

5.9 Medizinische Entscheide am Lebensende

Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten, die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, ist eine zentrale Aufgabe der Medizin, die hohen Respekt vor der Würde und dem selbstbestimmten Willen der Patientinnen und Patienten und grosse ethische Verantwortung verlangt. Die klinischen Situationen in diesem Zusammenhang sind vielfältig und häufig komplex. Mehrere medizin-ethische Richtlinien der SAMW ¹ bieten eine Orientierungshilfe für die ethisch herausfordernde Praxis.

Unter medizinischen Entscheidungen am Lebensende versteht man sämtliche Handlungen und Unterlassungen, die möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines schwerstkranken Menschen verkürzen bzw. dessen Tod herbeiführen. Häufig spricht man in diesem Zusammenhang von «Sterbehilfe», wobei in den letzten Jahren eine Tendenz zu beobachten war, diesen Begriff zunehmend als Überbegriff für Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen zu verwenden.

Einen Überblick über die verschiedenen Formen der Entscheidungen am Lebensende gibt die nachstehende Tabelle. Darin ist auch angegeben, ob bzw. welche medizin-ethischen Richtlinien der SAMW dabei Hilfestellung bieten.

Entscheidungen am Lebensende und deren rechtliche Einordnung

Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Sterbehilfe)	Todesart	Rechtlicher Status
Unterlassen oder Abbruch von Massnahmen mit potenziell lebenserhaltender Wirkung in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen der Patientin oder des Patienten (passive Sterbehilfe) siehe Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen»	Medizinische Behandlungen werden unterlassen oder abgebrochen, wenn sie sich als wirkungslos oder aussichtslos im Hinblick auf die Lebenserhaltung erweisen ² . Im Rahmen einer limitierten Therapie wird auf einzelne lebenserhaltende Massnahmen verzichtet, weil die damit verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität den erwarteten Nutzen eines möglichen Gewinns an Lebensdauer aus Sicht der Patientinnen und Patienten übersteigt oder diese den Therapieverzicht aus anderen Gründen wünschen. Bei der Unterlassung oder beim Abbruch einer potenziell lebenserhaltenden Behandlung wird in der Regel angenommen, dass dies zu einer Verkürzung der Lebensdauer führt.	zulässig
Behandlung von Schmerz, Atemnot und anderen belastenden Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung in	Durchführung einer ausreichenden Symptomtherapie. Die atemdepressive Wirkung der dafür verwendeten Medikamente kann	zulässig

Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen der Patientin oder des Patienten (indirekte aktive Sterbehilfe) siehe Richtlinien «Palliative Care»	grundsätzlich die Lebensdauer verkürzen.	
Beihilfe zum Suizid (Suizidhilfe) siehe Kapitel 5.10 siehe Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»	Urteilsfähige Patientinnen und Patienten verabreichen sich ein in tödlicher Dosis rezeptiertes Medikament. Suizidhilfe sind Handlungen, die in der Absicht erfolgen, die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikaments zum Zweck des Suizids.	nach Art. 115 StGB nicht strafbar, sofern keine eigennützigen Motive des Sterbehelfers oder der Sterbehelferin
Tötung auf Verlangen	Die Applikation eines oder mehrerer Medikamente in akut tödlicher Dosierung zur Lebensbeendigung bei ernsthaftem und eindringlichem Wunsch der Patientin oder des Patienten.	nach Art. 114 StGB strafbar
Tötung ohne ausdrückliches Verlangen	Die Applikation eines oder mehrerer Medikamente in akut tödlicher Dosierung zur Lebensbeendigung.	nach Art. 111, 113, 117 StGB strafbar

Einige Sondersituationen

Folgende Situationen sind in der Praxis geläufig, aber im Gesetz bisher nicht ausdrücklich geregelt:

- *Eine demente Patientin oder ein dementer Patient verweigert zunehmend die Nahrungs-, evtl. auch die Flüssigkeitsaufnahme:* Gemäss den SAMW-Richtlinien [«Umgang mit Sterben und Tod»](#) und [«Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz»](#) ist, nach zumutbarer Diagnostik zum Ausschluss einer behandelbaren Störung (Schluckstörung, gastrointestinale Pathologie), ein solches Verhalten als verbindliche Willensäusserung zu respektieren und auf das Legen einer PEG-Sonde zur Zwangsernährung zu verzichten. Nahrung und Flüssigkeit sollen aber immer wieder angeboten werden.
- *Begleitung und Symptommanagement beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF; «Sterbefasten»):* Der FVNF wird von manchen Patientinnen und Patienten als Möglichkeit gewählt, um den Sterbeprozess zu beschleunigen. Die Richtlinien [«Umgang mit Sterben und Tod»](#) widmen diesem Thema ein eigenes Unterkapitel. Freiwillig ist der Verzicht dann, wenn der klar geäusserte Wille einer urteilsfähigen Person vorliegt. In der Sterbephase nehmen Hunger- und Durstempfinden häufig ab. Dies kann den Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begünstigen und dessen Umsetzung für alle Beteiligten erleichtern. Der Wunsch nach FVNF kann jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb eines Krankheitsverlaufs zum Thema werden und dabei unterschiedliche ethische Fragen aufwerfen.
- *Versetzen einer terminalen Patientin oder eines terminalen Patienten in ein kontinuierliches, tiefes Koma bis zum Tode (palliative Sedierung):* In Situationen, in denen ein Symptom therapierefraktär und für die Patientin oder den Patienten in unerträglicher Weise persistierend ist, besteht gemäss den Richtlinien [«Palliative Care»](#) die Behandlungsoption einer vorübergehenden oder kontinuierlichen palliativen Sedierung, d.h. des kontrollierten Einsatzes sedierender Medikamente. Eine kontinuierliche tiefe Sedierung darf nicht zum Zweck der Lebensbeendigung eingesetzt werden, sondern ihr Ziel ist es, den Sterbeprozess, der bereits eingesetzt hat, zu erleichtern. Sie darf deshalb nur bei Sterbenden unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit entsprechender Protokollierung, eingesetzt werden.

Für Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen bietet die von der SAMW mitherausgegebene Broschüre [«Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen – Wegleitung zur Umsetzung»](#)³ eine praxisorientierte Anleitung, wie der persönliche bzw. mutmassliche Wille im Hinblick auf Entscheide am Lebensende erfasst und dokumentiert werden kann.

- 1 Siehe die folgenden medizin-ethischen Richtlinien der SAMW: «Palliative Care» (2006, aktualisiert 2013); «Reanimationsentscheidungen» (2021); «Intensivmedizinische Massnahmen (2013, ergänzt 2020/2021); «Umgang mit Sterben und Tod» (2018, angepasst 2021). Für eine Darstellung der geltenden Rechtslage und der Entwicklung der Rechtsprechung siehe: Stéphanie Beuriot, Valérie Junod, Carlone-Anne Baud, Suicide assisté: Le Code pénal suffit-il?, in : Jusletter vom 17. Mai 2024.
- 2 Siehe auch SAMW-Empfehlungen, «Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin» (2021). [Link](#).
- 3 Siehe Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung: Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen – Wegleitung zur Umsetzung. Hrsg. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern, 2025.

Letzte Aktualisierung am 12.08.2026