



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD

Ergänzungsbericht zum Bericht „Sterbehilfe und Palliativ- medizin – Handlungsbedarf für den Bund?“

Bern, Juli 2007



1. Ausgangslage und Auftrag

Der Bundesrat hat am 31. Mai 2006 den EJPD-Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ vom 24. April 2006 zur Kenntnis genommen und dem Parlament im Hinblick auf die Behandlung der Motion der Kommission für Rechtsfragen des Ständerates (RK-S) 03.3180 „Sterbehilfe und Palliativmedizin“ folgende Empfehlungen abgegeben:

- Im Bereich der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe ist auf den Erlass oder die Ergänzung von Gesetzesbestimmungen zu verzichten.
- Auf eine Änderung von Artikel 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord) ist zu verzichten.
- Auf eine umfassende Gesetzgebung auf Bundesebene über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen und den so genannten Sterbetourismus ist zu verzichten.¹

In der gleichen Sitzung wurde das EJPD beauftragt, zusammen mit dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) dem Bundesrat bis Ende 2006 ein Aussprachepapier zu unterbreiten über

- Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen bei der Suizidhilfe und Vorschläge über Einschränkungen der Verschreibung und Abgabe des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital (NAP) in letaler Dosis (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes) und
- die zur Förderung der Palliativmedizin (Palliative Care) getroffenen und geplanten Massnahmen.²

Das EJPD hat in enger Zusammenarbeit mit dem EDI diese noch offenen Fragen geprüft und legt dem Bundesrat das Ergebnis dieser Prüfung im Rahmen dieses Ergänzungsberichtes vor.

Die Frage einer Änderung des Betäubungsmittelrechts wird im Folgenden unter der Ziffer 2 behandelt. Unter der Ziffer 3 werden die zur Förderung der Palliativmedizin (Palliative Care) getroffenen und geplanten Massnahmen dargestellt.

2. Verhinderung von Missbräuchen bei der Suizidhilfe durch Einschränkung der Verschreibung und Abgabe des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital (NAP) in letaler Dosis (Änderung des Betäubungsmittelrechts)?

2.1 Ausgangslage

Im Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ wurde im Bereich Suizidhilfe und Sterbetourismus auf Bundesebene ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf verneint. Hingegen wurde darauf hingewiesen, dass auf kantonaler und kommunaler Ebene Missbräuche verhindert werden könnten durch konsequente Anwendung und Durch-

¹ BRB vom 31. Mai 2006 betreffend Mo RK-S 03.3180; Bericht des EJPD „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund“ – weiteres Vorgehen, Ziff. 4. Mit der Motion Stadler 07.3163 vom 22. März 2007 soll der Bundesrat nun dennoch beauftragt werden, eine gesetzliche Grundlage für die Aufsicht über die Sterbehilfeorganisationen zu schaffen. Der Ständerat hat am 21. Juni 2007 entgegen dem Antrag des Bundesrates Annahme der Motion beschlossen.

² BRB vom 31. Mai 2006 (Fn.1), Ziff. 5.



setzung des geltenden Rechts. Hierbei sind namentlich zu nennen die Strafbestimmungen zum Schutz des Lebens des schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0; Art. 111 ff.) von Seiten der Strafverfolgungsbehörden und das Gesundheitsrecht der Kantone und des Bundes von Seiten der für die Beaufsichtigung der involvierten Medizinalpersonen zuständigen Behörden³.

Zugleich wurde festgehalten, dass eine *Revision des Betäubungsmittelrechts* als *erwägenswert erscheine, um der heutigen Realität bei den von Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suizidhilfefällen* – für Suizidenten mit oder ohne Wohnsitz in der Schweiz – *direkt zu begegnen*⁴. Diese heutige Realität sieht kurz zusammengefasst folgendermassen aus: Ein Vertrauensarzt der Suizidhilfeorganisation verschreibt dem Suizidwilligen, nachdem er ihn untersucht hat, das Betäubungsmittel NAP in letaler Dosis. Die suizidwillige Person nimmt dieses Betäubungsmittel in der Folge ein (teilweise im Beisein eines Mitglieds der Suizidhilfeorganisation). 15 Gramm NAP wirken innerhalb von zwei bis fünf Minuten, führen zum vollständigen Koma und zur Lähmung des Atemzentrums und somit schliesslich zum Tod⁵.

Nachfolgend wird die geltende Rechtslage zur Verschreibung und Abgabe von NAP skizziert, und es werden die gesetzgeberischen Handlungsoptionen dargestellt und geprüft.

2.2 Geltende Rechtslage

2.2.1 Bundesgesetzliche Grundlagen

NAP ist ein abhängigkeiterzeugender psychotroper Stoff vom Wirkungstyp der Barbiturate. NAP unterliegt somit der Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes (vgl. Art. 1 Abs. 3 Bst. c des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951; BetmG; SR 812.121) und ist dementsprechend im Verzeichnis der Betäubungsmittel aufgeführt⁶. Diese Einteilung basiert auf der Liste III des internationalen Übereinkommens vom 21. Februar 1971⁷ über psychotrope Stoffe. Nach Artikel 9 Ziffer 1 dieses Übereinkommens können die Betäubungsmittel dieser Liste ärztlich verordnet werden, dürfen grundsätzlich aber nur gegen ärztliches Rezept geliefert oder abgegeben werden. Der Wirkstoff kann folglich als Arzneimittel verwendet werden, weshalb vorliegend zusätzlich die Heilmittelgesetzgebung zur Anwendung gelangt (Art. 2 Abs. 1^{bis} BetmG und Art. 2 Abs. 1 Bst. b des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000; HMG; SR 812.21⁸).

Der Verkehr mit Betäubungsmitteln bedarf nach dem Betäubungsmittelgesetz grundsätzlich einer Bewilligung des Kantons oder des Bundes. Von dieser Bewilligungspflicht sind einzig die Medizinalpersonen ausgenommen, denen der Umgang mit Betäubungsmitteln nach Massgabe der vorschriftsgemässen Berufsausübung gestattet ist (Art. 9 BetmG). Die Betäubungsmittel unterliegen einer Verschreibungspflicht durch die Ärzteschaft (Art. 10 BetmG). Diesbezüglich präzisiert Artikel 11 BetmG, dass Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen sind, wie dies nach den anerkannten Regeln der

³ Siehe Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ vom 24. April 2006 (nachfolgend: Sterbehilfe-Bericht 2006), Ziff. 6.3 und 6.5.2.

⁴ Sterbehilfe-Bericht 2006, Ziff. 6.4.3 und 6.5.3.

⁵ Siehe Sterbehilfe-Bericht 2006, Ziff. 6.1.2.

⁶ Vgl. Anhänge a und b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic vom 12. Dezember 1996 (SR 812.121.2).

⁷ SR 0.812.121.02; für die Schweiz in Kraft seit dem 21. Juli 1996.

⁸ Nach Art. 2 Abs. 1^{bis} BetmG, wonach die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes anwendbar sind, sofern das Heilmittelgesetz keine oder eine weniger weit gehende Regelung trifft.



medizinischen Wissenschaften notwendig ist. Weiter dürfen nach Artikel 43 Absatz 1 der Betäubungsmittelverordnung vom 29. Mai 1996 (BetmV; SR 812.121.1) Ärzte Betäubungsmittel nur für Personen verschreiben, die sie selber untersucht haben.

Das entsprechende Rezept hat normalerweise bestimmte Angaben zu enthalten, unter anderem die genaue Bezeichnung des Betäubungsmittels, seine Arzneiform und Dosierung, Menge und Gebrauchsanweisung (Art. 43 Abs. 2 BetmV). Weil hingegen NAP gemäss Anhang b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic (SR 812.121.2) ein von der Kontrolle teilweise ausgenommenes Betäubungsmittel ist, gilt diese Anforderung hier nicht (Art. 4 Abs. 1 lit. c BetmV). Das Betäubungsmittelgesetz verzichtet generell – mit Blick auf die zahlreichen Konstellationen im therapeutischen Alltag sowie den permanenten medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt – auf detailliertere Regeln zur Abgabe und Verschreibung der Substanzen durch die Ärzteschaft. Eine identische Konzeption weist übrigens auch das Heilmittelgesetz auf (Art. 24 und 26 HMG).

Bei der Abgabe des Betäubungsmittels durch den Apotheker hat dieser bei Verdacht auf Missbrauch die notwendigen Abklärungen mit dem verschreibenden Arzt oder der zuständigen kantonalen Behörde zu treffen (Art. 45 Abs. 5 BetmV).

Derzeit sind beim Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic keine Humanarzneimittel zugelassen, die den Wirkstoff NAP enthalten⁹. Der Arzt kann aber gemäss Artikel 9 Absatz 2 Bst. a HMG im Rahmen seiner Therapiefreiheit auch nicht zugelassene Arzneimittel (und Betäubungsmittel, vgl. Art. 2 Abs. 1 HMG) verschreiben (sog. Formula magistralis)¹⁰. Arzneimittel sind gemäss Legaldefinition Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten angepriesen werden (Art. 4 Abs. 1 Bst. a HMG). Der Umstand, dass der Wirkstoff NAP im vorliegenden Kontext nicht mit Blick auf die drei exemplarisch genannten Ziele, sondern in letaler Dosis zum Zwecke des Suizids zur Anwendung gelangen soll, steht der Qualifikation als Arzneimittel und somit auch der Anwendbarkeit der Formula magistralis nicht entgegen¹¹.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften einerseits und der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften andererseits (vgl. hierzu Ziffer 2.2.2) durch die praktizierende Ärzteschaft wird von den zuständigen kantonalen Aufsichtsbehörden überwacht. Bei Verletzungen dieser Pflichten, z.B. im Kontext der Verschreibung und der Abgabe von NAP, hat die Aufsichtsbehörde einzugreifen, was bis zum vollständigen oder teilweisen Entzug der Berufsausübungsbewilligung führen kann¹². Bei Verdacht auf strafbare Handlungen ist es Sache der kantonalen Strafverfolgungsbehörden, die entsprechenden Schritte einzuleiten.

⁹ Der Wirkstoff Pentobarbital bzw. Pentobarbital-Natrium ist von Swissmedic im Heilmittelbereich nur für die Verwendung als Tierarzneimittel (zu Anästhesie- und Euthanasiezwecken) zugelassen.

¹⁰ Demnach brauchen Arzneimittel keine Zulassung, die in einer öffentlichen Apotheke, in einer Spitalapotheke oder, in deren Auftrag, in einem anderen Betrieb, der über eine Herstellungsbewilligung verfügt, nach ärztlicher Verschreibung für eine bestimmte Person oder einen bestimmten Personenkreis oder für ein bestimmtes Tier oder einen bestimmten Tierbestand hergestellt werden.

¹¹ Vgl. auch die Botschaft zum Heilmittelgesetz vom 1. März 1999, welche den beispielhaften Charakter der Aufzählung betont und empfängnisverhütende Arzneimittel als ein konkretes Beispiel für ausserhalb dieser Anwendungsbereiche liegende Mittel erwähnt (BBl **1999** 3488).

¹² Vgl. hierzu auch die Artikel 38, 41 und 43 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (SR **811.11**; BBl **2006** 5753), welches gemäss BRB vom 28. Juni 2007 am 1. September 2007 in Kraft treten wird.



2.2.2 Standesrechtliche Grundlagen

Für die Interpretation der anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften sind insbesondere das Standesrecht (z.B. die Standesordnung der FMH¹³, und die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, SAMW) und dessen Bewertung durch die Behörden- und Gerichtspraxis heranzuziehen.

Die NAP-Verschreibung steht im Kontext der Suizidhilfe und der diesbezüglichen Rolle des Arztes. Die Standesordnung FMH regelt in Artikel 17 lediglich die (nicht erlaubte) aktive und die (unter bestimmten Bedingungen erlaubte) passive Sterbehilfe und verweist bezüglich Suizidhilfe auf die im Anhang 1 aufgeführten SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004)¹⁴. Nach Ziffer 4.1 derselben besteht im Fall eines dauerhaften Sterbewunsches eines Patienten für den behandelnden Arzt folgende Dilemmasituation: "Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zu leisten, ist als solche zu respektieren". Im Weiteren legen die Richtlinien drei Voraussetzungen fest, unter denen die Beihilfe zum Suizid standesrechtlich zulässig ist: (1) die Erkrankung des Patienten muss die Annahme rechtfertigen, dass das Lebensende nahe ist, (2) es müssen alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und wo gewünscht eingesetzt worden sein und (3) der Patient muss urteilsfähig sein, sein Wunsch muss wohlwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden sein, was von einer unabhängigen Drittperson, die nicht unbedingt ein Arzt zu sein braucht, zu überprüfen ist.

Wie das Bundesgericht in BGE 133 I 58 ff. festgestellt hat, kann somit im Rahmen der anerkannten medizinischen Berufsregeln ein ärztliches Rezept für die Abgabe von NAP in letaler Dosis ausgestellt werden, falls im Einzelfall die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind¹⁵.

Anlass zu Unsicherheiten ergibt sich aus der in den betreffenden Richtlinien genannten Formulierung, wonach "Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit" sei. Daraus könnte geschlossen werden, dass der Arzt bei der Suizidhilfe nicht in seiner beruflichen Funktion, sondern als Privatperson handelt, was einer Verschreibungskompetenz von Arznei- und Betäubungsmitteln entgegenstehen würde. Eine dahingehende Interpretation geht hingegen fehl: Mit dem zitierten Passus soll vielmehr zum Ausdruck gebracht werden, dass Suizidhilfe – selbst wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind – nicht eine Aktivität ist, zu welcher der Arzt standesrechtlich verpflichtet ist¹⁶. Es handelt sich mithin um eine freiwillige ärztliche Tätigkeit¹⁷.

¹³ Einsehbar unter der Homepage der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte): <http://www.fmh.ch>.

¹⁴ Einsehbar unter: http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Lebensende.pdf. Diese Richtlinie wurde in den Anhang der Standesordnung FMH per 4. September 2005 aufgenommen.

¹⁵ BGE 133 I 58, E. 6.3.4 mit Nachweisen.

¹⁶ Auch die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) hat dieselbe Differenzierung vorgenommen und Suizidhilfe nicht als Teil des ärztlichen Auftrags bezeichnet (siehe deren Stellungnahme 9/2005 "Beihilfe zum Suizid"; einsehbar unter: <http://www.nek-cne.ch>).

¹⁷ Der Arzt hat vielmehr ein grundrechtlich geschütztes Recht, die Verschreibung eines todbringenden Mittels zu verweigern. Siehe hierzu Sterbehilfe-Bericht 2006, S. 36 f., Fn. 83.



2.2.3 Zusammenfassung zur geltenden Rechtslage

Die Verschreibung und die Abgabe des Betäubungsmittels NAP in letaler Dosis sind im Rahmen der dargestellten Vorschriften des Betäubungs- und Heilmittelrechts und der Regelungen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften zulässig. Als wesentliche Voraussetzungen sind die Rezeptpflicht, die Pflicht des Arztes zur vorgängigen persönlichen und eingehenden Untersuchung des Patienten, die medizinische Indikation sowie die weiteren standesrechtlichen Auflagen hervorzuheben. Die Überwachung der Einhaltung all dieser Pflichten im Einzelfall obliegt den kantonalen Gesundheitsbehörden als Teil ihrer Aufsichtstätigkeit über die ärztliche Berufsausübung.

2.3 Prüfung von Einschränkungen zur Verschreibung und Abgabe von NAP

Im Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ werden im Bereich Suizidhilfe die folgenden Missbrauchsgefahren genannt:

- Suizid bei mangelnder Urteilsfähigkeit des Suizidenten,
- Willensbildung und Willensäusserung des Suizidenten nach Druckausübung auf ihn,
- selbstsüchtige Beweggründe des Suizidhelfers,
- Tatherrschaft nicht beim Suizidenten, d.h. Fremdtötung statt Suizid.

Vor diesem Hintergrund werden verschiedene Optionen evaluiert und es wird geprüft, ob zwecks Verhinderung der genannten Missbräuche Verschreibung und Abgabe von NAP in letaler Dosis durch Änderung des Betäubungsmittelrechts an strengere bzw. einschränkende Voraussetzungen geknüpft werden sollten.

2.3.1 Gesetzliche Verpflichtung des Arztes zu einer vertieften Abklärung oder zum Beizug von weiteren Fachpersonen

Mit dieser Option würde der Ärzteschaft nicht nur im Rahmen ihres Standesrechts, sondern gesetzlich vorgeschrieben, beispielsweise den Gesundheitszustand der betroffenen Person oder deren Sterbewunsch vertieft oder wiederholt abzuklären - dies allenfalls verbunden mit der Auflage, eine zweite Fachperson oder eine Drittperson, die nicht unbedingt ein Arzt zu sein braucht, zwingend beizuziehen.

Eine solche gesetzliche Regelung erscheint in zweierlei Hinsicht nicht gerechtfertigt: Sie würde einerseits einen Einbruch in die aus den oben dargestellten Gründen gewählte gesetzliche Konzeption bedeuten, wonach die Verschreibung und die Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln gesetzlich nicht im Detail festzulegen sind, sondern den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften folgen sollen. Bezüglich der Forderung nach einer vertieften Abklärung im Vorfeld der Verschreibung ist im Übrigen bereits gesetzlich vorgeschrieben, dass eine persönliche Untersuchung vorzunehmen ist; dass diese sorgfältig und lege artis vorzunehmen ist, versteht sich von selbst. Zum andern schreibt das Standesrecht bereits heute den Beizug einer unabhängigen Drittperson explizit vor¹⁸. Wie erwähnt ist es Sache der Kantone, die Ärzteschaft in ihrer konkreten Berufsausübung zu beaufsichtigen, was letztlich zu einer staatlichen Kontrolle der anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften führt. Im Falle eines Missbrauchs bei der Verschreibung und Abgabe von NAP

¹⁸ Vgl. Ziff. 2.2.2; auch die NEK empfiehlt in ihrer Stellungnahme 9/2005 bezüglich Abklärung von suizidwilligen Personen, eine unabhängige Zweitmeinung einzuholen (a.a.O., Fn. 16, Ziff. 4.7 und 4.8).



hat somit die kantonale Behörde einzuschreiten. Es würde sich im Weiteren die Frage stellen, ob bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur vertieften Abklärung oder Einholung einer Zweitmeinung für die Verschreibung von NAP (oder anderen Betäubungs- und Arzneimitteln in letaler Dosis) nicht auch andere, ebenso sensible Konstellationen im Kontext einer Betäubungs- oder Arzneimittelverschreibung gleich zu behandeln wären (z.B. im Bereich der indirekten aktiven Sterbehilfe).

2.3.2 Abgabe von NAP an Suizidhilfeorganisationen

Gefordert wird teilweise, NAP nur an Suizidhilfeorganisationen abzugeben. Hierzu lassen sich zwei Konstellationen unterscheiden:

In einer ersten Konstellation wäre gesetzlich vorgeschrieben, dass nach erfolgter Verschreibung der Arzt bzw. der Apotheker den Wirkstoff direkt an eine Suizidhilfeorganisation abzugeben hätte. Dies aufgrund der Überlegung, dass diese Organisation allfällige Missbräuche im Umgang mit NAP (Verwendung des Betäubungsmittels für eine andere als die suizidwillige Person, Verwendung einer allfälligen Restmenge nach erfolgtem Suizid bei Dritten oder ähnliche Fälle) verhindern könnte. Diese Option ist klar abzulehnen, da keinerlei Gewähr besteht, dass die rein privatrechtlich organisierten und keiner öffentlichen Kontrolle unterstehenden Suizidhilfeorganisationen die ihnen zgedachten Funktionen effektiv und korrekt wahrnehmen. Der Vorschlag würde darüber hinaus zu einer bedenklichen Verpflichtung der suizidwilligen Personen zum Beizug von privatrechtlichen Vereinen bei der Abgabe von Betäubungsmitteln in letaler Dosis führen.

In der zweiten Konstellation würde der Bundesrat gestützt auf Artikel 14a BetmG Suizidhilfeorganisationen bewilligen, im Rahmen ihrer Tätigkeit NAP zu beziehen, zu verordnen und abzugeben - ohne Beizug eines Arztes. Artikel 14a BetmG hat jedoch ausschliesslich zum Ziel, humanitär ausgerichteten nationalen oder internationalen Organisationen den Einsatz von Betäubungsmitteln für ihre Hilfstätigkeit in Krisen- und Katastrophengebieten im Ausland zu ermöglichen. Demgegenüber sollten dadurch die Vorschriften über den Umgang mit Betäubungsmitteln (und insbesondere der Regelung der Abgabe) im Inland nicht tangiert werden. In den bisher im Sinne von Artikel 14a BetmG erfolgten Beschlüssen bewilligte der Bundesrat denn auch ausschliesslich den Bezug und die Abgabe von Betäubungsmitteln für Hilfstätigkeiten im Ausland¹⁹. Es kommt hinzu, dass der Gesetzgeber mit Artikel 14a BetmG die Regelung der Hilfstätigkeit humanitär ausgerichteter Organisationen bezweckte und die Suizidhilfe nicht als solche Tätigkeit zu qualifizieren ist. Die Erteilung einer solchen Bewilligung an Suizidhilfeorganisationen steht somit klar im Gegensatz zu Sinn und Zweck von Artikel 14a BetmG und ist gestützt auf diese Norm nicht möglich. Andernfalls würde im Übrigen die Verschreibungspflicht durch die Ärzteschaft wegfallen, welche auch laut aktuellem Urteil des Bundesgerichts gerade dem Schutz vor unüberlegten Entschlüssen, dem Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Bevölkerung sowie – insbesondere im Zusammen-

¹⁹ Vgl. den Bundesratsbeschluss über Betäubungsmittel für das Schweizerische Rote Kreuz vom 5. Juli 1963, SR **812.126**, insbesondere Artikel 3 Absatz 2, und den Bundesratsbeschluss betreffend Betäubungsmittel für das Internationale Komitee vom Roten Kreuz vom 30. Dezember 1953, SR **812.127**, sowie die Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 20. März 1968, BBl **1968** I 737 und 748.



hang mit der Sterbehilfe – der Verhinderung von Straftaten bzw. der Bekämpfung damit verbundener Missbrauchsgefahren dient²⁰.

Aufgrund dieser Fakten und Überlegungen ist von einer Abgabe von NAP direkt an Suizidhilfeorganisationen abzusehen.

2.3.3 Umklassierung von NAP in der Betäubungsmittelverordnung

Wie dargestellt (Ziffer 2.2.1) figuriert der Wirkstoff NAP auf Basis eines internationalen Übereinkommens im Anhang b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic und unterliegt damit nicht sämtlichen in der Betäubungsmittelgesetzgebung vorgesehenen Kontrollmassnahmen²¹. Eine Umklassierung von NAP (oder anderen für den Suizid geeigneten Wirkstoffen) zu den Betäubungsmitteln, die sämtlichen Kontrollmassnahmen unterworfen sind (Anhang a), würde aber am Grundsatz der Verschreibungspflicht nichts ändern und hätte lediglich eine Meldepflicht für Lieferungen als nachträgliches Kontrollelement zur Folge. Dies wäre zur Verhinderung der einleitend genannten Missbrauchsgefahren nicht zielführend, weshalb auch von einer Umklassierung abzusehen ist.

2.3.4 Überwachung der Einnahme von NAP durch den verschreibenden Arzt

Eine weitere Option zur Verhinderung allfälliger Missbräuche im Stadium nach der Verschreibung geht dahin, gesetzlich vorzuschreiben, dass die Einnahme von NAP im Beisein bzw. unter Aufsicht des verschreibenden Arztes erfolgen muss. So soll der Arzt Gewähr dafür bieten, dass die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen bezüglich seines Sterbewunsches sowie das Fehlen von Willensmängeln (wie Druckausübung auf ihn) immer noch gegeben ist, die richtige Dosis eingenommen wird und die Tatherrschaft bei der Einnahmehandlung tatsächlich beim Suizidenten liegt.

In der aktuellen Praxis ist eine Begleitung bei der Anwendung eines Betäubungs- und Arzneimittels durch den Arzt bzw. die Einnahme unter ärztlicher Aufsicht nur dann angezeigt, wenn die technische Applikation dies erfordert. Die Einnahme von NAP, über dessen Dosierung etc. der Arzt vorgängig informiert, erfordert jedoch keine besonderen technischen Kenntnisse. Es wird in vorgegebener Dosis in Wasser aufgelöst eingenommen oder – bei Personen, die nicht mehr trinken können, wie z.B. teilweise Krebspatienten – per Magensonde oder Infusion zugegeben. Die Magensonde oder die Infusionsvorrichtung ist in diesen Fällen bereits im Rahmen der vorhergehenden Behandlung durch Medizinalpersonen eingesetzt worden, weshalb auch diesfalls keine fachlichen Kenntnisse notwendig sind.

Eine Verpflichtung des Arztes zur Anwesenheit bei der Einnahme bzw. deren Beaufsichtigung liegt heute aufgrund der aktuellen Rechtslage nicht vor. Die Einführung einer solchen Verpflichtung scheint aus folgenden Gründen auch nicht angezeigt: So würden dem Arzt mit der Beaufsichtigung der oben genannten Aspekte Tatherrschaft, Urteilsfähigkeit und das Fehlen von Willensmängeln im Zeitpunkt der Einnahme Aufgaben polizeilicher Natur übertragen, was mangels Funktion und Ausbildung des Arztes nicht sachgerecht ist und wofür dem Arzt auch keine entsprechenden Mittel zur Verfügung stehen (z.B. polizeiliche Mittel zur Gewährleistung der Tatherrschaft bei der Einnahmehandlung). Vor dem Hintergrund der in

²⁰ BGE 133 I 58, E. 6.3.2; das Bundesgericht stellt zudem explizit fest, die Rezeptpflicht sei als Kontrollverfahren geeignet und erforderlich zu gewährleisten, dass der Suizidentscheid gegebenenfalls tatsächlich dem freien und wohlwogenen Willen des Betroffenen entspricht.

²¹ Siehe hierzu auch BGE 133 I 58, E. 4.2.4.



technischer Hinsicht ohne Schwierigkeiten vorzunehmenden Einnahme des Betäubungsmittels würde zudem wiederum eine Sonderregelung und somit ein singulärer Fall im Betäubungs- und Heilmittelrecht geschaffen. Aus diesen Gründen ist auch von dieser Option abzusehen.

2.4 Fazit zur Frage der Änderung des Betäubungsmittelrechts

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die bestehenden Vorschriften zur Verschreibung und Abgabe von NAP in letaler Dosis im Betäubungsmittelrecht als ausreichend zu bewerten sind. Einschränkendere Regelungen zur Verhinderung allfälliger Missbräuche bei der Suizidhilfe in diesem Bereich sind nicht angebracht.

3. Betroffene und geplante Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin (Palliative Care)

Die nachfolgend formulierten Massnahmen zur Förderung von Palliative Care in der Schweiz stützen sich auf den Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?, der einen ersten Überblick über die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Finanzierung und die Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet von Palliative Care gab²².

3.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Palliative Care hat sich in den letzten Jahren verbessert und reicht heute von der mehrstündigen Einführung bis zum Nachdiplom und zum Masterstudiengang.

3.1.1 Universitäre Medizinalberufe

Getroffene Massnahmen

Palliative Care ist im neuen Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)²³ verankert. Artikel 6 MedBG verlangt für die Ausbildung, dass Absolventinnen und Absolventen eines Studienganges über die wissenschaftlichen Grundlagen verfügen, die für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen erforderlich sind. Als Konsequenz dieses Ausbildungsziels müssen konkrete Lernziele zur Palliativmedizin in die Curricula der medizinischen Fakultäten Eingang finden. Artikel 17 MedBG verlangt für die Weiterbildung, dass Absolventinnen und Absolventen über die Kompetenz verfügen, Patientinnen und Patienten bis zum Lebensende zu begleiten (siehe Absatz 2 lit. c).

Palliative Care ist wegen der Verankerung im Medizinalberufegesetz Gegenstand der Qualitätssicherung durch die Akkreditierung der Aus- und Weiterbildungsgänge.

Geplante Massnahmen

Für den Bereich der universitären Medizinalberufe sind keine weiteren Massnahmen zur Förderung von Palliative Care nötig.

²² Siehe Sterbehilfe-Bericht 2006, Ziff. 5.

²³ Das MedBG tritt am 1. September 2007 in Kraft (vgl. hierzu oben Fn. 12).



3.1.2 *Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe*

Getroffene Massnahmen

Die Studiengänge für Gesundheit, Soziales und Kultur liegen seit Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz; SR 414.71), d.h. seit dem 5. Oktober 2005, im Verantwortungsbereich des Bundes (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie). Geplant ist eine Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen über die Ausgestaltung des Studienangebots und der Akkreditierungsrichtlinien an den Fachhochschulen.

Geplante Massnahmen

Bei den Gesundheitsberufen auf Fachhochschulebene könnte der Bund analog zum Medizinalberufegesetz über das Formulieren von Ausbildungs- und Weiterbildungszielen seinen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Studiengänge zu Gunsten von Palliative Care geltend machen.

3.1.3 *Nicht universitäre Gesundheitsberufe*

Getroffene Massnahmen

Die Regelung der nicht universitären Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, SR 412.10), d.h. seit dem 1. Januar 2004, ebenfalls eine Kompetenz des Bundes (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie) geworden.

Geplante Massnahmen

Form und Inhalt der nicht universitären Berufsgänge liegen in der Verantwortung der so genannten Dachorganisation Arbeitswelt Gesundheit. Der Bund hat hier keinen Handlungsspielraum.

3.2 Finanzierung von Palliative Care-Leistungen über das Krankenversicherungsgesetz

3.2.1 *Ausgangslage*

Der Begriff der Palliative Care existiert nicht explizit im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10). Es bestehen daher auch keine spezifischen Leistungs- oder Finanzierungsregelungen. Im Rahmen der Palliative Care erbrachte Leistungen werden dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, wenn es sich um KVG-Pflichtleistungen handelt. Zwei Bereiche sind für die Finanzierung palliativer Leistungen besonders relevant: die Behandlung im Spital sowie die Langzeitpflege (Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim).

3.2.2 *Getroffene Massnahmen*

Die heutige Finanzierung palliativer Leistungen über die OKP präsentiert sich wie folgt:

- Im Spital können medizinisch indizierte palliative Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden. Die Vergütung einer stationären Behandlung in der OKP erfolgt mittels einer Pauschale (Tages- oder Fallpauschale).



- Bei der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheimbereich sind die Pflegeleistungen im Leistungskatalog der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31), Artikel 7 Absatz 2, festgehalten. Darunter sind auch die palliativen Pflegeleistungen zu subsumieren. Die Leistungen werden von der OKP übernommen, sofern sie von KVG-anerkannten Leistungserbringern erbracht und auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin vorgenommen werden. Nicht vergütet werden hingegen hauswirtschaftliche Leistungen und soziale bzw. psychosoziale Betreuungsleistungen.

3.2.3 Geplante Massnahmen

Die geplante Neuregelung der Spitalfinanzierung, insbesondere die vorgesehene leistungsorientierte Finanzierung, welche fallbezogene Pauschaltarife (DRG-System) mit sich bringen wird, dürfte keine nennenswerten spezifischen Auswirkungen auf die Erbringung und Finanzierung palliativer Leistungen im Spital haben. Bei der Umsetzung wird aber darauf zu achten sein, dass die Qualität des Angebots an palliativen Dienstleistungen in den Spitälern keine Beeinträchtigung erfährt.

Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag des Bundesrates ist mit keiner Benachteiligung der Palliative Care in Bezug auf die Kostenübernahme durch die OKP zu rechnen.

Bei der Umsetzung der Neuregelung der Pflegefinanzierung auf Verordnungsebene²⁴ müssen die heutigen Definitionen der Pflegeleistungen überprüft und allenfalls präzisiert werden. Dabei werden auch die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen in besonderen Situationen (wie z.B. die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen Krankheiten) zu beachten sein.

3.3 Forschungsförderung

3.3.1 Ausgangssituation

Die Forschung in Palliative Care ist im Aufbau und nutzt individuelle Förderungsmöglichkeiten, Projektunterstützung sowie internationale Vernetzungen²⁵. Durch den Bund wurde die Palliative Care-Forschung bis jetzt nicht systematisch gefördert.

²⁴ In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31).

²⁵ Abgeschlossene Forschungsprojekte:

- „EURELD – Medical end-of-life decisions“ mit dem Schweizer Part der Studie MELS. Forschungsprojekt zur passiven Sterbehilfe. Bundesamt für Bildung und Wissenschaft, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Laufzeit 2000-2003.
- Swiss Palliative Care Research Initiative (Swiss-PCRI): Diese Studie analysiert die bestehende multidisziplinäre Forschung im Bereich Palliative Care in der Schweiz. Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMPB), Bundesamt für Gesundheit, SAMW. Laufzeit 2003-2004.
- Survey. The needs of severely ill and dying persons and their cares in Switzerland: Erarbeitung eines Befragungsinstrumentes, mit dessen Hilfe, die Bedürfnisse von terminal kranken Patientinnen und Patienten, von Angehörigen sowie von Pflegenden und Betreuenden erhoben werden. Bundesamt für Gesundheit, Laufzeit 2003-2004.
- „Beistand am Lebensende und Palliativmedizin“. Aus diesem Projekt resultierten zwei Empfehlungen der SAMW: „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“. Medizinisch-ethische Richtlinien (2004) und „Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen“ (2006).



3.3.2 Geplante Massnahmen

Das EDI wird dem Bundesrat zu gegebener Zeit Vorschläge für eine Stärkung der Forschung auf dem Gebiet von Palliative Care unterbreiten, sei dies über ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) oder über andere geeignete Förderungsmassnahmen.

Aktuelle Forschungsprojekte:

- „Between Over-Treatment and Under-Treatment - Ethical Problems of Micro-Allocation Taking Intensive and Geriatric Care as Examples. Schweizerischer Nationalfonds. Laufzeit 1. Dezember 2006 - 30. November 2008.
- E-MOSAIC: A multicenter randomized controlled phase III study of longitudinal electronic monitoring of symptoms and syndromes associated with advanced cancer in patients treated with chemotherapy in palliative intention (Untersuchung, ob eine strukturierte, longitudinale Abbildung der Lebensqualität von Tumorpatienten im Alltag der Sprechstunde die Lebensqualität, Kommunikation, und Symptomkontrolle verbessern kann). Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, Laufzeit 2 Jahre, Start: Februar 2007.
- The European Palliative Care Research Collaborative, LSH-2005-2.2.0-4. Das EU-Forschungsprojekt untersucht die interindividuelle Variabilität bezüglich Schmerz und Kachexie und entwickelt ein computerbasiertes Assessment und Klassifikationssystem sowie Richtlinien für Schmerz, Depression, und Kachexie bei Krebspatienten. Start: November 2006, Projektdauer 3 Jahre.