erachten und ob diese gesetzlich verboten oder erlaubt sein sollten (Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 15 f., 18, 20). Die mittleren Zustimmungswerte lagen auch in den Fällen der Suizidbeihilfe für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen (sterbewilliger Alzheimerpatient und polymorbider Hochbetagter), bei 5.9 und 6.7. Damit schätzten die Schweizerinnen und Schweizer das Handeln des Arztes auch in diesen Fällen mehrheitlich als moralisch richtig ein (Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 18). Eine klare Mehrheit (60 % und 70 %) war zudem der Ansicht, dass die Handlungen der Ärzte in diesen Fällen gesetzlich erlaubt sein sollten (Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 20). In einer repräsentativen Umfrage bei rund 1'000 Personen aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz im August 2014 befürworteten 68 % der Befragten Suizidhilfe für lebensmüde Hochbetagte (<http://www.blick.ch/news/schweiz/mehrheit-dafuer-suizidbeihilfe-bald-fuer-lebensmuede-alte-id3151918.html> [besucht am 21. März 2017]; Schaerz, in: AJP 2015 S. 1308 ff., 1321). Dieses Ergebnis steht allerdings im Widerspruch zum Ergebnis der Zürcher Studie aus dem Jahr 2010. Dabei wurde das Statement, Suizidbeihilfe von Sterbehilfeorganisationen solle auch bei alten Menschen, die kein körperliches Leiden haben, erlaubt sein, wenn sie nicht mehr leben wollten, aber noch bei klarem Verstand seien, mehrheitlich abgelehnt (Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Leanza, a.a.O., Rz 30, 33).

6.

6.1 Die Vorinstanz begründet die Pflicht zur Einhaltung der SAMW-Richtlinien auch damit, dass es sich dabei um Qualitätsvorschriften handle. Sie hat weiter erwogen, Personen mit einer Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung gemäss § 30 des Gesundheitsgesetzes (GesG; SG 300.100) verfügten gemäss § 23 Abs. 1 lit. a GesG über ein angemessenes Qualitätssicherungssystem und die Fachpersonen und Betriebe hätten gemäss § 26 Abs. 1 der Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung; SG 310.120) die Qualitätssicherungsvorschriften der jeweiligen Berufsgattung jederzeit einzuhalten (vor-instanzlicher Entscheid Ziff. 19).

6.2 Wie vorstehend eingehend dargelegt worden ist, gelten die SAMW-Richtlinien nur für Patienten am Lebensende und gibt es in der Schweiz keine expliziten Richtlinien oder Standesregeln, welche die ärztliche Suizidhilfe für noch nicht am Lebensende stehende Personen regeln (vgl. oben E. 5.3). Damit können die SAMW-Richtlinien von vornherein keine in allen Fällen der ärztlichen Suizidhilfe einzuhaltenden Qualitätssicherungsvorschriften darstellen. Zumindest wenn man fälschlicherweise davon ausginge, die SAMW-Richtlinien gälten auch für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, und schlossen damit ärztliche Suizidhilfe für solche Personen aus, könnten die SAMW-Richtlinien insoweit auch nicht als Qualitätssicherungsvorschriften betrachtet werden. Die Frage, ob Suizidhilfe nur Personen am Lebensende geleitet werden darf, beschlägt nicht die Qualität der ärztlichen Leistung. Schliesslich sind die Berufsregeln in Art. 40 MedBG bundesrechtlich abschliessend geregelt und kann das kantonale Recht deshalb unter dem Titel der Qualitätssicherung keine weitergehenden Berufspflichten statuieren (vgl. oben E. 5.1). Selbst wenn die Standesordnung FMH und/oder die SAMW-Richtlinien die ärztliche Suizidhilfe für Personen, die noch nicht am Lebensende stehen, ausschlossen, bestünde aber zumindest insoweit keine Berufspflicht gemäss Art. 40 MedBG zur Befolgung der Standesordnung FMH und/oder der SAMW-Richtlinien, wie vorstehend eingehend dargelegt worden ist (vgl. oben E. 5.4). Damit lässt sich die angefochtene Auflage auch nicht auf § 23 Abs. 1 lit. a GesG oder § 26 Abs. 1 Bewilligungsverordnung stützen.

7.

Die Erforderlichkeit der angefochtenen Auflage wird von den Vorinstanzen ausschliesslich damit begründet, dass die Rekurrentin ihre Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG verletzt habe, indem sie auch nicht i.S.d. SAMW-Richtlinien terminal kranken Personen Suizidhilfe geleistet habe, und die Gefahr bestehe, dass sie weitere derartige Pflichtverletzungen begehen könnte (vorinstanzlicher Entscheid Ziff. 26). Wie vorstehend eingehend dargelegt worden ist, begründet allein der Umstand, dass die Person, der ärztliche Suizidhilfe geleistet wird, noch nicht am Lebensende steht, keine Berufspflichtverletzung. Darüber hinausgehende Umstände, die eine Berufspflichtverletzung begründen könnten, werden von den Vorinstanzen nicht behauptet und sind auch nicht ersichtlich. Insbesondere gibt es auch keinen Grund zur Annahme, dass die Rekurrentin die übrigen in Art. 4.1 der SAMW-Richtlinien statuierten Voraussetzungen nicht eingehalten hätte oder in Zukunft nicht einhalten würde. Damit besteht keine Gefahr einer Berufspflichtverletzung. Eine Auflage ist folglich zur Gewährleistung des rechtmässigen Zustands nicht notwendig und deshalb unverhältnismässig. Die angefochtene Auflage ist deshalb vollumfänglich und ersatzlos aufzuheben.

8.

Der Rechtsvertreter der Rekurrentin macht für das erstinstanzliche Verfahren einen Zeitaufwand von 4.5 Stunden und für das zweitinstanzliche Verfahren einen solchen von 6.5 Stunden geltend, wobei aufgrund des Betreffs der Honorarnote („Rekursverfahren“) davon auszugehen ist, dass es sich beim erstinstanzlichen Verfahren um das Rekursverfahren vor der Vorinstanz handelt. Zudem werden Auslagen für Kopien, Porto und E-Mail von CHF 36.60 geltend gemacht (Honorarnote vom 16. Januar 2017). Auch wenn eine Detaillierung fehlt, erscheinen der geltend gemachte Zeitaufwand und die Auslagen ohne weiteres angemessen. Der Stundenansatz für die Parteientschädigung beträgt in verwaltungsrechtlichen Fällen jedoch praxisgemäss CHF 250.– und nicht, wie gemäss Honorarnote, CHF 300.– (statt vieler VGE VD.2016.162 vom 24. November 2016 E. 2.1 und VD.2016.110 vom 29. September 2016 E. 4.1).

Die Parteientschädigung für das verwaltungsinterne Rekursverfahren richtet sich nach dem Rahmen von § 13 Abs. 1 i.V.m. § 11 lit. a der Verordnung zum Gesetz über die Verwaltungsgebühren. (VGV; SG 153.810). Danach beträgt das

auszurichtende Honorar CHF 20.– bis CHF 850.–, in besonderen Fällen bis CHF 1'750.–. Das Verwaltungsgericht hat dazu erwogen, dass bei der Auslegung dieser aus dem Jahr 1993 stammenden Bestimmungen der Kostenentwicklung bei der Rechtsvertretung Rechnung zu tragen sei (VGE VD.2012.40 vom 23. November 2012, E. 4). Es hat insbesondere ausgeführt, dass es sich daher rechtfertige, den Begriff eines „besonderen Falles“ gemäss § 11 VGV mit Bezug auf die Vertretungskosten eher grosszügig auszulegen und bei der Bestimmung des „Streitwerts“, des „Umfangs der Streitsache“ oder „wesentlicher Vermögensinteressen“, welche gemäss § 13 Abs. 2 VGV den Entschädigungsrahmen nach Massgabe von § 12 Abs. 2 VGV erweiterten, keine hohen Anforderungen zu stellen (a.a.O.). Diese Praxis wurde seither in etlichen Entscheiden bestätigt und weiter konkretisiert (VGE VD.2012.104 vom 31. Januar 2013 E. 4.2, VD.2013.109 vom 11. Februar 2014 E. 3.1 f., VD.2014.38 vom 10. September 2014 E. 3.2.3, VD 2013.58 vom 7. April 2015 E. 2.3, VD. 2014.258 vom 15. Juli 2015 E.3.1). Vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Bedeutung der Sache und ihrer wirtschaftlichen und beruflichen Bedeutung für die Rekurrentin ist auf dieser Grundlage vorliegend ein solcher besonderer Fall anzunehmen, weshalb ein Entschädigungsrahmen bis CHF 1'750 besteht. Der Rekurrentin ist somit für das verwaltungsinterne Rekursverfahren auf der Grundlage des geltend gemachten Aufwands ihres Vertreters eine Parteientschädigung von CHF 1'125.– (4,5 Stunden à CHF 250.–) zuzüglich MWST zuzusprechen.

Für das verwaltungsgerichtliche Verfahren ist der Rekurrentin eine Parteientschädigung von CHF 1'661.60 (6,5 Stunden à CHF 250.– und Auslagen von CHF 36.60) zuzüglich MWST zuzusprechen.

Demgemäss erkennt das Verwaltungsgericht (Dreiergericht):

In teilweiser Gutheissung des Rekurses werden die der Rekurrentin gemachte Auflage, dass die geltenden Standesregeln zur Suizidbeihilfe gemäss Standesordnung der FMH eingehalten werden, und der Kostenentscheid der Vorinstanz aufgehoben.

Im Übrigen wird auf den Rekurs nicht eingetreten.

Für das verwaltungsgerichtliche Rekursverfahren werden keine Kosten erhoben. Die Vorinstanz hat der Rekurrentin für das verwaltungsinterne Rekursverfahren

eine Parteientschädigung von CHF 1'125.– zuzüglich 8 % MWST von CHF 90.– und für das verwaltungsgerichtliche Rekursverfahren eine Parteientschädigung von CHF 1'661.60 zuzüglich 8 % MWST von CHF 132.95 auszurichten.

Mitteilung an:

- Rekurrentin
- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Kantonsärztlicher Dienst Basel-Stadt

APPELLATIONSGERICHT BASEL-STADT

Die Gerichtsschreiberin

Dr. Patrizia Schmid Cech

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann unter den Voraussetzungen von Art. 82 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten** erhoben werden. Die Beschwerdeschrift ist fristgerecht dem Bundesgericht (1000 Lausanne 14) einzureichen. Für die Anforderungen an deren Inhalt wird auf Art. 42 BGG verwiesen. Über die Zulässigkeit des Rechtsmittels entscheidet das Bundesgericht. Ob an Stelle der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten ein anderes Rechtsmittel in Frage kommt (z.B. die subsidiäre Verfassungsbeschwerde an das Bundesgericht gemäss Art. 113 BGG), ergibt sich aus den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen. Wird sowohl Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten als auch Verfassungsbeschwerde erhoben, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen.