

1. Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 5. Juni 1985 (08/GE 6/77)

Eintreten

Präsidentin: Den Kommissionsbericht zu diesem Geschäft haben Sie vorgängig erhalten. Für die Tribünenbesucher liegen Kopien des schriftlichen Kommissionsberichtes auf.

(Schriftliche, nicht vorgelesene Ausführungen)

Zusammensetzung der Kommission: Luzi Schmid, Arbon (Präsident); Josef Bieri, Kreuzlingen; Konrad Brühwiler, Frasnacht; Daniel Frischknecht, Romanshorn; Verena Herzog, Frauenfeld; Barbara Kern, Kreuzlingen; Willi Kreis, Kümmertshausen; August Krucker, Rickenbach; Dr. Hansjörg Lang, Mammern; Dr. Ulrich Müller, Weinfelden; Dr. Marlies Näf, Arbon; Liselotte Peter, Kefikon; Dr. Bernhard Wälti, Freidorf, Dr. Peter Wildberger, Frauenfeld; David Zimmermann, Braunau.

Vertreter des Departementes: Regierungsrat Bernhard Koch, Chef DFS; Mario Brunetti, Generalsekretär DFS; Dr. Max Dössegger, Kantonsarzt; Claudia Lehmann-Schreiber, lic. iur., Rechtsanwältin, DFS (Protokollführung).

Die Kommission zur Vorberatung des Gesetzes betreffend die Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 5. Juni 1985 behandelte die Vorlage an drei Sitzungen.

Den Vertretern des Departementes für Finanzen und Soziales (DFS) wird für die Begleitung der Verhandlungen, aber auch der juristischen Sachbearbeiterin für die sorgfältige und korrekte Protokollführung gedankt.

- Eintreten war nicht bestritten.
- Die Kommission hat die vom Regierungsrat in der Botschaft vom 19. Januar 2009 vorgelegten Ergänzungen und Änderungen des Gesundheitsgesetzes bezüglich § 33 k, § 34 Absatz 2 sowie des Titels vor § 34 in ihren beiden Lesungen inhaltlich und redaktionell überarbeitet. Ansonsten wurden keine Anpassungen oder Streichungen am vorgelegten Gesetzesentwurf vorgenommen.
- Die Kommission hat in der Schlussabstimmung nach 2. Lesung mit 12:0 Stimmen und 1 Enthaltung der bereinigten Gesetzesfassung zugestimmt. Zwei Kommissionsmitglieder fehlten an der Schlussabstimmung.

Das auf 1987 in Kraft gesetzte Thurgauer Gesundheitsgesetz wurde in der Zwischenzeit schon einige Male revidiert. Eine Totalrevision wäre somit angezeigt, was vom Regierungsrat auch in Aussicht gestellt worden ist und in den Regierungsrichtlinien enthalten sein soll.

Auslöser für die aktuelle Revision des Gesundheitsgesetzes war die mit 95:17 Stimmen erheblich erklärte Motion von Dr. Marlies Näf und Luzi Schmid zur Patientenverfügung und passiven Sterbehilfe.

Um der veränderten Bundesgesetzgebung wieder zu genügen, hat der Regierungsrat zusätzlich Änderungen zu Transplantation und Obduktion sowie als Folge der neuen Aufgabenteilung eine Anpassung der Beitragsleistungen des Kantons eingefügt.

Die Ausweitung der Patientenrechte auf alle Institutionen des Gesundheitswesens mit einer öffentlichrechtlichen Trägerschaft sowie einem öffentlichen Leistungs- oder Versorgungsauftrag, auf Alters- und Pflegeheime und ambulante Spitexdienste wurde einhellig begrüsst. Da die neue Gesetzesbestimmung über die Palliative Care (§ 33 i) unter den neuen Untertitel "3. Patientenrechte" fällt (der einschränkende Passus "in den Einrichtungen des Kantons" wurde gestrichen), gilt diese Erweiterung auch für das Patientenrecht Palliative Care.

Hausärzte sind von diesen Patientenrechten nach wie vor kaum betroffen, ausser sie werden für eine entsprechende Institution tätig.

Die passive Sterbehilfe wurde bereits in der Eintretensdebatte in den Fokus genommen. Heute wird darunter vor allem der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen wie künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, künstliche Beatmung, Reanimation oder Abgabe lebenswichtiger Medikamente verstanden. Der Arzt soll bei Unabwendbarkeit des Todes die stärkeren Kräfte der Natur akzeptieren und davon absehen, den Tod mit gewaltsamen Massnahmen und Eingriffen, die für den Patienten qualvoll sind, für eine kurze Zeitspanne hinauszuschieben, auch wenn ein Behandlungsverzicht für die Ärzteschaft eigentlich atypisch ist.

Die passive Sterbehilfe ist straffrei. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass sie ethisch vollumfänglich gerechtfertigt ist.

Da der Bund bis heute die passive Sterbehilfe nicht legiferiert hat und solche Absichten nicht zu erkennen sind, muss der Kanton in die Bresche springen. Andere Kantone wie Zürich und Aargau haben ihre Gesetze bereits mit gutem Erfolg ergänzt.

Eine klare (gesetzliche) Regelung der passiven Sterbehilfe bei tödlich erkrankten, nicht urteilsfähigen Patienten ist auch im Kanton Thurgau sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Ärzteschaft unerlässlich und von nicht zu unterschätzender praktischer Bedeutung. Die Betroffenen wollen ihrerseits die nötige rechtliche Sicherheit, um vor "willkürlichen" qualvollen Behandlungen mit medizinischen Techniken und High-Tech-Apparaturen geschützt zu werden, die einzig eine Verzögerung des Sterbens auf absehbare Zeit bezwecken.

Den zuständigen Ärzten sind die Grenzen zwischen erlaubtem und verbotenem Verhalten und Handeln per Gesetz vorzugeben, um ihnen eine eindeutige Definition ihrer Berufspflichten zu ermöglichen und sie damit vor Haftungs- und anderen Verantwortlichkeitsbegehren wirksam zu schützen.

Die ausführliche Umschreibung der Voraussetzungen im Gesetz zieht die richtige und klare Trennlinie zwischen erlaubter passiver und verbotener aktiver Sterbehilfe. Die diesbezüglichen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sind Standesregeln und somit rechtlich wenig verbindlich.

Zwei Mitglieder sind der Meinung, dass eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe trotzdem nicht nötig sei, da es in der Medizin gewisse Entscheide gebe, die sich juristisch nicht fassen lassen. Nach ihrer Auffassung würden die Richtlinien der SAMW vollauf genügen.

Der Bund hat Gesetzesartikel über Patientenverfügungen erlassen. Die diesbezügliche Revision des Schweizerischen Zivilgesetzbuches wird in den nächsten vier bis fünf Jahren vom Bundesrat in Kraft gesetzt werden. Für diese Übergangszeit ist eine kantonale Gesetzesbestimmung sinnvoll.

Ein zentrales Register, auf das Berechtigte sofort und rund um die Uhr elektronischen Zugriff haben, wird vom Bund eingerichtet.

Das Transplantationsgesetz ist auf Bundesstufe vorhanden. Auf Kantonsebene sind somit einzig die Zuständigkeiten bei Entnahme von Organen und Zellen bei urteilsfähigen und urteilsunfähigen Personen zu regeln und die Rekursinstanzen zu nennen.

Eine überwiegende Mehrheit der Kommissionsmitglieder beurteilt die vom Regierungsrat vorgelegte Botschaft und den dazugehörenden Gesetzesentwurf als ausgewogen und gut. Der Motionsauftrag ist vollständig und korrekt umgesetzt worden. Die Ergänzungen des Regierungsrates sind logisch und sinnvoll.

Präsidentin: Der Präsident der vorberatenden Kommission hat das Wort für seine Anmerkungen zur schriftlichen Fassung des Eintretensreferates.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Etwas salopp ausgedrückt "stochern" wir wieder einmal im Thurgauer Gesundheitsgesetz. Das ist nötig und nicht verwunderlich. Wir werden immer älter, die medizinische Versorgung wird immer besser. Auf der anderen Seite leben wir ungesünder, die Familienbindungen sind nicht mehr so stark wie früher. Der Gesetzgeber hinkt eigentlich immer hinter den Entwicklungen der Gesellschaft nach. Mit Problemfeldern, Ermessensspielräumen, Erwartungshaltungen und anderem moralischem und medizinischem Mehr wie Leben und Sterben, kurativ oder unheilbar und somit palliativ, irreversibler Verlauf, unzumutbare Lebensverlängerungen, mutmasslicher Wille der betroffenen Personen müssen wir uns jetzt auseinander setzen. Diese Herausforderung haben wir als Politiker und als Gesetzgeber des Kantons Thurgau zu meistern. Weniger aus Sicht der Ärzte als vielmehr im Sinne der grossen Erwartungen vieler Patienten und deren Angehöriger muss die richtige Grundlage formuliert und vorgegeben werden. Ich bin sehr optimistisch, dass der eingeschlagene Weg zum richtigen Ziel führen wird, weil die vorberatende Kommission nach intensiver, kritisch konstruktiver und guter Beratung dem vorliegenden Gesetzesentwurf in der Schlussabstimmung ohne

Gegenstimme zugestimmt hat. Ich bin aber auch optimistisch, weil uns der Regierungsrat eine ausgezeichnete Botschaft und einen praktikablen, sinnvollen Gesetzesentwurf vorgelegt hat. Hier fahren Legislative und Exekutive im gleichen Zug zum gleichen Ziel. Schliesslich bin ich auch optimistisch, weil die Motion von Kantonsrätin Dr. Marlies Näf und mir mit überwältigendem Mehr erheblich erklärt worden ist. Es war zu erwarten, dass sich in der vorberatenden Kommission die Diskussion vorwiegend um die passive Sterbehilfe drehen wird, was dann tatsächlich auch der Fall war. Deshalb möchte ich in Ergänzung zum Kommissionsbericht darlegen, weshalb die passive Sterbehilfe im Gesetz unbedingt geregelt sein muss. Der Bund hat es bis heute verpasst, zu legislieren. Das ist effektiv unverständlich. Umso mehr sind die Kantone gefordert. Wenn gemäss einer Studie in sechs europäischen Ländern festgestellt wird, dass bei 41 % aller Todesfälle vorher die passive Sterbehilfe angewandt wurde, muss sie geregelt werden. Das Fehlen gesetzlicher Bestimmungen löst bei den Patienten grosse Verunsicherung aus, und zwar in zweierlei Hinsicht: Einerseits geht es um die Angst vor einer qualvollen Verzögerung des Sterbens, andererseits um ein grosses Unbehagen darüber, dass aus finanziellen oder menschlichen Überlegungen die Behandlung zu früh abgebrochen werden könnte. Beim Fehlen von gesetzlichen Grundlagen ist aber auch der Schutz des Arztes keinesfalls gewährleistet, weil die Abgrenzung zur verbotenen aktiven Sterbehilfe rechtlich nicht ohne Weiteres gezogen werden kann. Bei der passiven Sterbehilfe geht es schlussendlich um wichtige, sensible Entscheide über Leben und Tod des Menschen, deren Regelung der Gesetzgeber nicht einfach anderen Normgebern überlassen darf. Ich denke hier an die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Solche Richtlinien sind gut und recht, können aber weder Verordnungs- noch Gesetzescharakter übernehmen. Sie sind auch ständigen Veränderungen unterworfen und für die Patienten, aber auch für den Gesetzgeber absolut unbefriedigend. Zur Patientenverfügung: Mit einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung ändert rechtlich Grundlegendes, indem die Patientenverfügung als verbindlich beachtet werden muss, was heute noch nicht der Fall ist. Auch wenn wir von einem kantonalen Übergangsrecht sprechen, ist es richtig, die Beachtung von Patientenverfügungen unbedingt in das Gesetz aufzunehmen. Der Bund hat das Schweizerische Zivilgesetzbuch im Zusammenhang mit dem neuen vormundschaftlichen Erwachsenenrecht ergänzt. Die Thurgauer Regelung stimmt mit diesen Bestimmungen überein. Die eidgenössischen Bestimmungen werden aber erst 2013 oder später in Kraft gesetzt werden, weshalb ein neuer Paragraph in unserem Gesetz Sinn macht. Die vom Regierungsrat zu Recht vorgelegten Änderungen bezüglich Obduktion und Transplantation könnte man als naturgegeben beurteilen. Da werden einzig Anpassungen an das Bundesrecht vorgenommen. Der neue Titel "Patientenrechte" vor den §§ 33 a ff. des Gesundheitsgesetzes bewirkt den längst geforderten Effekt, dass die Patientenbestimmungen für alle Institutionen des Gesundheitswesens mit einer öffentlichrechtlichen Trägerschaft oder einem öffentlichrechtlichen Auftrag gelten, neu beispielsweise auch für die Pflegeheime.

Dr. Wälti, SP: Die Fraktion der SP ist einstimmig für Eintreten und auch einstimmig für die vorgelegte Gesetzesrevision der vorberatenden Kommission. Was Kantonsrätin Dr. Marlies Näf und Kantonsrat Luzi Schmid mit ihrer sinnvollen und überfälligen Motion einleiteten, findet nun in der Gesetzgebung Niederschlag. Ich stimme voll mit dem Kommissionspräsidenten überein, der ausgeführt hat, dass unbedingt legiferiert werden muss. Unzweifelhaft sind heute alle Patienten mündig. Die Zeiten des blinden Gehorsams gegenüber dem Arzt und der Medizin sind längst vorbei. Medien, Internet und Fernsehen haben es möglich gemacht, dass der Patient sehr früh und aktiv in gesundheitlichen Belangen mit einbezogen wird, was er auch möchte. Er redet mit und bekundet seinen Willen. Dies betrifft auch seine Angelegenheiten am Ende des Lebens. Da möchte er ebenfalls mitbestimmen können. Dazu dient die Patientenverfügung, die seinen klaren Willen festhält, was in diesem Fall zu tun ist. Nicht alle wollen auf Biegen und Brechen mit technischen Mitteln und sonstigen Fortschritten in der Medizin am Leben erhalten werden. Patientenverfügungen sind so differenziert, dass jeder Mensch seinen Willen in jeder Lebenslage genau umschreiben und jede Facette seiner Wünsche äussern kann. Die Gesetzesvorlage regelt nicht nur, was bei Urteilsfähigen zu tun ist, sondern auch, was bei Urteilsunfähigen, Unmündigen und Entmündigten veranlasst werden muss. Ihre spezielle Situation wird nun mitgeregelt. Der demente Langzeitpflegeheimbewohner kann sich auf seinen früher bekundeten Willen berufen. Die festen Planken schützen seine Sphäre. Eine ihm nahe stehende Person wird sich wenigstens um seinen Willen kümmern. Es ist nicht nur aus Sicht des Patienten wichtig, dass eine verlässliche Formulierung in das Gesetz aufgenommen wird, sondern auch für die Ärzte und alle anderen Institutionen um die Medizin herum, die Sicherheit bekommen. Als Arzt kann ich mich auf Schriftliches berufen und mich so selber vor Schwierigkeiten in nicht immer einfachen Situationen schützen. Erleichtert dürften schliesslich auch die Angehörigen sein, die mit zentralen Fragen am Ende des Lebens konfrontiert werden und damit unter Umständen nicht mehr klarkommen. Die §§ 33 k und l der Gesetzesrevision zogen den Hauptfokus auf sich. Die SP-Fraktion begrüsst es sehr, wenn die klaren und griffigen Formulierungen übernommen werden. Die Diskussion darüber dürfte hier im Saal ebenso philosophisch und intensiv verlaufen, wie dies in der vorberatenden Kommission der Fall war. Volle Unterstützung erhalten auch die weiteren Formulierungen zu Entnahme und Verpflanzung von Organen sowie zu den Bau- und Betriebsbeiträgen.

Frischknecht, EVP/EDU: Am Anfang einer Handlung steht immer ein Bedürfnis. So war es den Motionären ein Bedürfnis, die noch fehlenden nationalen Gesetzeslücken und klaren Definitionen im Gesundheitswesen bei der Patientenverfügung und der passiven Sterbehilfe kantonal zu regeln. Dem Regierungsrat war es ein Bedürfnis, gleichzeitig Gesetzesänderungen bei der Transplantation und Obduktion vorzunehmen, um wieder kompatibel mit der Bundesgesetzgebung zu sein. Der EVP/EDU-Fraktion war es ein Be-

dürfnis, dass bei so grundsätzlichen und lebenszentralen Entscheidungen göttliche Massstäbe angewendet werden. Denn: Leben liegt nur bedingt in unserer Hand. Wir haben eine Verantwortung vor dem Schöpfer des Lebens, sowohl was den Beginn als auch das Ende des Lebens anbelangt. Diese Verantwortung soll auch in lebensbedrohlichen oder lebensendlichen Situationen auf der Seite des Betreuten stehen und nicht beim Betreuenden, was gleichzeitig auch Rechtsschutz bedeutet. Für uns gilt der Grundsatz: Leben soll nur verlängert werden, wo auch noch Leben vorhanden ist. In der vorberatenden Kommission konnten sowohl die rechtlichen als auch die moralisch-ethischen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Es entstand ein Konsens, der sich auch in der Schlussabstimmung ausdrückte. Deshalb unterstützt die EVP/EDU-Fraktion die Gesetzesänderung, wie sie die Kommission ausgearbeitet hat, und ist einstimmig für Eintreten.

Dr. Wildberger, GP: Die Fraktion der Grünen ist sehr froh darüber, dass alte Anliegen von ihr nun im Gesundheitsgesetz verankert werden. In den letzten Jahren hat sich das Bewusstsein punkto Patientenverfügung deutlich verändert: Wurde man vor zwanzig Jahren oft sprachlos angeschaut, wenn beim Eintritt in das Spital oder Pflegeheim nach einer Patientenverfügung gefragt wurde, so gehört dies heute zur Selbstverständlichkeit. Patientenverfügungen sind für uns Ärzte sehr hilfreich und geben uns besser die Möglichkeit, nach den Vorstellungen der Patientinnen und Patienten abzuklären und zu behandeln. Allerdings darf die Verfügung im akuten Einzelereignis nicht so zwingend sein, dass daraus Gerichtsfälle resultieren, wie es zum Teil in Deutschland geschieht. Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen in aussichtslosen Situationen ist das Eine. Es gibt jedoch auch Begrenzungen in die andere Richtung. Wenn keine Patientenverfügung vorliegt, darf das nicht heissen, eine nicht sinnvolle Überdiagnostik und Überbehandlung zu betreiben. Von einer Kollegin aus der Stadt Zürich habe ich gehört, dass es immer wieder vorkommt, dass zum Beispiel von Angehörigen auch bei fortgeschrittener Alzheimer-Demenz im Pflegeheim die teuren Alzheimer-Medikamente oder die Verlegung auf die Intensivstation gefordert wird, was nach heutigem Wissensstand nicht sinnvoll ist. Auch mit den übrigen Revisionspunkten ist die Fraktion der Grünen einverstanden. Sie ist einstimmig für Eintreten.

Dr. Näf, SVP: Ich spreche im Namen der SVP-Fraktion. Wir sind einstimmig für Eintreten und grossmehrheitlich für Gutheissung des Gesetzesentwurfes. In erster Linie begrüssen wir die vorgeschlagene Ausweitung des Geltungsbereiches der Patientenrechte mittels Streichung des Passus "in den Einrichtungen des Kantons", so dass der Titel vor § 33 a nur noch "Patientenrechte" lautet. Die Patientenrechte, zu denen auch der neue § 33 i über Palliative Care gehört, werden demnach künftig nicht nur in den Häusern der Spital Thurgau AG Geltung haben, sondern zum Beispiel auch in Privatspitälern, in Alters- und Pflegeheimen sowie im ambulanten Bereich der Spitexdienste. Eine Regelung der passiven Sterbehilfe auf Bundesebene steht in weiter Ferne. In seinem Bericht "Sterbehilfe

und Palliativmedizin, Handlungsbedarf für den Bund" vom 31. Januar 2006 lehnt der Bundesrat eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe auf Bundesebene entschieden ab. Angesichts der Untätigkeit des Bundes haben einige Kantone (Aargau, Solothurn, Appenzell Ausserrhoden, Bern und Zürich) ausdrückliche Gesetzesbestimmungen zur passiven Sterbehilfe geschaffen. Die Regelung der passiven Sterbehilfe gehört vor allem aus folgenden Gründen in ein Gesetz: Passive Sterbehilfe wird häufig praktiziert. Gemäss einer 2005 veröffentlichten Studie in sechs europäischen Ländern kommt sie in der Schweiz in 41 % aller Todesfälle zur Anwendung. Es geht dabei um den Schutz des todkranken, urteilsunfähigen Menschen. Solche wesentlichen Entscheide, bei denen das höchste Rechtsgut des Menschen, sein Leben, auf dem Spiel steht, müssen im Rechtsstaat vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber in einem formellen Gesetz geregelt werden, gegen welches das Volk das Referendum ergreifen kann. Der Gesetzgeber darf diese wichtigen, Recht setzenden Bestimmungen nicht anderen Normgebern überlassen, auch nicht der medizinischen Wissenschaft. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften stellen Standesregeln dar. Solche Kodizes ärztlicher Berufsorganisationen haben aber nicht die Rechtsverbindlichkeit staatlicher Gesetze und sind an sich rechtlich nicht bindend. Auch wegen der hier notwendigen stetigen Änderungen ist es nicht sinnvoll, sie in ein Gesetz zu kleiden. Zu begrüssen ist auch die Bestimmung, wonach eine vom Patienten verfasste Verfügung bezüglich lebensverlängernder Massnahmen für den Arzt beachtlich ist. Die Patientenverfügung ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Menschen. Viele Menschen fürchten nicht so sehr den Tod als vielmehr ein qualvolles Sterben. Es ist daher legitim, dass der Mensch, wenn er noch urteilsfähig ist, autonom agiert und schriftlich festlegt, welche Behandlung und Betreuung er beim Vorliegen bestimmter Krankheitssituationen in urteilsunfähigem Zustand wünscht oder ablehnt. In der Patientenverfügung kann der Verfasser auch eine Person bezeichnen, zum Beispiel einen Angehörigen, den Hausarzt oder eine andere Bezugsperson, die an seiner Stelle über die medizinische Behandlung entscheidet, wenn er dies nicht mehr selbst tun kann. Erst in letzter Zeit werden Patientenverfügungen in der Öffentlichkeit zunehmend thematisiert. Sie werden nach dem Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechtes, in dem der Bund im ZGB über Patientenverfügungen legiferiert, frühestens 2013 an Bedeutung gewinnen. Unsere kantonale Regelung wird aufzuheben sein, sobald das Bundesrecht in Kraft tritt. Das Kernstück des Entwurfes ist die Regelung der passiven Sterbehilfe. Man kann sich zwar fragen, ob das Recht beim intimen Prozess des Sterbens noch dirigierend eingreifen soll. Die Antwort ist ja, denn Sterben bedeutet das Ende von Leben, und insofern hat der Staat die Pflicht, darauf zu achten, dass menschliches Leben auch in seinem letzten Stadium geschützt bleibt. Der Entwurf geht vom heute üblichen Begriff aus, der unter passiver Sterbehilfe den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen beim Sterbenden versteht. Passive Sterbehilfe umfasst die Unterlassung oder das Nichtfortsetzen von lebensverlängernden Massnahmen, zum Beispiel künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, künstliche Be-

atmung, Reanimation und Abgabe lebensnotwendiger Medikamente. Zur näheren Konkretisierung des Begriffes ist die erste klassische Definition der passiven Sterbehilfe dienlich, die 1884 in den USA publiziert worden ist. Demnach soll der Arzt angesichts der Unabwendbarkeit des Todes des Patienten den stärkeren Kräften der Natur weichen und darauf verzichten, zum Beispiel mittels einer aussichtslosen Operation für den Sterbenden noch eine kurze, aber qualvolle Zeitspanne von Minuten, Stunden oder Tagen herauszuschinden. Vielmehr soll der Arzt dem Sterben seinen schicksalshaften Lauf lassen, wenn das Leiden einen irreversiblen Verlauf genommen hat. Die passive Sterbehilfe ist kein Tötungsakt, sondern ein Sterbenlassen. Die ethische Verantwortbarkeit der passiven Sterbehilfe ist unumstritten. Sie bleibt auch straffrei. Die passive Sterbehilfe verstösst auch nicht grundsätzlich gegen das Recht auf Leben. Hingegen verlangen die grundrechtlichen Gewährleistungen des Lebens und der körperlichen und geistigen Unversehrtheit, dass passive Sterbehilfe nur unter bestimmten Voraussetzungen geleistet und namentlich nicht unter dem Etikett der passiven Sterbehilfe aktive Sterbehilfe betrieben wird. Ich verweise auf den Staatsrechtler Professor Dr. Yvo Hangartner von der Universität St. Gallen in "Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe", Seite 95. Die genau umschriebenen, qualifiziert gerechtfertigten Voraussetzungen für die Anwendung der passiven Sterbehilfe, die kumulativ vorhanden sein müssen, sind dazu dienlich, eine klare Grenzziehung vorzunehmen zwischen erlaubter und unerlaubter passiver Sterbehilfe und zwischen erlaubter passiver Sterbehilfe und aktiver Sterbehilfe, die verboten ist. Unter der aktiven Sterbehilfe wird die gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen verstanden. Im Weiteren hat die Bestimmung eine wichtige Schutzfunktion für den schwerstkranken, entscheidungsunfähigen Patienten ohne Patientenverfügung. Der Patient ist geschützt vor einem vorzeitigen Behandlungsabbruch durch den Arzt, obwohl noch kurative Massnahmen möglich wären. Solche Fälle kommen in der Praxis vor, denn es gibt nicht nur besorgte Angehörige. Man denke zum Beispiel auch an einen potentiellen Erben, der befürchtet, dass aufwendige kurative Massnahmen sein Erbe zum Schrumpfen bringen könnten, und dem Arzt suggeriert, nichts mehr zu tun und den Patienten in Ruhe sterben zu lassen. Angesichts der ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass seitens der Versicherungen ein gewisser Druck auf den Arzt ausgeübt wird, auf teure kurative Massnahmen beim Schwerstkranken zu verzichten. Die gesetzliche Umschreibung der Voraussetzungen für die passive Sterbehilfe schützt den urteilsunfähigen Patienten ohne Patientenverfügung aber auch davor, dass er am Ende seines Lebens zum Objekt des Handelns wird, indem einfach alle Möglichkeiten von lebensverlängernden Massnahmen zum Beispiel mit Hilfe von modernen medizinischen Techniken und Apparaturen ausgeschöpft werden, die dem terminal Kranken nichts mehr als eine qualvolle, menschenunwürdige künstliche Lebensverlängerung bringen. Die neue Gesetzesbestimmung ist auch für die Rechtssicherheit des Arztes von Nutzen. Nur wenn er bei Anwendung der passiven Sterbehilfe mit Sicherheit weiss, wo die Grenze zwischen erlaubtem und unerlaubtem

Verhalten liegt, nur wenn er sich auf dem sicheren Boden des Gesetzes bewegt, ist er auch in der Lage, die notwendigen Massnahmen zur Linderung der Leiden seines Patienten zu ergreifen, ohne riskieren zu müssen, schadenersatzpflichtig zu werden, weil die Angehörigen des Verstorbenen zum Beispiel geltend machen, er hätte noch eine medizinische Massnahme durchführen müssen. Rechtssicherheit braucht der Arzt auch deshalb, weil ein Behandlungsverzicht für eine Tätigkeit atypisch ist, denn die Berufspflicht gebietet ihm, Leben möglichst zu erhalten und zu bewahren.

Bieri, CVP/GLP: Anfang und Ende eines Menschenlebens sind entscheidende Situationen, welche die Menschheit in den verschiedenen Kulturen immer wieder intensiv beschäftigt haben. Motiv für unsere heutige direkte Auseinandersetzung mit diesem Thema sind einerseits die erheblich erklärte Motion von Kantonsrätin Dr. Marlies Näf und Kantonsrat Luzi Schmid zur Patientenverfügung und zur passiven Sterbehilfe, andererseits aber auch die schweizweite Diskussion über die aktive Sterbehilfe, die zum Teil hilflosen Reaktionen von verschiedenen Regierungen in anderen Ländern, das Ausbleiben der Anhandnahme der Problematik durch den Bund sowie die Aktivitäten von anderen Kantonen in dieser Hinsicht. Es versteht sich von selbst, dass diese Thematik für unsere Fraktion höchsten Stellenwert hat. Es geht um den Menschen als Ebenbild der Schöpfung und um seine Würde auch beim Aufhören des Lebens, in diesem Sinn also um menschliche Werte ersten Ranges. Darum ist es für uns wichtig, Voraussetzungen zu schaffen, die jene zum Teil unsägliche Diskussion über die so genannte aktive Sterbehilfe in unserem Kanton gar nicht aufkommen lassen. Dazu gehören auch die Ausweitung der Patientenrechte auf alle Betroffenen im Kanton und die Verbesserung des Schutzes des Arztes. Die vorberatende Kommission hat intensiv über die Frage diskutiert, ob die Übernahme der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vernünftig sei. Diese Standesregeln sind zwar sehr wertvoll, können aber jederzeit wieder dem Zeitgeist angepasst werden. Daher haben wir eigene Regulierungen im Gesetz formuliert. Sie sind vom Grundsatz geleitet, menschlichen Werten den höchsten Stellenwert und auch der Natur ihr Recht gegenüber dem grenzenlosen Einsatz von medizinischen Möglichkeiten zu geben. Eine Schriftstellerin hat einmal gesagt, dass wir immer lernen müssen. Zuletzt müssen wir auch noch lernen zu sterben. Diesen Lernprozess wollen wir auf eine positive Schiene heben können. Priorität muss dabei der Mensch und seine Würde und nicht die Technik haben. Mit der zentralen Regelung der passiven Sterbehilfe ist die Fraktion einverstanden. Wir sind für Eintreten und mit einer Enthaltung auch für Genehmigung der vorgeschlagenen Lösung. Wir sind überzeugt, dass wir damit allen Menschen, die sich mit dem Sterben befassen, einen grossen Dienst erweisen. Abschliessend möchte ich mich bei allen Beteiligten in der Kommission bedanken und ebenso für die Unterstützung der Exekutive. Die Ernsthaftigkeit der Diskussion war für mich ein Highlight in meiner politischen Arbeit.

Dr. Lang, FDP: Auch die FDP ist einstimmig für Eintreten. Grundsätzlich halten wir zwar die Regelung der passiven Sterbehilfe für überflüssig, da die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften weit differenzierter und aktueller sind als der vorliegende Gesetzestext. Weil sich im praktischen Alltag aber nichts ändern wird, werden wir in der Detailberatung keinen Streichungsantrag stellen.

Kommissionspräsident **Schmid, CVP/GLP:** Ich bin froh über die grosse Unterstützung. Es darf beim Patientenrecht keine Zufälligkeiten geben. Wenn man gesund im Leben steht, ist es sehr schwierig, sich in Leute hineinzudenken, denen es schlecht geht.

Regierungsrat **Koch:** Ich danke Ihnen für die gute Aufnahme der vorliegenden Gesetzesrevision. Das Gesundheitsgesetz ist rund 22 Jahre alt. In dieser Zeit wurde es siebenmal revidiert. Die Revisionspunkte sind eigentlich ein Spiegelbild der Entwicklung des Gesundheitswesens in unserer Gesellschaft. Die Revisionspunkte Praxisbewilligungen, Gründung der Spital Thurgau AG, Rettungswesen und Notfalldienstpflcht waren alles Bereiche, die in die Organisation eingriffen. Heute geht es um andere Revisionspunkte, die aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen eingetreten sind. Die Hauptrevisionspunkte betreffen die Patientenverfügungen und die passive Sterbehilfe. Patientenverfügungen sind grundsätzliche Kommunikationsinstrumente zwischen Patient und Arzt, aber auch zwischen Vertretungspersonen und Arzt. Nebst den Chancen einer Patientenverfügung müssen wir auch immer ihre Grenzen beachten. Das Verfassen einer solchen verlangt nach persönlicher Auseinandersetzung mit Krankheit, Unfall, Sterben, aber auch mit Tod. In gesunden Lebensphasen ist es nur teilweise möglich, sich in die Situation zu versetzen, schwer zu erkranken oder zu sterben. Es ist grundsätzlich schwierig, sich im Voraus vorzustellen, welche medizinischen Massnahmen man dann noch möchte und auf welche man verzichten würde. Eine Patientenverfügung sollte deshalb immer wieder aufdatiert werden. Man muss sich immer wieder je nach Lebens- oder Gesundheitssituation mit der Patientenverfügung befassen. Bekanntlich legiferiert der Bund in diesem Bereich vorläufig nicht. Wir sind der Auffassung, dass wir die Übergangsphase überbrücken müssen. Wir gehen davon aus, dass das ZGB auf den 1. Januar 2013 geändert werden wird. Die Patientenverfügung gehört wie die passive Sterbehilfe zu den Patientenrechten. Sie sind in unserem Kanton im Gesundheitsgesetz in den §§ 33 a ff. geregelt sowie in der Verordnung vom 3. Dezember 1996. In der Verordnung wird allerdings nichts über die passive Sterbehilfe ausgesagt, was nun geändert werden soll. Im Geltungsbereich der Patientenrechte gibt es eine Änderung. Sie werden nicht mehr nur in den Einrichtungen des Kantons Gültigkeit haben, sondern auf alle öffentlichrechtlichen Trägerschaften und Institutionen und auf alle Leistungserbringer mit einem öffentlichrechtlichen Auftrag ausgedehnt. Die Hausärzte, die mit ihren Patienten bekanntlich ein privatrechtliches Verhältnis unterhalten, fallen nicht darunter. Dagegen unterliegt ein Hausarzt, der zum Beispiel von einem Pflegeheim einen Auftrag hat und damit als Heimarzt tätig ist, wieder-

rum diesen Bestimmungen. Es war mir wichtig, Sie auf diesen Unterschied hinzuweisen.
Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Eintreten ist unbestritten und somit beschlossen.

1. Lesung (Fassung der vorberatenden Kommission siehe Anhang zum Protokoll)
(Fassung nach 1. Lesung siehe Anhang zum Protokoll)

I.

Ziffer 1: Titel vor § 33 a

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Neu lautet der Titel nur noch "Patientenrechte". Der einschränkende Zusatz "... in Einrichtungen des Kantons" wurde folgerichtig gestrichen, womit eine Ausweitung der subsumierten Patientenrechte auf alle Bereiche, insbesondere neu auch auf die Pflegeheime, erfolgt. Diese Öffnung wurde bereits bei der grossrätlichen Beschlussfassung zur Palliative Care entschieden gefordert.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Auf einen Nenner gebracht könnte man sagen: Kürzerer Titel, mehr Tragweite. Dieses Mehr haben Sie selber im Rat beschlossen, und zwar bei der Palliative Care. Die Ausweitung wird sehr begrüsst. Sie ist sehr gut.

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 2: § 33 k

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Schriftliche Patientenverfügungen müssen von den Ärzten, wenn eine betroffene Person nicht mehr selber mitreden kann, als Entscheidungskriterium beigezogen und, wenn alle medizinischen Indikationen erfüllt sind, befolgt werden.

Es kann darin verfügt werden, welche medizinischen Massnahmen akzeptiert oder abgelehnt werden. Unabhängig davon können auch Vertretungs- und Vertrauensaufträge bestimmt werden.

Die Formulierung entspricht dem künftigen Bundesrecht.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Bei der Patientenverfügung sprechen wir von zwei Dingen. Auf der einen Seite kann ich in der Verfügung selber regeln, was ich will und was ich nicht will. An dieser Stelle muss gesagt werden, dass die Patientenverfügung natürlich viel weiter geht als die passive Sterbehilfe. Auf der anderen Seite kann ich auch eine Vertrauensperson bevollmächtigen und beauftragen, meinen Willen durchzusetzen. Das ist gerade bei Konkubinatspartnern sehr wichtig, weil dort nicht sichergestellt ist, dass der andere Partner Auskunft, Besuchsrecht usw. erhält. Wichtig bei der Patientenverfügung ist auch, sich ständig mit den Neuerungen in der Medizin auseinander zu

setzen und die Verfügung entsprechend anzupassen.

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 2: § 33 I

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Für eine Umsetzung der passiven Sterbehilfe müssen zwingend die drei kumulativen Voraussetzungen gemäss den Ziffern 1 bis 3 in Absatz 1 erfüllt sein.

Beim Entscheidungsprozess spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne von Lebensqualität sowie die Belastung der vorgeschlagenen Therapie und Behandlung eine entscheidende Rolle. Gerade diese Voraussetzungen widerspiegeln sich präzise in der Gesetzesvorlage.

Wenige Stimmen in der Kommission wollten den § 33 I ganz gestrichen haben, da die beiden Kriterien "nicht zumutbare Verlängerung des Leidens" und "dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht" bei nicht urteilsfähigen Personen ohne Patientenverfügung nicht ohne Weiteres objektiv verständlich seien. Die Richtlinien der Akademie seien besser zu handhaben.

Eine grosse Mehrheit der Kommissionsmitglieder hat eine Streichung abgelehnt.

Bei der Erheblicherklärung der Motion war dem Grossen Rat sehr wohl bewusst, wie die Formulierung dieser Rechtsnorm ausfallen wird. Von dieser Absicht und der Art und Weise der Ausgestaltung sollte jetzt nachträglich nicht abgewichen werden.

Zudem ist es rechtlich sehr problematisch, die Richtlinien der SAMW als Gesetz für Sterbehilfe vorzugeben. Diese Richtlinien ändern ständig, so dass dann auch immer wieder das Gesetz angepasst werden müsste. Da es sich bei der passiven Sterbehilfe um eine Einschränkung verfassungsmässig garantierter Grundrechte handelt, sind die zitierten Richtlinien eindeutig zu wenig präzise, zu wenig eindeutig und zu wenig kompakt formuliert. Aus juristischer Sicht braucht es eng umschriebene, qualifizierte und gerechtfertigte Voraussetzungen in diesem menschlich höchst sensiblen Entscheidungsfeld. Die richtungsweisende Bedeutung der Richtlinien für die Ärzteschaft wird mit dieser Erklärung keinesfalls in Zweifel gezogen. Zum Schutz des urteilsunfähigen Patienten müssen auf jeden Fall zwingend eindeutige Gesetzesformulierungen gefunden werden, um eine saubere Abgrenzung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe zu schaffen. Der diesbezügliche Entwurf des Regierungsrates erfüllt alle diese Kriterien bestens.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Der § 33 I ist der eigentliche Kernpunkt der vorliegenden Gesetzesrevision. Darin ist formuliert, dass die passive Sterbehilfe ethisch erlaubt, auch straffrei ist und angewendet werden darf, wenn die Bedingungen kumulativ erfüllt sind, die in den Ziffern 1, 2 und 3 von Absatz 1 aufgezählt werden. Ich nehme an, dass die Ärzte "einen irreversiblen Verlauf" und "nicht zumutbare Verlängerung des Leidens" gemäss den Ziffern 1 und 2 einschätzen können. Die Auseinandersetzung mit "dem mutmasslichen Willen des Patienten" gemäss Ziffer 3 ist vermutlich neu und wird eine Veränderung bringen. Aber gerade aus Sicht des Patienten ist es wichtig, dass sich

der Arzt mit seinen Interessen und Wünschen auseinander setzt, beispielsweise auch in der Hektik eines Spitalbetriebes.

Wittwer, EVP/EDU: Wir haben uns in der Fraktion darüber unterhalten, weshalb im ersten Satz von Absatz 1 nur von tödlich erkrankten, nicht urteilsfähigen Patienten die Rede ist und nicht auch die schwer verunfallten, nicht urteilsfähigen Patienten thematisiert werden. Was geschieht mit einem mit dem Motorrad Verunfallten, der gesundheitlich wahrscheinlich nie mehr das erreichen wird, was einmal war, sondern im Gegenteil vielleicht dem Tod näher steht? Gibt es eine plausible Erklärung dafür, weshalb solche Patienten nicht explizit erwähnt werden?

Dr. Ulrich Müller, CVP/GLP: Ich habe mich im Vorfeld intensiv gegen § 33 I gewehrt. Ich werde keinen Antrag stellen, doch müssen wir uns schon überlegen, was wir hier machen. Es ist wiederholt gesagt worden, dass gemäss Studie in 41 % aller Todesfälle die passive Sterbehilfe zur Anwendung gelangt. Das tönt beeindruckend und kommt daher, dass wir den unseligen Ausdruck "passive Sterbehilfe" im Sprachgebrauch eingeführt haben. Passive Sterbehilfe heisst, der Natur den Lauf zu lassen und jemanden, der im Sterben liegt, in Würde sterben zu lassen und ihn nicht weiter mit Behandlungen zu behelligen oder zu quälen. Ohne diesen unseligen Ausdruck würde dies einfach bedeuten, dass knapp die Hälfte der Leute vor dem Sterben noch eine medizinische Unterstützung erfährt, auf die verzichtet wird, wenn der Tod immer näher steht. Dann tönt das Ganze schon nicht mehr so dramatisch. Mit der Abgrenzung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe hat der vorliegende Paragraph nichts zu tun. Er macht die Diskussion über die aktive Sterbehilfe keineswegs überflüssig. Die aktive Sterbehilfe ist grundsätzlich etwas ganz anderes. Ich muss auch darauf hinweisen, dass § 33 I praktisch im Wortlaut aus dem Gesetz des Kantons Zürich abgeschrieben wurde. Der Thurgau ist der zweite Kanton in der Schweiz mit einem solchen Gesetzesparagraphen. Kantonsrat Wittwer hat auf verunfallte Patienten und ihre Situation (Bewusstlosigkeit oder schwere Hirnschädigung) hingewiesen. Wir werden dazu vom Kommissionspräsidenten hören, dass Unfall und Erkrankung dasselbe seien. Darüber kann man sich unterhalten, doch ist und bleibt einer meiner Kritikpunkte, den ich schon anlässlich der Behandlung der Motion vorgebracht habe, dass man mit einem solchen Gesetzesparagraphen nicht allen Fällen gerecht werden kann. Ich möchte noch einmal wiederholen, was man unter "nicht urteilsfähig" versteht: Nicht urteilsfähig sind demente Patienten, vielleicht weil sie sehr alt sind oder eine Demenz-Krankheit haben. Nicht urteilsfähig sind aber auch Patienten, die im Verlauf ihrer Krankheit bewusstlos werden. Nicht urteilsfähig sind schliesslich auch geistig behinderte Kinder und Neugeborene mit zum Beispiel schweren Missbildungen. Es ist meines Erachtens nicht möglich, alle diese Fälle von fehlender Urteilsfähigkeit auf einen Nenner zu bringen und in einen einzigen Absatz mit drei Ziffern zu fassen. Der Absatz 1 von § 33 I bringt überhaupt keinen Fortschritt, keine Klärung und keine Hilfe. Es geht im

Unterschied zu dem, was der Kommissionspräsident vorgebracht hat, nicht um die Ziffer 3 dieses Absatzes, sondern um die Ziffer 2, gemäss welcher die Ärztin oder der Arzt in der realen Situation bei einem nicht urteilsfähigen Patienten zu beurteilen hat, ob die Verlängerung des Leidens, und das heisst in diesem konkreten Fall die Verlängerung des Lebens, nicht zumutbar ist. Das ist eine Entscheidung, die kein Arzt, keine Ärztin aufgrund von rationalen Kriterien fällen kann. Das ist so willkürlich, wie es jetzt schon praktiziert wird, wenn man sich um ein Krankenbett versammelt und beschliesst, dass die Infusion keinen Sinn mehr macht und dem Patienten nichts mehr bringt. Es ändert überhaupt nichts am heutigen Zustand. Wir haben darüber in der vorberatenden Kommission am Beispiel der italienischen jungen Frau diskutiert, die nach einem Autounfall siebzehn Jahre lang im Koma lag, bevor man die künstliche Ernährung eingestellt hat. Sie haben darüber sicher gelesen. Diesbezüglich hat ein Kommissionsmitglied zu Recht die Frage gestellt, wann die Verlängerung eines Leidens nicht mehr zumutbar ist: Nach einem Jahr, nach zwei Jahren, nach fünf Jahren oder nach siebzehn Jahren? Daraus geht hervor, dass es absolut subjektive Urteile sind. Abschliessend möchte ich nochmals betonen, dass wir einem Irrtum unterliegen, wenn wir glauben, etwas besser oder konzipierter regeln zu können als das, was wir heute schon haben. Mir ist mit den vorsichtigen und sorgfältigen Formulierungen der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wohlher als mit dem vorliegenden Gesetzesparagrafen. Die Vorstellung, dass sich in einem solchen Fall die Pflegerinnen, die Ärzte und die Angehörigen am Krankenbett versammeln und das Urteil über den urteilsunfähigen Patienten fällen, gefällt mir besser. Ich erwarte aber auch mit einer Regelung im Gesetz keine grosse Änderung im täglichen Ablauf.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Es kann ein körperliches Leiden oder ein Unfall zur Erkrankung führen. Das ist für mich entscheidend. Darum ist der Unfall in § 33 I natürlich auch mitenthalten, sofern die Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind, die in den Ziffern 1, 2 und 3 von Absatz 1 aufgezählt werden. Die Diskussion darüber, ob es diesen Paragraphen überhaupt braucht oder nicht, haben wir in der vorberatenden Kommission auch heftig und intensiv geführt. Das ist der Knackpunkt der Vorlage. Wenn gesagt wird, dass es keine Änderung brauche, dann frage ich mich, was wir denn heute haben. Vielleicht mögen die erwähnten Richtlinien für die Ärzte einigermaßen verbindlich sein. Aus Sicht des Patienten sind sie es nicht. Sie stellen einen Unsicherheitsfaktor dar, weshalb es eine Regelung braucht. Und diese Unsicherheit, das höre ich auch immer wieder in meiner Praxis, wenn ich bei Todesfällen mit Angehörigen spreche, ist sehr gross. Wenn wir das jetzt nicht gesetzlich regeln, wird die Unsicherheit noch grösser werden. Die Ärzte müssen sich mit dem Willen des Patienten auseinander setzen; anders geht es nicht. Ich hoffe jedoch, dass § 33 I gar nicht angewendet werden muss, kommt er doch nur dann zum Zug, wenn keine Patientenverfügung vorliegt und die betroffene Person nicht mehr selber für sich entscheiden kann. Diese Person muss sicher sein können, was mit

ihr in einem solchen Fall passiert. Darum braucht es § 33 I. Die sehr grosse Mehrheit der Kommissionsmitglieder hat dies gleich beurteilt.

Dr. Munz, FDP: Ich bin nicht einverstanden mit der Aussage des Kommissionspräsidenten, dass der Unfall einfach miterfasst sei. In Absatz 1 heisst es ausdrücklich: "Bei tödlich erkrankten, nicht urteilsfähigen Patienten ...", also sind "tödlich erkrankt" und "nicht urteilsfähig" kumuliert. Wenn gesagt wird, dass Unfall und Krankheit dasselbe seien, dann widerspricht dies einer elementaren Unterscheidung in der schweizerischen Rechtsordnung, nach der ein Unfall UVG-Folgen und eine Krankheit Folgen gemäss Krankenversicherungsgesetz nach sich ziehen. Es werden Riesenprozesse darüber geführt, ob es ein Unfall oder eine Krankheit ist, und wir gehen locker darüber hinweg. Es ist natürlich nicht dasselbe. Ich bin mir nicht so sicher, ob man sich darüber in der vorberatenden Kommission genügend Rechenschaft gegeben hat. Mir wäre gedient, vielleicht auf die 2. Lesung hin eine überzeugendere Antwort zu hören. Diese Bestimmung macht mir als Jurist nicht nur aus den von Kantonsrat Dr. Ulrich Müller erwähnten Gründen Bauchweh. Gleich ergeht es mir auch mit der Ziffer 3 von Absatz 1: Der mutmassliche Wille ist kein gesicherter gesetzlicher Boden. Ich kann mich als Jurist nur damit aus der Verantwortung retten, indem ich mir sage, dass diese Bestimmung ohnehin nicht angewendet werden wird. Aber dann frage ich mich auch, weshalb wir eine Regelung im Gesetz brauchen.

Wittwer, EVP/EDU: Ich schliesse mich den Voten der Kantonsräte Dr. Ulrich Müller und Dr. Hans Munz an und stelle den **Antrag**, den ersten Teil von Absatz 1 wie folgt zu formulieren: "Bei tödlich erkrankten oder schwer verunfallten, nicht urteilsfähigen Patienten ohne Patientenverfügung können die Ärzte die Behandlung einschränken oder einstellen, wenn"

Dr. Wälti, SP: Möglicherweise begeben sich jetzt auf Glatteis, weil ich kein Jurist bin. Der Kommissionspräsident hat mit seinen Ausführungen gemeint, dass beim Verunfallten, wenn er nicht urteilsfähig ist und seinen Willen nicht äussern kann, gleich vorzugehen ist wie beim medizinisch tödlich Erkrankten. Wenn beispielsweise ein mit dem Motorrad Verunfallter im Koma liegt, kann er seinen Willen nicht äussern. Er ist nicht urteilsfähig. Möglicherweise hat er seinen Willen einmal seiner Ehefrau oder seinen Eltern bekanntgegeben. In diesem Fall kann man nach seinem Willen vorgehen. Ich weiss als Mediziner sehr wohl, dass Krankheit und Unfall allein schon aus versicherungstechnischen Gründen zweierlei Sachen sind. Mit ihnen haben wir fast jeden Tag zu tun. Kantonsrat Dr. Ulrich Müller hat keinen Antrag gestellt. Mir hat imponiert, wie Kantonsarzt Dr. Max Dössegger um Verständnis für die Sichtweise des Pädiaters Dr. Ulrich Müller warb und darauf aufmerksam machte, dass dieser die Thematik vielleicht aus einem ganz anderen Blickwinkel heraus betrachtet, nämlich mehr aus Sicht seiner Arbeit mit jungen Menschen, mit Kindern. Er hat wahrscheinlich eine etwas andere Sichtweise in

Bezug auf den Tod als wir Hausärzte. Wir beschäftigen uns intensiv damit, was die Leute wollen, und vor allem auch, was sie nicht wollen. Ich praktiziere seit fünfzehn Jahren, und in dieser Zeit ist die Patientenverfügung immer mehr aufgekommen. Dieses Thema wird regelmässig aufgegriffen. Wir haben in der Kommission nicht nur über die italienische Frau, sondern auch über den Fall in Amerika gesprochen. Wenn man die Maschine erst nach siebzehn Jahren abstellt, dann hat man nach meiner persönlichen Meinung etwas verpasst. Da hätte man viel früher handeln müssen. Daher ist es doch wichtig, dass klare Grundlagen vorliegen und keine mediale Schlacht im letzten halben Jahr geführt werden muss. Ich bitte Sie, dies im Zusammenhang mit dem Antrag Wittwer zu berücksichtigen.

Schlatter, CVP/GLP: Ich kann das Votum von Kantonsrat Dr. Ulrich Müller nachvollziehen. Kantonsrat Dr. Hans Munz hat eindeutig recht mit seiner Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfall. Es geht um eine diametrale Unterscheidung im Sozialversicherungsrecht. Auch wenn man in der Tendenz dem Vorschlag der vorberatenden Kommission folgen will, dass Regelungsbedarf besteht, muss man meines Erachtens im Hinblick auf die 2. Lesung eine andere Formulierung finden. Ich verzichte darauf, heute einen Antrag zu stellen. Eine mögliche Lösung wäre: "Bei nicht urteilsfähigen Patienten ohne Patientenverfügung, die im Sterben liegen, können die Ärzte die Behandlung einschränken oder einstellen, wenn" Damit wird zwischen Krankheit und Unfall differenziert. Das Unfallthema kann nicht in die Erkrankung subsumiert werden. Die Formulierung gemäss Antrag Wittwer darf man nicht übernehmen, weil bei einer schwer verunfallten Person der Tod noch lange nicht nahe stehen muss.

Dr. Näf, SVP: Wir müssen von der Definition der passiven Sterbehilfe ausgehen, denn nur dann findet § 33 I Anwendung. Passive Sterbehilfe heisst Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen beim Sterbenden. Als Sterbender wird in den Richtlinien ein Patient definiert, bei dem der Tod absehbar ist. Wenn ein Verunfallter in den Zustand des Sterbenden verfällt, findet § 33 I selbstverständlich Anwendung. Er wird meines Erachtens also subsumiert.

Verena Herzog, SVP: Wenn wir Gesetze ändern oder erweitern, dann sollte dies eine wirkliche Verbesserung bringen. Die Regelung mit der Patientenverfügung im Gesetz kann ich sehr befürworten. Ich ermuntere alle hier im Saal, eine Patientenverfügung zu erstellen. Dann bräuchten wir eigentlich die Gesetzeserweiterung gar nicht mehr. Leider ist es nicht so, wie Kantonsrat Dr. Wildberger ausgeführt hat, dass Patientenverfügungen eine Selbstverständlichkeit sind, liegen sie doch bei weniger als 10 % vor. Ich bin Kantonsrat Dr. Hans Munz sehr dankbar dafür, dass er das Thema der Rechtssicherheit des Arztes nochmals angeschnitten hat. Die Formulierung in Absatz 1 von § 33 I ist so schwammig, dass sie keinem Arzt etwas bringt. Die passive Sterbehilfe wird genau

gleich wie heute angewendet werden. Wenn wir im Gesetz nicht auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hinweisen, bringt es überhaupt nichts.

Brühwiler, SVP: Ich nehme Bezug auf den Vorwurf, dass das Gesetz schwammig und die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften präziser seien. In diesem Zusammenhang gilt es schon zu erwähnen, dass der Satz mit dem mutmasslichen Willen des Patienten auch in den Richtlinien steht. Die Ärzte, die das Gesetz kritisieren, müssen das zur Kenntnis nehmen. In den Richtlinien heisst es: "... handeln im mutmasslichen Willen des Patienten." Wenn es dem Patienten nicht mehr möglich ist, seinen Willen zu äussern, muss sein mutmasslicher Wille eruiert werden.

Dr. Lang, FDP: Meines Erachtens ist die sozialversicherungstechnisch bedingte Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfall in diesem Zusammenhang völlig irrelevant. Ein Hirn ist erkrankt, wenn es beispielsweise durch einen Tumor zerstört wird, und es ist ebenso krank, wenn es infolge eines Unfalles eine Blutung erlitten hat. Ich bin aber mit Kantonsrat André Schlatter der Meinung, dass man eine bessere Formulierung finden sollte. Diese kann jedoch sicher nicht darin bestehen, dass wir den Unfall einschliessen.

Wittwer, EVP/EDU: Wir haben uns in der Fraktion darauf geeinigt, dass ich den **Antrag zurückziehe**. Wir werden auf die 2. Lesung hin einen neuen Vorschlag unterbreiten, der absolut in jene Richtung gehen kann, die Kantonsrat Dr. Hansjörg Lang soeben vorgeschlagen hat.

Verena Herzog, SVP: Zu Kantonsrat Brühwiler: Es gibt nicht nur "den mutmasslichen Willen des Patienten", sondern auch noch "eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens", wobei es hier für den Arzt noch viel schwieriger ist, abzuschätzen, was zumutbar und was nicht zumutbar ist. Da wird kein Arzt etwas riskieren.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Es trifft überhaupt nicht zu, dass die Regelung im Gesetz keinen Sinn macht. Wir bewegen uns in einem Ermessensspielraum. Die Juristen sind sich daran gewöhnt, mit solchen Ausdrücken umzugehen. Ich hoffe, dass die Ärzte dies auch können, ansonsten ich wirklich Bedenken habe. Über einen Ermessensspielraum zu verfügen bedeutet, das Ganze von aussen zu betrachten und zu fühlen, was die Gesellschaft haben will. Das Problem liegt darin, dass man sich mit den Voraussetzungen auseinander setzen muss. Bei anderen Gesetzen muss man das aber auch tun. Ich möchte nochmals auf die Unterscheidung zwischen Unfall und Erkrankung zurückkommen, die ich weder aus medizinischer noch aus juristischer, sondern aus politischer Sicht betrachte. Die Ursache, ausgelöst durch Unfall oder körperliche Leiden, ist

das Eine. Der effektive Zustand, in dem sich der Patient schlussendlich befindet, ist das Andere, und das ist wichtig. Wenn ich so erkrankt bin, dass keine Heilung mehr möglich ist, kann § 33 I zum Zug kommen. Wie es dazu gekommen ist, spielt in diesem Fall eine untergeordnete Rolle.

Regierungsrat **Koch**: Wir haben über die Unterscheidung zwischen Unfall und Erkrankung in der Kommission nicht beraten. Ich bin Kantonsrat Daniel Witter dankbar, dass er seinen Antrag zurückgezogen hat, und gehe davon aus, dass er mit "wir" uns gemeint hat. Wir werden nochmals über die Bücher gehen und Ihnen auf die 2. Lesung hin allenfalls einen Vorschlag unterbreiten, selbstverständlich in Zusammenarbeit mit der vorbereitenden Kommission. Zum Votum von Kantonsrat Dr. Ulrich Müller: Es trifft zu, dass wir die Formulierung vom Kanton Zürich übernommen haben, wobei wir aber im Unterschied zur Zürcher Regelung nicht vom "kurativen Stadium" sprechen, da unseres Erachtens die passive Sterbehilfe in diesem Stadium nicht erlaubt ist. Deshalb ist unsere Formulierung besser als jene im Kanton Zürich. Unsere Gesetzesbestimmung entspricht praktisch den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Auch die Richtlinien gehen von der Prognose, vom Behandlungserfolg im Sinne von Lebensqualität, von der Belastung durch die Therapie und vom mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten aus. Die Gesetzesbestimmung gibt natürlich einerseits den Ärzten, andererseits aber ganz besonders den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen eine gewisse Sicherheit. Deshalb sind wir überzeugt davon, dass es richtig ist, im Gesetz auch so zu legislieren.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Ziffer 2 a: Titel vor § 34

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Der aktuelle Titel "V. Eingriffe an Verstorbenen" ist gerade bezüglich der Transplantation falsch und wurde deshalb geändert.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Hier musste der Titel geändert werden, weil der bisherige Titel "Eingriffe an Verstorbenen" bei Transplantationen nicht zutrifft.

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 3: § 34

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Neu ist für Obduktionen immer die Zustimmung notwendig, wenn keine Ausnahmen gemäss Absatz 3 vorliegen.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Neu braucht es für Obduktionen eine Zustimmung der betroffenen Person zu Lebzeiten.

Diskussion - **nicht benützt**.

Ziffer 4: § 35

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Die kantonale Ethikkommission ist für Zustimmungen zuständig. Deren ablehnender Entscheid kann beim zuständigen Departement angefochten werden. Die Meinung in der Kommission, die Ethikkommission solle endgültig und abschliessend entscheiden können und dass somit ein Rekursweg aus Zeitgründen auszuschliessen sei, fand keinen Rückhalt. Auch würde eine solche Einschränkung den bundesrechtlichen Grundsatz der Rechtsweggarantie verletzen.

Kommissionspräsident **Schmid**, CVP/GLP: Der Bund hat den Bereich der Transplantationen geregelt; wir regeln in § 35 die Zuständigkeiten.

Diskussion - **nicht benützt**.

Ziffer 5: § 40

Diskussion - **nicht benützt**.

II.

Diskussion - **nicht benützt**.

Präsidentin: Wir haben das Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 5. Juni 1985 in 1. Lesung durchberaten. Möchte jemand auf einen Paragraphen zurückkommen? Das ist nicht der Fall.