



Impulsnachmittag  
Palliative Care im interkulturellen Kontext -  
Das Fremde überbrücken

26. März 2026

# «Kultursensibles Medizinrecht» (Wie) Geht das?

**Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller**

Ordentliche Professorin für Privatrecht und Privatrechtsvergleichung  
Vizepräsidentin der Zentralen Ethikkommission der SAMW

# Übersicht

1. **Das Ideal des Gesetzgebers und die Realität der Palliative Care im interkulturellen Kontext**
2. **Konkrete Fragestellungen**
  - Der selbstbestimmte Patient
  - Der verständige Patient
  - Der vernünftige Patient
  - Der therapietreue Patient
  - Vertreterentscheide für urteilsunfähige Patienten
3. **Exkurs: Kulturelle Vorstellungen von Gesundheitsfachpersonen**
4. **Versuch eines Fazits**

# Das Ideal des Gesetzgebers ist...

- der hinreichend **gebildete**, sprachgewandte und aktive Patient
- der seine Ärztin transparent und umfassend über seine **Symptome, Wünsche und Vorstellungen** informiert
- der **interessiert nachfragt** und nach sorgfältiger Aufklärung über Diagnose, Behandlungsoptionen und deren Risiken und Nebenwirkungen
- **selbstbestimmt** und einvernehmlich mit der Ärztin über die konkrete Behandlung **entscheidet**
- der „**compliant**“ ist, d.h. sich insbesondere an die vereinbarte Behandlung hält
- der für den Fall seiner künftigen Urteilsunfähigkeit eine sorgfältige gesundheitliche **Vorausplanung** gemacht und eine **Patientenverfügung** erstellt hat
- und dessen **Angehörige als Vertreter** bei Urteilsunfähigkeit ebenso kooperativ sind wie zuvor der ideale Patient.

# Und die Realität (in der Palliative Care)...

**Das beschriebene Idealbild entspricht ziemlich sicher nicht dem, was Sie in Ihrer Arbeit erleben.**

- Es ist weit weg von der alltäglichen **Realität der Arzt-Patienten-Beziehung**,
  - noch weiter weg von der **Realität der Palliative Care**
  - und oftmals völlig lebensfremd bei Menschen mit einem kulturellen oder religiösen Hintergrund, der von unserem **Welt- und Menschenbild** abweicht.
- **Wie lassen sich die Vorstellungen des Gesetzgebers und die Lebenswelt von Palliativpatienten im interkulturellen Kontext zusammenbringen? Geht das überhaupt?  
Und: Warum sollten Sie sich dafür eigentlich interessieren?**

# Warum uns das Thema interessieren sollte...

- Ärztliches und pflegerisches Handeln erfolgt nicht „im luftleeren Raum“ - der **rechtliche Rahmen** ist grundsätzlich **verbindlich** und ein Abweichen kann Risiken bergen.
- Wissen über die Handlungsspielräume gibt **Sicherheit** – in der täglichen Arbeit und in der Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen.
- Das Bewusstsein für die Lebensrealität von Menschen, deren Welt- und Menschenbild von unser eigenem abweicht, kann helfen, diese nicht (zusätzlich) zu **vulnerabilisieren** – beispielsweise durch das Etikett „Schwieriger Patient“.

## Das Ideal des Gesetzgebers: Der selbstbestimmte Patient

- Das Konzept des Gesetzgebers ist **individualistisch**: Ist der Patient urteilsfähig, entscheidet er (alleine). Ohne sein Einverständnis dürfen Angehörige nicht einmal informiert werden.
- 🤔 Dies widerspricht dem Empfinden vieler Gesellschaften und Kulturen, wo der **aktive Einbezug der Familie bzw. deren tragende Rolle** von hoher Bedeutung ist („family consent“) und u.U. ganz bewusst der Betroffene geschont und nicht mit dem nahenden Tod bzw. fehlender Chance auf Heilung konfrontiert wird.
- 🤔 **Metaphysische Krankheitserklärungen** (Krankheit als Strafe/Schicksal/Verwünschung usw.) stehen einer selbstbestimmten, aktiven Rolle des Patienten bei der Behandlung oder einer Vorausplanung (Patientenverfügung, Advance Care Planning) womöglich entgegen.

## Das Ideal des Gesetzgebers: Der selbstbestimmte Patient

- ✓ Sofern und soweit der Betroffene das Verständnis seiner Familie teilt, die Entscheidungsfindung somit seinem Bedürfnis entspricht (und nur dann!), ist ein **Einbezug der Familie rechtlich unproblematisch**.
- ✓ Nicht zulässig ist die vollständige und nicht informierte Entscheidungsdelegation durch den Patienten an Angehörige; daher muss ein **Mindestmass an Grundinformationen** direkt dem Patienten vermittelt werden.
- ✓ Das von Angehörigen womöglich dezidiert eingeforderte „**Recht auf Nichtwissen**“ ist mit dem Patienten selber behutsam abzugleichen.
- ✓ Im Vordergrund steht dabei die Frage, welche **konkreten Bedürfnisse und Wünsche** der Patient hat; dies gilt insbesondere dann, wenn eine kurative Behandlung ohnehin nicht (mehr) im Vordergrund steht.

## Das Ideal des Gesetzgebers: Der selbstbestimmte Patient

- ✓ **Aufklärung und Einwilligung** können daher (insbesondere) in der Palliative Care anders gestaltet sein als bei einem Patienten, der ein ausgeprägtes Bedürfnis nach einem vertieften Verständnis der Krankheit bzw. der Behandlung und nach einem selbstbestimmten Entscheid hat.
- ✓ Auch wenn ein Patient nicht für sich entscheiden will, muss doch versucht werden, sein **Einverständnis** zu geplanten Behandlungen oder einem Behandlungsabbruch einzuholen; das Beharren auf der Unterzeichnung von Einwilligungsformularen ist hingegen nicht zielführend.
- ✓ Eine **gesundheitliche Vorausplanung** oder das Verfassen einer Patientenverfügung ist immer **freiwillig**! Wenn später in einer Notfallsituation bzw. bei Urteilsunfähigkeit entschieden werden muss, ist, soweit möglich, dem mutmasslichen Willen des Betroffenen (was würde dieser für sich wollen?) Rechnung zu tragen.

# Das Ideal des Gesetzgebers: Der verständige Patient

- 🤔 Das Konzept des Gesetzgebers stellt hohe Anforderungen an das Verständnis des Patienten, es wird eine **hohe „Health Literacy“ vorausgesetzt** (z.B. anatomisch-physiologisches Körperverständnis, Verständnis von Kausalverläufen und Wirkungsweise von Medikamenten, Wissen zum Gesundheits- und Versorgungssystem in der Schweiz usw.).
- 🤔 Falls von Seiten der behandelnden Ärzte offen kommuniziert wird, dass kurative Behandlungen ausgeschöpft sind bzw. dass bestimmte Therapien nicht (mehr) indiziert sind, bedarf es eines **bestimmten (Grund) Vertrauens**, damit diese Nachricht angenommen werden kann.
- 🤔 Dieses Vertrauen fehlt womöglich; auch daraus kann der **Wunsch nach maximaler Therapie bis zum Schluss** entstehen, die vom Arzt als unvernünftig bzw. nicht indiziert angesehen wird („grundlegender Diskriminierungsverdacht“\*). \*Salis Gross et al. (2014), S. 38

## Das Ideal des Gesetzgebers: Der verständige Patient (Fortsetzung)

- ✓ Der **Einbezug von Angehörigen** kann vertrauensbildend sein – aber bitte keine Dolmetscherdienste durch Minderjährige!
- ✓ Hilfreich sind womöglich **interkulturelle Dolmetschende**, allerdings können Informationen verloren gehen können (z.B. bei schambehafteten Symptomen oder Diagnosen). Zudem kann es zu einer „**meinungsbasierten Färbung des Inhalts**“ kommen.
- ✓ **Vertrauen** ist nicht gratis zu haben; wechselnde Arztpersonen sind möglicherweise für die Betroffenen weniger vertrauenswürdig als bereits längere Zeit bekannte Pflegepersonen – eine Lösung kann daher sein, **Pflegende** in das Arzt-Patienten-Gespräch einzubinden.
- ✓ „Haben Sie das verstanden?“ ist eine Frage, auf die oft keine verlässliche Antwort gegeben wird. Besser: **Zurückfragen**, was verstanden wurde. Hilfreich können **Erklärvideos, Broschüren** usw. sein.

## Das Ideal aus rechtlicher Sicht: Der vernünftige Patient

- Das Behandlungsangebot darf (und soll) sich auf das beschränken, was **aus medizinischer Sicht indiziert oder mindestens nicht kontraindiziert** ist.
- Gleichzeitig geht die Ärztin oft selbstverständlich davon aus, dass eine **empfohlene (indizierte) Behandlung angenommen** wird.
- 🤔 Beides trifft u.U. nicht zu: Evtl. wird (aus religiösen oder anderen Gründen) eine **angebotene Behandlung abgelehnt** oder eine **nicht indizierte Behandlung eingefordert**.
- 🤔 Das Einfordern medizinisch nicht indizierter und die Ablehnung angebotener („vernünftiger“) indizierter Behandlungen kann beim Behandlungsteam auf **Unverständnis** stossen und Fragen betreffend die Urteilsfähigkeit auslösen („Wie kann man nur...“).

## Das Ideal aus rechtlicher Sicht: Der vernünftige Patient (Fortsetzung)

- ✓ Aus rechtlicher Sicht ist ein „**unvernünftiger**“ **Entscheid**, eine Behandlung nicht annehmen zu wollen, **zu akzeptieren**, wenn er freiwillig erfolgt ist und kein Willensmangel (Irrtum, Drohung) vorliegt.
- ✓ Allenfalls ist muss ein **zusätzliches Gespräch** geführt werden oder es muss ergründet werden, wo das „Problem“ liegt bzw. warum bestimmte Wünsche geäußert werden (evtl. kann ein Medikament ohne tierische Bestandteile verwendet, eine Therapie erst nach Ende des Ramadan begonnen werden o.ä.).
- ✓ Die Fortführung von Therapien und lebenserhaltenden Massnahmen, die nicht wirksam oder aussichtslos sind, kann evtl. noch eine gewisse Zeit fortgesetzt werden, um dem Betroffenen **mehr Zeit** zu geben.
- ✓ Im Zusammenhang mit dem **Hirntod** ist zu bedenken, dass dieses Konzept nicht in allen Kulturen/Religionen akzeptiert ist.

## Das Ideal aus rechtlicher Sicht: Der therapietreue Patient

- 🤔 Ist die Behandlung geklärt, ist nicht immer gewährleistet, dass die Therapie eingehalten wird (das gilt auch für Patienten aus unserer „Mehrheitskultur“).
- 🤔 Kulturelle oder religiöse Vorgaben führen womöglich zu **unerwarteter „non-compliance“**, die nicht kommuniziert wird (z.B. nach Konsultation einer religiösen Autorität).
- 🤔 Umgekehrt werden u.U. (ohne Rücksprache) **gleichzeitig traditionelle Heilmittel** verwendet, die mit der schulmedizinischen Behandlung interagieren.
- ✓ Die „**Sicherungsaufklärung**“ (Aufklärung über das therapiegerechte Verhalten des Patienten) ist Teil der ärztlichen Pflichten. Im interkulturellen Kontext ist dies von besonderer Bedeutung.

## Das Ideal aus rechtlicher Sicht: Vertreterentscheide nach dem mutmasslichen Willen

- Ist der Patient **nicht urteilsfähig** – und nur dann – entscheidet an seiner Stelle ein gesetzlicher **Vertreter**. Liegt keine Patientenverfügung vor, richtet sich die Vertretungsbefugnis (für erwachsene urteilsunfähige Patienten) nach Art. 378 ZGB (Vertretungskaskade).
- Der Vertreter soll so entscheiden, **wie der Betroffene das für sich wollen würde**, könnte er noch selber entscheiden (mutmasslicher Wille).
- 🤔 Die gesetzliche **Vertretungskaskade** von Angehörigen widerspricht u.U. dem Verständnis der Familie des Betroffenen.
- 🤔 Das **Konzept des mutmasslichen Willens** ist nicht einfach zu vermitteln (das gilt übrigens auch für Angehörige unserer „Mehrheitskultur“).

## Das Ideal aus rechtlicher Sicht: Vertreterentscheide nach dem mutmasslichen Willen (Fortsetzung)

- ✓ Aus rechtlicher Sicht darf von einem **weiten Verständnis des mutmasslichen Willens** ausgegangen werden; es ist zu bedenken, dass der Patient, wäre er urteilsfähig, womöglich die Bedürfnisse seiner Angehörigen ernst genommen und in seinen Entscheid einbezogen hätte (dazu schon vorne).
- ✓ Entscheidungen von Angehörigen, die klar **kontraindiziert** sind (insbes., wenn sie Leid/Schmerzen verursachen), müssen **nicht umgesetzt** werden.
- ✓ Für die Entscheidungsfindung muss genügend Zeit eingeräumt werden. Bei Interessenkonflikten, unklarer Vertretungssituation usw. kann die **Erwachsenenschutzbehörde** involviert werden. Diese entscheidet zwar nicht unbedingt „besser“, kann das Behandlungsteam womöglich von der Verantwortung entlasten.
- ! Entscheidungen, die das **Kindeswohl** gefährden, müssen nicht hingenommen werden; hier drängt sich der sofortige Beizug der Kindeschutzbehörde auf.

# Exkurs: Kulturelle Vorstellungen von Gesundheitsfachpersonen

- Nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Gesundheitsfachpersonen bringen ihre persönlichen, auch kulturell geprägten Vorstellungen in Ihre Arbeit ein.
- Beispiele:
  - Vorstellungen von familiären Pflichten: „Da, wo ich herkomme, würde sich in dieser Situation die Tochter um den schwerkranken Vater kümmern.“
  - Vertreterentscheidungen: „Es ist der älteste Sohn des Patienten (und nicht dessen Ehefrau), welche primär über die Behandlung entscheidet.“
  - Umgang mit Abschied und Tod: „Es ist so traurig, wenn sich nicht die ganze Verwandtschaft um den Sterbenden kümmert und sich angemessen verabschiedet.“
- Kulturell geprägte Vorstellungen von Familie, Entscheidungsfindung und Abschiednehmen sind tief verankert. Trotzdem – oder gerade deshalb – sollten sie adressiert werden.

# Versuch eines Fazits

- ✓ Die uns vertraute, individualistisch verstandene Selbstbestimmung (Patientenautonomie) ist für Menschen aus anderen Kulturkreisen kaum nachvollziehbar. Es lohnt sich, sich mit dem Thema eingehender zu befassen und ein **Verständnis** für diese Patientinnen und deren Angehörige zu entwickeln, anstatt sie vorschnell als „schwierig“ zu etikettieren.
- ✓ Für den Behandlungsentscheid ist ein **Minimum an Verständigung, Aufklärung und Willensäußerung** des Patienten unabdingbar; dabei darf aber auf die Wünsche des Patienten (und dessen Familie) weitgehend Rücksicht genommen werden.
- ✓ Richtig verstandene **ärztliche Fürsorge** respektiert im Rahmen des Möglichen den Patienten und dessen persönlichen Präferenzen,
- ✓ und richtig verstandene **Selbstbestimmung** bedarf einer vertrauensvollen Beziehung des Patienten und der Angehörigen zum Arzt und zu den Pflegefachkräften.
- ✓ Wichtiger als ein verabsolutiertes Autonomiekonzept ist letztlich die Frage, wie ein Entscheid zustande kommt und ob die **Bedürfnisse und Anliegen der Betroffenen** – dazu gehört der Patient ebenso wie seine Angehörigen – gehört und nach Möglichkeit respektiert werden. Dann ist nicht mit rechtlichen Konsequenzen zu rechnen.



# VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

**Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller**

Ordentliche Professorin für Privatrecht und Privatrechtsvergleichung

Vizepräsidentin der Zentralen Ethikkommission der SAMW

[regina.aebi@unilu.ch](mailto:regina.aebi@unilu.ch)