



EIDGENÖSSISCHES JUSTIZ- UND POLIZEIDEPARTEMENT
DEPARTEMENT FEDERAL DE JUSTICE ET POLICE
DIPARTIMENTO FEDERALE DI GIUSTIZIA E POLIZIA
DEPARTAMENT FEDERAL DA GIUSTIA E POLIZIA

Bundesamt für Justiz
Office fédéral de la justice
Ufficio federale di giustizia
Uffizi federal da la giustia

Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?

Vorentwurf vom 31. Januar 2006

Übersicht

Die im März 2004 von der Bundesversammlung überwiesene Motion der Kommission für Rechtsfragen des Ständerates (RK-S) 03.3180 „Sterbehilfe und Palliativmedizin“ beauftragt den Bundesrat, Vorschläge für die gesetzliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe zu unterbreiten und Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen. Am 16. Juni 2005 reichte zudem die Freisinnig-demokratische Fraktion die Motion 05.3352 „Expertenarbeiten zum Thema Sterbehilfe“ ein und forderte den Bundesrat auf, die Expertenarbeiten für einen Bericht bezüglich der Regelung der Sterbehilfe voranzutreiben und dem Parlament die entsprechenden Grundlagen bis im Dezember 2005 zur Verfügung zu stellen.

Die Begleitung und Pflege von Menschen am Lebensende und die in diesem Zusammenhang zu treffenden Entscheide sind von ausserordentlicher Tragweite. Der Staat muss mit seinen Regelungen sicherstellen, dass der Schutz des Menschen auch und besonders in dieser kritischen Phase menschlicher Existenz gewährleistet bleibt; denn jeder Fehlentscheid in diesem Bereich kann unmittelbar in den Tod und damit zu irreversiblen Folgen für das höchste Rechtsgut führen. Im Zentrum aller Überlegungen steht deshalb das unserer Rechtsordnung zugrunde liegende und zu beachtende absolute Tötungsverbot. Jede Relativierung dieses Grundsatzes ist nicht nur heikel – man denke an die Senkung der Hemmschwelle, sondern bedarf einer besonders sorgfältigen Abklärung und Abwägung der auf dem Spiele stehenden (Schutz-)Interessen.

Der Bericht nimmt eine breit angelegte Analyse der sich im Zusammenhang mit Sterbehilfe und Suizidhilfe in der Praxis stellenden Probleme vor. Geprüft werden sowohl der Handlungsspielraum der involvierten Behörden als auch der konkrete staatliche Handlungsbedarf zum Schutze des menschlichen Lebens bzw. der Vermeidung von Missbräuchen. Der Bericht setzt sich dabei auch mit den positiven und negativen Folgen einer weitergehenden gesetzlichen Regelung auseinander. Weiter äussert er sich zur Bedeutung und zu den Möglichkeiten der Palliativmedizin bzw. Palliative Care sowie zu deren Förderung.

Der Bericht kommt zu folgenden Schlüssen:

- **Bei der indirekten aktiven und bei der passiven Sterbehilfe besteht für den Bundesgesetzgeber kein Handlungsbedarf.**

Das Tötungsverbot gilt in der Schweiz uneingeschränkt. Die direkte aktive Sterbehilfe ist somit verboten. Indirekte aktive und passive Sterbehilfe sind hingegen unter gewissen Voraussetzungen straflos. Diese Straflosigkeit ergibt sich zum einen aus der Anwendung allgemeiner strafrechtlicher Zurechnungsregeln. Der Entscheid des Patienten, lebensverlängernde Behandlungen nicht anzuwenden oder abubrechen, geniesst darüber hinaus sogar grundrechtlichen Schutz.

Die in diesem Bereich vielfach beanstandete Rechtsunsicherheit ist Folge der praktischen Unmöglichkeit, die Ursachen des Todes und das konkrete Geschehen am Sterbebett normativ zu erfassen bzw. nachträglich zu rekonstruieren. Im Vordergrund stehen Fragen, die für die Beurteilung der Zulässigkeit der Sterbehilfe im Einzelfall ausschlaggebend sind, wie die Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit der betroffe-

nen Person, das Auftragsrecht, die Aufklärungspflicht des Arztes, die Vertretungsverhältnisse.

Will der Gesetzgeber zwecks Erhöhung der Rechtssicherheit und Transparenz in generell-abstrakter Form möglichst alle denkbaren Fälle erfassen und dabei auch noch der Entwicklung der Medizin Rechnung tragen, stösst er unweigerlich an praktische Grenzen.

Standesrecht stellt hingegen ein geeignetes Gefäss für eine detaillierte Regelung komplexer und vielfältiger Fallkonstellationen dar. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat im Bereich der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe detaillierte Richtlinien entwickelt. Solange sich diese am geltenden Recht orientieren, entlasten sie den Gesetzgeber auf eine sinnvolle Art.

- **Der Bund kann die Entwicklung von Palliative Care dort unterstützen und fördern, wo er über entsprechende Kompetenzen verfügt: In der Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, bei der Finanzierung von Palliative Care-Leistungen (Neuregelung der Pflegefinanzierung im Krankenversicherungsgesetz, KVG) und in der Forschungsförderung.**

Im Bereich der Palliative Care besteht ein Angebot, das sich in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ verbessert hat, namentlich in den Kantonen Zürich, Thurgau, Waadt und Bern. Dieses Angebot hat dazu beigetragen, dass die betroffenen Personen in Würde leben und sterben können, und hat zu einem Rückgang des Wunsches nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe geführt. Das bestehende Angebot sollte nach Meinung der Fachwelt aber noch weiter ausgebaut werden.

Aufgrund des in der Gesundheitsversorgung geltenden Subsidiaritätsprinzips liegt es in der Kompetenz der Kantone, dafür zu sorgen, dass das Angebot an Palliative Care flächendeckend ausgebaut und das Informations- und Beratungsangebot für Betroffene und Angehörige verbessert wird.

Der Bund kann die Entwicklung von Palliative Care unterstützen und fördern, indem er Forschungsprojekte im Bereich der Palliative Care unterstützt. Er kann dieselbe auch im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulebene sowie auch derer im nicht universitären Bereich fördern. Der Bund kann weiter – im Rahmen der laufenden Revision des KVG – dafür sorgen, dass die Krankenversicherung die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, welche ein therapeutisches oder palliatives Ziel verfolgen.

- **Bei der Suizidhilfe besteht auf Bundesebene kein zwingender gesetzgeberischer Handlungsbedarf.**

Der Bundesgesetzgeber könnte zwar in den Bereichen des Gesundheits- und Betäubungsmittelrechts, des Vormundschaftsrechts und im Rahmen eines speziellen Aufsichtsgesetzes über die Suizidhilfeorganisationen Bestimmungen erlassen, um die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Suizidhilfe zu überwachen. Die geprüften Möglichkeiten erweisen sich jedoch angesichts der damit verbundenen Bürokratisierung, in den meisten Fällen ja sogar Institutionalisierung und staatlichen Zertifizie-

rung solcher Tätigkeiten und Organisationen fast allesamt als unverhältnismässige oder untaugliche Mittel. Um der heutigen Realität bei den Suizidhilfefällen zu begegnen, wäre allenfalls eine Revision des Betäubungsmittelrechts zu erwägen, da namentlich bei den von Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suiziden das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NAP) verwendet wird. Gegebenenfalls könnten die Voraussetzungen für die Verschreibung und Abgabe von NAP künftig restriktiver gefasst werden, um Missbräuchen vorzubeugen.

Eine Änderung der liberalen Regelung von Artikel 115 StGB kommt hingegen nicht in Betracht, weil die bei der Suizidhilfe festgestellten Probleme nicht in Zusammenhang mit dem Tatbestand von Artikel 115 StGB stehen. Sie sind praktischer Natur und betreffen die Frage: Wie kann gewährleistet werden, dass bei der Suizidhilfe keine Missbräuche begangen werden?

Im Rahmen dieser liberalen Regelung haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten Suizidhilfeorganisationen entwickelt und etabliert. Mit der Zunahme der organisierten Suizidhilfe sind auch die mit dieser Tätigkeit verbundenen Missbrauchsgefahren zu Tage getreten, namentlich im Zusammenhang mit der Urteilsfähigkeit der Suizidenten (namentlich bei besonders schutzbedürftigen Kategorien von Personen wie Jugendliche, psychisch Kranke, terminalkranke Personen), mit den finanziellen Verhältnissen und mit der Willensäusserung und der Tatherrschaft durch die Suizidenten. Solche Missbräuche können dazu führen, dass die Grenze vom legalen zum strafbaren Verhalten überschritten wird (namentlich im Bereich der Tötungsdelikte von Artikel 111 ff., 114 und 115 StGB). Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen sind deswegen zum Schutz der betroffenen Personen geboten.

Auf kantonaler und kommunaler Ebene können Missbräuche durch konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts (namentlich der Tötungsdelikte von Artikel 111 ff., 114 und 115 StGB durch die Strafverfolgungsbehörden und die Beaufsichtigung der involvierten Medizinalpersonen gestützt auf Gesundheitsrecht) sowie durch Erlass von Bestimmungen im Bereich des Spital-, Pflege- und Heimwesens verhindert werden.

- **Beim so genannten „Sterbetourismus“ besteht auf Bundesebene kein spezieller Handlungsbedarf.**

Der Sterbetourismus ist eine Folge der im internationalen Rechtsvergleich liberalen Regelung der Suizidhilfe in der Schweiz. Dieses Phänomen stellt in politischer Hinsicht ein Problem für das Ansehen der Schweiz dar. Gleichzeitig werden mit der Zunahme der Suizidhilfe an Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz die Probleme der Strafverfolgungspraxis und der Beaufsichtigung der Medizinalpersonen akzentuiert, weil die Rekonstruktion des Tathergangs durch den Auslandsbezug zusätzlich erschwert wird.

Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen und somit zum Schutz der Menschen vor irreversiblen Schädigungen sind erforderlich. Es sind jedoch keine anderen Massnahmen zu treffen als jene, die bereits hinsichtlich der Suizidhilfe möglich sind. Werden die Handlungsmöglichkeiten gegen Missbräuche bei der Suizidhilfe ausgeschöpft, wird auch dem Phänomen des Sterbetourismus adäquat entgegengewirkt.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. AUSGANGSLAGE UND AUFTRAG | 7 |
| 2. BEGRIFFLICHE UND RECHTLICHE EINORDNUNG | 7 |
| 2.1 Sterbehilfe..... | 7 |
| 2.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe..... | 7 |
| 2.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe | 8 |
| 2.1.3 Passive Sterbehilfe..... | 8 |
| 2.2 Suizidhilfe und „Sterbetourismus“ | 9 |
| 2.2.1 Suizidhilfe | 9 |
| 2.2.2 „Sterbetourismus“ | 9 |
| 2.3 Sterbebegleitung und Palliative Care | 10 |
| 3. POLITISCHE UND FACHSPEZIFISCHE DISKUSSION | 10 |
| 3.1 Bundespolitische Ebene | 10 |
| 3.2 Fachgremien..... | 12 |
| 3.2.1 SAMW..... | 12 |
| 3.2.2 NEK | 13 |
| 3.3 Kantonale und kommunale Ebene..... | 15 |
| 3.4 Öffentlichkeit..... | 16 |
| 4. INDIREKTE AKTIVE UND PASSIVE STERBEHILFE..... | 17 |
| 4.1 Politische Ausgangslage..... | 17 |
| 4.2 Passive Sterbehilfe | 18 |
| 4.2.1 Rechtliche Ausgangslage | 18 |
| 4.2.2 Bundesgesetzgeberischer Handlungsspielraum | 19 |
| 4.3 Indirekte aktive Sterbehilfe | 20 |
| 4.3.1 Rechtliche Ausgangslage | 20 |
| 4.3.2 Bundesgesetzgeberischer Handlungsspielraum | 21 |
| 4.4 Möglichkeiten einer Gesetzgebung | 21 |
| 4.5 Vor- und Nachteile | 22 |
| 4.6 Fazit..... | 24 |
| 5. PALLIATIVMEDIZIN BZW. PALLIATIVE CARE..... | 26 |
| 5.1 Begriff | 26 |
| 5.2 Heutige Situation | 27 |
| 5.2.1 Versorgung der Bevölkerung | 27 |
| 5.2.2 Aus- und Weiterbildung | 27 |
| 5.2.3 Richtlinien | 28 |
| 5.2.4 Finanzierung..... | 28 |
| 5.3 Handlungsspielraum..... | 29 |
| 5.3.1 Bund | 29 |
| 5.3.2 Kantone | 30 |
| 5.4 Fazit..... | 31 |
| 6. SUIZIDHILFE, SUIZIDHILFEORGANISATIONEN UND STERBETOURISMUS | 32 |
| 6.1 Ausgangslage | 32 |
| 6.1.1 Statistische Angaben..... | 32 |
| 6.1.2 „Sterbetourismus“ in der Praxis | 33 |
| 6.1.3 Rechtsvergleichung | 34 |
| 6.1.4 Rechtliche und standesrechtliche Bestimmungen in der Schweiz..... | 35 |
| 6.2 Problemanalyse..... | 37 |
| 6.2.1 Missbrauchsgefahren | 37 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 6.2.2 | Belastung der Gemeinwesen..... | 38 |
| 6.2.3 | Störung durch den Betrieb von Suizidhospizen..... | 39 |
| 6.2.4 | Ansehen der Schweiz..... | 40 |
| 6.2.5 | Zusammenfassung | 41 |
| 6.3 | Handlungsspielraum der Kantone | 41 |
| 6.4 | Bundesgesetzgeberische Massnahmen..... | 42 |
| 6.4.1 | Revision von Artikel 115 StGB..... | 42 |
| 6.4.2 | Aufsichtsgesetz über die Suizidhilfeorganisationen..... | 43 |
| 6.4.3 | Ergänzung des Betäubungsmittelgesetzes | 46 |
| 6.4.4 | Schaffung einer Suizidbeistandschaft..... | 47 |
| 6.5 | Fazit..... | 48 |
| 6.5.1 | Fakten..... | 48 |
| 6.5.2 | Probleme und Lösungsansätze | 48 |
| 6.5.3 | Gesetzgeberischer Handlungsbedarf auf Bundesebene | 49 |
| 7. | ZUSAMMENFASSUNG DER RESULTATE | 50 |
| 7.1 | Indirekte aktive und passive Sterbehilfe | 50 |
| 7.2 | Palliative Care..... | 51 |
| 7.3 | Suizidhilfe und „Sterbetourismus“ | 51 |

1. Ausgangslage und Auftrag

Die im März 2004 von der Bundesversammlung überwiesene Motion der Kommission für Rechtsfragen des Ständerates (RK-S) 03.3180 „Sterbehilfe und Palliativmedizin“ beauftragt den Bundesrat, Vorschläge für die gesetzliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe zu unterbreiten und Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen. Am 16. Juni 2005 reichte zudem die Freisinnig-demokratische Fraktion die Motion 05.3352 „Expertenarbeiten zum Thema Sterbehilfe“ ein und forderte damit den Bundesrat auf, die Expertenarbeiten für einen Bericht bezüglich der Regelung der Sterbehilfe voranzutreiben und bis im Dezember 2005 dem Parlament die entsprechenden Grundlagen zur Verfügung zu stellen.

Zur Beurteilung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs setzte der Vorsteher des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) im Herbst 2004 eine verwaltungsinterne Arbeitsgruppe ein und beauftragte diese, sich vorerst mit den akut auftretenden Problemen des so genannten „Sterbetourismus“ zu befassen. Nach Diskussionen mit internen und externen Experten wurde die Studie ausgeweitet und im Verlaufe des Jahres 2005 zum vorliegenden Bericht ausgebaut. Dieser befasst sich nun mit dem ganzen in der Motion „Sterbehilfe und Palliativmedizin“ genannten Spektrum.

Im Zentrum des Berichts steht die Frage des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs – vorab auf Bundesebene – bei der indirekten aktiven und bei der passiven Sterbehilfe, bei der Suizidhilfe und dem sog. „Sterbetourismus“ sowie nach möglichen Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin.

2. Begriffliche und rechtliche Einordnung

Vorab sollen die Begriffe rund um die Sterbehilfe im weitesten Sinne (inkl. Suizidhilfe) und die Palliativmedizin definiert und rechtlich eingeordnet werden:

2.1 Sterbehilfe

Bei der Sterbehilfe handelt es sich immer um *Fremdtötungen*, d.h. die *Tatherrschaft hat nicht die sterbewillige Person, sondern eine Drittperson*. Als Sterbehilfe-Tathandlung genügt prinzipiell die *Beschleunigung des Todeseintritts* im Sinne einer überholenden Kausalität. Die Lehre unterscheidet zwischen der aktiven und der passiven Sterbehilfe.

2.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe

Die *direkte gezielte Tötung eines anderen Menschen* (z.B. durch Verabreichen einer tödlichen Injektion oder Infusion) ist nach Schweizer Recht strafbar, selbst wenn sie auf ausdrücklichen Wunsch einer todkranken Person zur Verkürzung ihrer Leiden

erfolgt. Hier handelt es sich um die sog. direkte aktive Sterbehilfe¹. Bei dieser Form von Sterbe“hilfe“ handelt es sich strafrechtsdogmatisch um eine Fremdtötung i.S.v. Artikel 111 ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0).

Die Tötung auf Verlangen (Artikel 114 StGB) wird gegenüber der Strafnorm der vorsätzlichen Tötung (Artikel 111 StGB) privilegiert behandelt, indem bereits im Strafrahmen (Gefängnis von drei Tagen bis maximal drei Jahren; siehe Artikel 36 StGB) darauf Rücksicht genommen wird, dass die *Fremdtötung aufgrund des ernsthaften und eindringlichen Verlangens* des zu tötenden Menschen zustande gekommen ist. Weiter wird für die Anwendung dieses privilegierten Strafrahmens auf der subjektiven Seite vorausgesetzt, dass der Täter *aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, gehandelt* hat². In Einzelfällen kann über diese Privilegierung hinaus auch noch der Strafbefreiungsgrund der Betroffenheit des Täters durch seine Tat (Artikel 66^{bis} StGB) zur Anwendung kommen.

2.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe

Rechtlich zulässig ist das *Verabreichen von schmerzlindernden Mitteln* wie z.B. Morphinen, die als – unerwünschte(!) – *Nebenwirkung* einer palliativen, d.h. schmerzlindernden Behandlung die *Lebensdauer verkürzen* können³. Man spricht in diesem Zusammenhang von indirekter aktiver Sterbehilfe. Da hier der Todeseintritt beschleunigt wird, läge nach allgemeinen Kausalitätsregeln eigentlich eine aktive Fremdtötungshandlung vor (s. hierzu unten Ziff. 4.3.1). Diese Behandlung darf deshalb nur als letztes Mittel zur Anwendung kommen, und nur, wenn es keine weniger einschneidende Schmerzbehandlungsmethode gibt.

2.1.3 Passive Sterbehilfe

Der *Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen* (wie z.B. künstliche Beatmung, Nahrungszufuhr und Verabreichung von Arzneimitteln) *oder der Abbruch solcher Massnahmen* ist *unter bestimmten Voraussetzungen* ebenfalls zulässig. Man spricht hier von sog. passiver Sterbehilfe, denn sie ist durch ein Unterlassen gekennzeichnet (s. hierzu unten Ziff. 4.2.1). Dem Sterbeprozess wird trotz bestehender Interventionsmöglichkeiten freier Lauf gelassen, wenn die betroffene Person oder ihre Vertretung dies wünscht⁴. Es ist kontrovers, ob hier überhaupt von Sterbehilfe bzw. Euthanasie

¹ Siehe statt vieler Christian Schwarzenegger, in: Niggli/Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar Strafgesetzbuch II, Basel etc. 2003, Vor Art. 111 N. 20 ff.

² Damit nimmt das Gesetz auf Artikel 64 Absatz 2 StGB Bezug. Dieses nunmehr für eine Privilegierung konstitutive subjektive Element wurde erst im Rahmen der StGB-Revision im Jahre 1989 in Artikel 114 StGB aufgenommen (in Kraft ist diese Fassung seit 1. Januar 1990). Siehe die Ausführungen hierzu in der Botschaft über die Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes (Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, gegen die Sittlichkeit und gegen die Familie) vom 26. Juni 1985, BBl 1985 II 1009, 1024.

³ Gemäss den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“, genehmigt vom Senat der SAMW am 25.11.2004, http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf, ist der Arzt verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung (Verkürzung oder Verlängerung) der Lebensdauer führen sollte, Ziff. 3.1.

⁴ Kann die betroffene Person mangels Urteilsfähigkeit nicht mehr gefragt werden, kann auf ihre Patientenverfügung zurückgegriffen werden. Gibt es weder einen gesetzlichen Vertreter noch eine Vertrauensperson oder ist in Notfallsituationen eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten ihre Entscheide gemäss dem wohlverstandenen Interesse und dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu treffen. Bei Unmündigen gilt grundsätzlich der Wille

(„Euthanasía“, aus dem Griechischen: „leichter Tod“) gesprochen werden kann. Der Sterbewunsch des Patienten genießt in diesem Bereich grundrechtlichen Schutz (Recht auf Selbstbestimmung)⁵.

2.2 Suizidhilfe und „Sterbetourismus“

2.2.1 Suizidhilfe

Bei der Suizidhilfe liegt die *Tatherrschaft* über das Geschehen – anders als in den oben beschriebenen Fällen der Sterbehilfe – bei der *sterbewilligen Person*. Diese führt die den Tod bewirkende Handlung selber aus, und zwar im Bewusstsein der tödlichen Wirkung. *Fehlt dieses Bewusstsein* – beispielsweise mangels Urteilsfähigkeit –, liegt *kein Suizid, sondern allenfalls eine strafbare Fremdtötung* (s. oben Ziff. 2.1.1) vor.

Bei der Suizidhilfe, die von Suizidhilfeorganisationen geleistet wird, geht es meistens um die Verschreibung und Bereitstellung eines tödlichen Betäubungsmittels mit dem Ziel, einer sterbewilligen Person den Suizid zu ermöglichen (s. hierzu unten Ziff. 6.1.2). Suizidhilfe kann aber auch darin bestehen, dass einem Suizidwilligen ausschliesslich psychische Unterstützung im Hinblick auf das von ihm verfolgte Ziel geleistet wird.

Suizidhilfe ist – anders als die gezielte Fremdtötung – nicht generell, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen strafbar. Gemäss Artikel 115 StGB (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord) wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft, „wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde“.

Die von *Suizidhilfeorganisationen* wie EXIT und Dignitas durchgeführte Suizidhilfe blieb in der Schweizer Praxis bis anhin ausnahmslos straflos (s. dazu unten Ziff. 6.2.1). Denn es lagen jeweils keine selbstsüchtigen Beweggründe im Sinne von Artikel 115 StGB vor, bzw. konnten keine solchen nachgewiesen werden. Speziell im Zusammenhang mit diesen Organisationen wird die Suizidhilfe oft auch als „Sterbehilfe“ (oder auch „Freitodhilfe“) bezeichnet. Man spricht landläufig auch von „Sterbehilfeorganisationen“, was den falschen Eindruck erweckt, es gehe hier nicht nur um die Suizidhilfe, sondern um – in der Schweiz prinzipiell strafbare – Fremdtötungen (s. oben Ziff. 2.1.1).

2.2.2 „Sterbetourismus“

Um einen Sonderfall von Suizidhilfe handelt es sich beim so genannten „Sterbetourismus“. Seit einigen Jahren bieten einzelne schweizerische Suizidhilfeorganisatio-

des gesetzlichen Vertreters. Bei lebenswichtigen Entscheiden ist die Vormundschaftsbehörde beizuziehen, wenn kein Konsens mit den Eltern bzw. des gesetzlichen Vertreters zu finden ist. Siehe hierzu Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, genehmigt vom Senat der SAMW am 27. November 2003 (Link: http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_PVS.pdf), Ziff. 2.

⁵ Der Wunsch des Patienten nach zielgerichteter Tötung durch den Arzt findet seine Schranke hingegen im Fremdtötungsverbot. Siehe hierzu Jörg Paul Müller, Grundrechte in der Schweiz, 3. Aufl. Bern 1999, S. 59 ff., 61.

nen (namentlich Dignitas⁶) ihre Dienste auch *Personen aus dem Ausland*, d.h. ohne Wohnsitz in der Schweiz an. Diese sterbewilligen Personen stammen aus Ländern, in denen die Suizidhilfe – anders als in der Schweiz – verboten ist (s. unten Ziff. 6.1.3). Sie kommen in die Schweiz, um mit dieser ihnen angebotenen Hilfe - auf hier legale Weise - Suizid zu begehen (s. unten Ziff. 6.1.2). Zur Beschreibung dieses Phänomens hat sich in der Schweiz das Wort „Sterbetourismus“ verbreitet. Weil es sich in diesen Fällen wie gesagt um *Suizidhilfe* – und nicht etwa um Sterbehilfe – handelt, wäre es konsequenter, stattdessen von „*Suizidtourismus*“ zu sprechen.

2.3 Sterbebegleitung und Palliative Care

Palliativmedizin bzw. Palliative Care ist Sterbebegleitung durch medizinische Unterstützung und Betreuung von Sterbenden, auch wenn dies in einigen Fällen als Nebenwirkung zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen kann. Eine rechtliche Regelung der Palliativmedizin ist im Bereich des Gesundheitsrechts anzusiedeln (s. die ausführlichen Bemerkungen zu Palliative Care unten Ziff. 5).

Bei der Sterbebegleitung geschieht *nichts strafrechtlich Relevantes*.

3. Politische und fachspezifische Diskussion

Das Thema Sterbehilfe im weitesten Sinne und deren rechtliche Regelung beschäftigt Politik, Fachgremien und Öffentlichkeit bereits seit einigen Jahren. Parlamentarische Vorstösse zur Legiferierung in diesem Bereich reichen von Liberalisierung und Erleichterung der Sterbehilfe bis hin zu Einschränkung oder gar Unterbindung derselben. Eine Richtung, in welche die Gesetzgebung gehen sollte, ist unter diesen Umständen nicht klar auszumachen.

3.1 Bundespolitische Ebene

Die bundespolitische Diskussion über die gesamte Problematik der *Sterbehilfe* befasst sich mit den verschiedenen Aspekten des Lebensendes. Darunter fallen Sachverhalte von den einzelnen Formen der Sterbehilfe (direkte aktive, indirekte aktive und passive Sterbehilfe) über die Suizidhilfe und den damit verbundenen Sterbetourismus bis hin zur Sterbebegleitung und Palliativmedizin. In diesem Zusammenhang sind auch die Patientenrechte⁷ zu erwähnen.

Bezüglich der *direkten aktiven Sterbehilfe* lehnten sowohl der Bundesrat als auch das Parlament bis anhin eine Lockerung des Tötungsverbots immer ab. Der Bundes-

⁶ Der Verein „Dignitas – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben“ wurde am 17. Mai 1998 in Forch-Zürich gegründet. Die Organisation hat gemäss Statuten den Zweck, ihren Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern und diese Werte auch weiteren Personen zukommen zu lassen. Siehe hiezu <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm>.

⁷ Im Vorentwurf zur Revision des Vormundschaftsrechts vom Juni 2003 wurden differenzierte bundesrechtliche Regelungen zur Vertretung von urteilsunfähigen Personen bei medizinischen Massnahmen vorgeschlagen (Art. 434 ff. VE-ZGB). Die Vorschläge sowie die Zusammenstellung der Vernehmlassungen hiezu sind abrufbar unter: <http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/0/2004/7.html>.

rat tat dies ganz deutlich in seinem Bericht zum Postulat Ruffy vom Juli 2000⁸, in der Stellungnahme zur Motion Zäch⁹ vom November 2001 und schliesslich im Dezember 2001 bei der Behandlung der parlamentarischen Initiative Cavalli¹⁰.

Eine Regelung der *indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe* sowie Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin wird von den Motionen der Kommission für Rechtsfragen des Ständerats „Sterbehilfe und Palliativmedizin“¹¹ und der Freisinnig-demokratischen Fraktion¹² „Expertenarbeiten zum Thema Sterbehilfe“ verlangt.

Speziell in Bezug auf die *Palliativmedizin* sind die Motion Rossini, die Interpellationen Bortoluzzi und Gross sowie die Motion Menétrey-Savary¹³ zu erwähnen.

Zwei weitere Motionen aus dem Jahre 2002 von Vallender und Baumann¹⁴ verlangten eine Neufassung von Artikel 115 StGB (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord). Diese Vorstösse wiesen auf verschiedene Missstände hin. Es wurde namentlich beklagt, dass *Suizidhilfe* an psychisch Kranken ohne fundierte Abklärungen geleistet werde, dass die Abgrenzung zwischen Artikel 115 StGB und Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen) nicht klar gezogen werde und dass zunehmend Personen aus fremden Staaten, in welchen die Beihilfe zur Selbsttötung und Suizidhilfeorganisationen verboten seien, sich in der Schweiz das Leben nehmen würden, was unseres Landes nicht würdig sei.

Die Vorschläge, um dieser Situation Abhilfe zu schaffen, gingen von der Einführung der Bedingung eines Wohnsitzes in der Schweiz, der Registrierungs- und Bewilligungspflicht der Suizid- oder Sterbehilfeorganisationen sowie des Werbeverbots und der Feststellung des Vorhandenseins eines konstanten Sterbewunsches und der

⁸ Der Bericht des Bundesrates zum Postulat Ruffy 94.3370 Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches ist abrufbar unter:

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0003.File.tmp/ber-ruffy-d.pdf>. Er basiert auf dem Bericht der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ an das EJPD vom März 1999, welcher seinerseits unter

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0001.File.tmp/b-bericht-d.pdf> abrufbar ist. Der Bundesrat hat in seinem Bericht auch die sehr restriktiv formulierte Ausnahme von der Strafbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe, welche von einer Mehrheit der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ vorgeschlagen worden war, abgelehnt, und zwar mit der Begründung, dies käme einer Lockerung des Fremdtötungsverbot gleich, womit ein Tabu gebrochen werde, welches in unserer christlichen Kultur tief verankert sei (a.a.O., S. 15).

⁹ Motion Zäch 01.3523 Sterbehilfe. Gesetzeslücke schliessen statt Tötung erlauben. Stellungnahme des Bundesrates vom 14. November 2001. Diese Motion wurde am 17. Juni 2003 als Postulat beider Räte überwiesen.

¹⁰ Initiative Cavalli 00.441 Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung

¹¹ Motion RK-S 03.3180 Sterbehilfe und Palliativmedizin. Der Bundesrat hat auch im Bericht zum Postulat Ruffy (Fn. 8) betont, es sei notwendig, die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege auszuschöpfen, und es sei im Rahmen der Gesetzesreformen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens alles zu tun, um diese voranzubringen. Ausserdem sprach er sich für eine ausdrückliche Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe aus (a.a.O., S. 14). Siehe hierzu auch die Stellungnahme des Bundesrates zur Motion Zäch (Fn. 9).

¹² Motion FDP-Fraktion 05.3352 „Expertenarbeiten zum Thema Sterbehilfe“. Der Bundesrat hat sich am 23. September 2005 bereit erklärt, diese Motion entgegenzunehmen.

¹³ Motion Rossini 00.3342 Finanzierung der Palliativbehandlung, welche am 6. Oktober 2000 in der Form eines Postulates überwiesen wurde; Interpellation Bortoluzzi 00.3668, Stärkung der Palliativmedizin; Interpellation Gross 03.3341 Palliativmedizin. Sterbehospize; Motion Menétrey-Savary 03.3405, Problematik der Suizidbeihilfe als Unterrichtsfach an medizinischen Fakultäten.

¹⁴ Motion Vallender 02.3500 Sterbehilfe und „Sterbetourismus“; Motion Baumann 02.3623 Abschaffung des „Sterbetourismus“ in der Schweiz

Urteilsfähigkeit des Suizidenten durch zwei voneinander unabhängigen Ärzte bis hin zur Streichung des Entlastungsgrundes des Fehlens selbstsüchtiger Beweggründe im Straftatbestand von Artikel 115 StGB und somit dem ausnahmslosen Verbot jeglicher Beihilfe zum Suizid. Beide Motionen wurden mangels Behandlung im Parlament abgeschrieben. In der Herbstsession 2005 schliesslich wurden im Nationalrat zwei Fragen im Zusammenhang mit *Suizidhilfeorganisationen* gestellt¹⁵.

3.2 Fachgremien

Sowohl die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als auch die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) haben sich in den Jahren 2004 und 2005 eingehend mit der Problematik der Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, der Suizidhilfe und auch teilweise mit dem Phänomen des Sterbetourismus auseinandergesetzt.

3.2.1 SAMW

Die *medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW* für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst-geschädigter Patienten aus dem Jahre 1995 wurden 2004 revidiert und neu unter dem Titel „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ publiziert¹⁶. Das Ziel dieser neuen Richtlinien besteht hauptsächlich darin, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende aufzuzeigen. Es geht der SAMW mit diesen Massnahmen darum, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten sowie eine Unterstützung der Angehörigen zu gewährleisten.

Diese Richtlinien äussern sich wie folgt zur palliativen Betreuung und zum Behandlungsverzicht sowie -abbruch:

Die *palliative Betreuung* umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerische Unterstützung von Patienten und Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Der Arzt ist demnach verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer (Verkürzung oder Verlängerung) führen kann.

Angesichts des Sterbeprozesses könne der *Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen* oder deren Abbruch gerechtfertigt oder geboten sein. Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg sowie die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie eine Rolle. Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gelten grundsätzlich die gleichen Überlegungen. Erschwerend sei allerdings der Umstand, dass eine Orientierungsmöglichkeit am mutmasslichen Willen oder der Persönlichkeit entfalle. Der Einsatz belastender Massnahmen zur Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen müsse deshalb von der Prognose abhängig gemacht werden¹⁷.

¹⁵ Frage Heim 05.5160 Mangelnde Aufsicht über Sterbehilfeorganisationen; Frage Wäfler 05.5174 Vollzug des Strafrechts durch die Zürcher Justizbehörden gegenüber Sterbehilfeorganisationen.

¹⁶ Siehe Fn. 3. Ende 2003 waren erstmals die Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten separat formuliert worden. Siehe dazu Fn. 4.

¹⁷ Siehe die genannten Richtlinien der SAMW (Fn. 3), Ziff. 3.

Bezüglich der *Beihilfe zum Suizid* halten die Richtlinien zunächst fest, dass die Rolle des Arztes bei Patienten am Lebensende darin besteht, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Dazu gehört auch die Pflicht, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Die Richtlinien anerkennen aber auch, dass in Grenzsituationen für die Ärzte ein schwer lösbarer Konflikt entstehen kann. Auf der einen Seite ist die Suizidhilfe nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit. Auf der anderen Seite hat der Arzt aber stets den Willen des Patienten zu achten. Im Einzelfall und unter Berücksichtigung gewisser Voraussetzungen darf nun der Arzt einem Begehren nach Beihilfe zum Suizid nachkommen. Er hat aber auch das Recht, Suizidhilfe abzulehnen. Vorgesetzte können die Suizidhilfe oder die Mitwirkung dazu von ihren Mitarbeitenden nicht verlangen. Sie können sie ihnen aber auch ganz verbieten. Innerhalb dieser Schranken handelt es sich um eine persönliche Gewissensentscheidung, die zudem dokumentiert werden und folgende *Mindestanforderungen* erfüllen muss:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen, ohne Druck von aussen entstanden und dauerhaft. Dies muss von einer unabhängigen Drittperson überprüft worden sein, die nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der den Tod bewirkenden Handlung muss in jedem Fall durch die Patientin oder den Patienten ausgeführt werden¹⁸.

Bezüglich des Personals einer Institution der Langzeitpflege wird in den Richtlinien und Empfehlungen der SAMW über die Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen hingegen festgehalten, dass dieses zu keinem Zeitpunkt an der Durchführung eines Suizids mitwirken darf¹⁹.

3.2.2 NEK

Die NEK hat am 11. Juli 2005 ihre Stellungnahme zur „Beihilfe zum Suizid“ veröffentlicht. In dieser Stellungnahme sind auch *12 Empfehlungen zum Thema Suizidbeihilfe* enthalten²⁰.

Darin wird eingangs erläutert, die ethischen Fragen, welche die Suizidbeihilfe aufwerfe, ergäben sich aus dem Spannungsverhältnis der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits (Empfehlung 1). Die Suizidbeihilfe sollte in ethischer Sicht klar unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen (Empfehlung 2).

¹⁸ Siehe SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (Fn. 3), Ziff. 4.1; siehe auch die Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW, Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, genehmigt vom Senat am 18. Mai 2004, Ziff. II.5.2 und III.5. Link: http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_AeMiA_2004.pdf.

¹⁹ Siehe die genannten Richtlinien der SAMW (Fn. 18), Ziff. III.5.

²⁰ Siehe diese Empfehlungen im Bericht der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) „Beihilfe zum Suizid“, Stellungnahme Nr. 9/2005; verabschiedet durch die Kommission am 27. April 2005 (Link: http://www.nek-cne.ch/de/pdf/br_suizid_f_internet_dt.pdf), S. 65 ff. Die NEK hatte bereits im Jahr 2004 10 erste Thesen zur öffentlichen Diskussion gestellt (s. die Hinweise hierzu S. 6).

Die grundsätzlich liberale Haltung, welche in der Strafbestimmung über die Beihilfe zum Suizid (Artikel 115 StGB) zum Ausdruck kommt, sei nicht in Frage zu stellen. Es gelte der liberale Grundsatz, dass die Entscheidungen sowohl des Suizidwilligen als auch dessen, der ihm beisteht, zu respektieren sind und dass sich der Staat hier nicht einzumischen habe (Empfehlungen 3 und 5).

Ein besonderes ethisches Problem bestehe in der Sicherstellung einer ausreichenden Abklärung und Kenntnis der suizidwilligen Person und ihrer Situation, der Konstanz des Suizidwunsches und der diesbezüglichen Sorgfaltspflichten (Empfehlung 4).

Es gebe keinen ethischen Grund, Suizidwillige aus dem Ausland generell vom assistierten Suizid in der Schweiz auszuschliessen; jedoch müsse bei Suizidwilligen aus dem Ausland genauso wie bei solchen aus dem Inland sichergestellt werden, dass die in der Empfehlung 4 formulierten Bedingungen erfüllt sind (Empfehlung 10).

Weiter wird eine staatliche Aufsicht über die Suizidhilfeorganisationen befürwortet bzw. gefordert (Empfehlung 12), und zwar aus folgenden Überlegungen: Suizidhilfeorganisationen könnten aufgrund der fehlenden Beziehung zu den Sterbewilligen dazu tendieren, von den beiden in einer solchen Situation zu berücksichtigenden Polen - Lebenshilfe einerseits und Respektierung der Autonomie eines Suizidwilligen andererseits – den zweiten Pol, die Selbstbestimmung, zum Leitmotiv ihrer Aktivitäten zu machen. Es bedürfe rechtlicher Vorgaben, damit der erste Pol hinreichend Berücksichtigung erfahre. Die selbst gegebenen Regeln dieser Organisationen reichten hierfür nicht aus (Empfehlung 5).

Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Krankheit sei, solle in der Regel keine Beihilfe geleistet werden (Empfehlung 6)²¹. Bei Kindern und Jugendlichen sollten die in der Gesundheitspflege generell geltenden rechtlichen und ethischen Regeln zur Anwendung kommen (Empfehlung 7)²².

Bewohner von Institutionen der Langzeitpflege, die den assistierten Suizid wünschen und über keinen anderen Lebensort verfügen, sollten diesen nach Möglichkeit auch dort durchführen können. In Akutspitälern sollte jeweils klar geregelt werden, ob die Möglichkeit des begleiteten Suizids zugelassen werden soll oder nicht, und dies sollte auch den Patienten erklärt werden (Empfehlung 8).

Angehörige von Heilberufen sollten nicht zur Leistung von Suizidhilfe verpflichtet sein, sondern dies jeweils nur aufgrund einer persönlichen Entscheidung tun (Empfehlung 9).

²¹ 1999 verhängte EXIT ein Moratorium für die Begleitung von psychisch Kranken. Am 11. November 2004 beschloss der Vorstand von EXIT, dieses Moratorium nicht mehr generell gelten zu lassen, sondern jeweils die Frage der Urteilsfähigkeit abklären zu lassen. Siehe die Pressemitteilung unter: http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/archiv_2004/2004_11_12_64937145_meldung.php?navid=18.

²² Eine Minderheit der NEK hat die Suizidhilfe bei Kindern und Jugendlichen abgelehnt. Siehe Bericht der NEK (Fn. 20), S. 72.

3.3 Kantonale und kommunale Ebene

Auf der kantonalen und kommunalen Ebene hat sich die politische Diskussion in den letzten Jahren vor allem mit der Problematik der Suizidhilfe und des Sterbetourismus befasst. Vom *Sterbetourismus* waren bisher die Kantone Zürich und Aargau am meisten betroffen. Momentan scheint sich die Lage zumindest im Kanton Aargau etwas beruhigt zu haben. Nach Aussagen der politischen Behörden fühlten sich die beiden genannten Kantone als „Drehscheiben des Sterbetourismus“. Strafverfolgungsorgane und Mitglieder kantonalen Parlamente vermissten klare Richtlinien für die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen. Es wurden Missstände und Missbräuche beklagt, namentlich in Zusammenhang mit der Abklärung und Beurteilung der Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Personen durch die Suizidhelfer. Teilweise herrschte die Auffassung, es sollten auf kantonaler Ebene Bestimmungen erlassen werden (siehe etwa die Motion 04.168 Sylvia Flückiger-Bäni, vom 22. Juni 2004 betreffend Sterbehilfe und Abschaffung des Sterbetourismus im Kanton Aargau). Es wurde aber auch der Ruf nach einer einheitlichen Regelung auf Bundesebene laut, um einer allfälligen Verlagerung der Probleme in einen anderen Kanton bzw. in andere Kantone vorzubeugen²³.

Im Zürcher Kantonsrat wurde am 22. August 2005 über das Thema Sterbetourismus debattiert. Ein aus den Reihen der EVP und CVP stammendes Postulat verlangte die Einführung eines Verbotes des Sterbetourismus im Kanton Zürich sowie eine Bewilligungs- und Ausbildungspflicht für die Freitodhelfer (Postulat vom 22. September 2003, KR-Nr. 288/2003). Der Regierungsrat war bereit, das Postulat entgegenzunehmen. In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, es gebe keine gesetzliche Verpflichtung für Suizidhilfeorganisationen zur Kooperation mit den bei ausserordentlichen Todesfällen befassten Strafverfolgungsbehörden. Im Kanton Zürich würden jährlich etwa 150 Personen mit Hilfe von Organisationen sterben, wovon etwa 100 Personen aus dem Ausland stammen. Wenn der Bund nichts mache, müsse der Kanton Zürich etwas tun. Der Rat lehnte allerdings die Überweisung des Postulats mit 95 zu 49 Stimmen ab²⁴.

In der Stadt Zürich war im Jahr 1987 die Suizidhilfe in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen generell verboten worden. Im Jahr 2000 überprüfte der Zürcher Stadtrat diese Regelung und entschied, in Altersheimen und Pflegezentren unter bestimmten Voraussetzungen den Suizid unter Beihilfe von Suizidhilfeorganisationen zuzulassen²⁵. Vorher waren die Insassen dieser Institutionen gezwungen, falls möglich, den unterstützten Suizid in ihrer Privatwohnung zu begehen. Dies müssen übrigens nach wie vor die Patienten der Zürcher Stadtspitäler tun, nachdem in diesen das Suizid-

²³Siehe die Medienmitteilung aus dem Kanton Aargau vom 1. Juli 2004 unter <http://www.ag.ch/-medienmitteilungen/index.php?controller=Mitteilung&MitteilungsId=2656&navId=Medienmitteilungen>.

²⁴Siehe die Ratsberichterstattung zur Sitzung vom 22. August 2005 in der NZZ vom 23. August 2005, Nr. 195, S. 53. Der Zürcher Regierungsrat hatte zudem im Januar 2004 verschiedene Fragen zu beantworten betreffend die Suizidhilfeorganisation Dignitas. Siehe hiezu Protokoll des Zürcher Kantonsrates, 33. Sitzung, Montag, 12. Januar 2004, 8.15 Uhr, KR 2004, S. 2483-2492.

²⁵Verfügung vom 14. Juli 1987 betreffend „Durchführung von Selbsttötungsaktionen“ sowie „Unterstützung solcher Massnahmen“; Zürcher Stadtratsbeschluss vom 25. Oktober 2000, „Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements“, seit 1. Januar 2001 in Kraft. Er war der Auslöser der Interpellation Bortoluzzi 00.3668 Stärkung der Palliativmedizin vom 13. Dezember 2000.

hilfe-Verbot immer noch gilt. Der Besuch von Suizidhilfeorganisationen ist hingegen zulässig²⁶.

Der Gemeinderat von Bern hat am 17. Oktober 2001 „Richtlinien zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen“ erlassen und sofort in Kraft gesetzt. Nach diesen Richtlinien ist die Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in diesen Institutionen prinzipiell erlaubt, wenn die betreffende Person kein eigenes Zuhause mehr hat. Die aktive Mitwirkung an der Vorbereitung oder Durchführung von Suiziden (auch unter Beihilfe von Dritten), insbesondere auch die Vermittlung von Suizidhilfeorganisationen, sind dem Heimpersonal untersagt. Auf Wunsch der suizidwilligen Person dürfen sie beim Suizid allenfalls anwesend sein. Dazu verpflichtet werden können sie hingegen auch nicht²⁷.

Im Kanton Aargau hat der Regierungsrat im Oktober 2003 die Beschwerde eines Arztes abgewiesen, dem verboten worden war, Betäubungsmittel als Arzneimittel zu verordnen. Dieser hatte zu Handen von Suizidhilfeorganisationen vermehrt Betäubungsmittel verschrieben. Der Regierungsrat befand, dass die Arztzeugnisse nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprachen, denn der Arzt missachtete die Schutzpflichten, die er gegenüber Patienten hat, und untersuchte diese nicht gründlich²⁸.

Die Zürcher Gesundheitsdirektion entzog am 26. Mai 2004 einem Arzt die Bewilligung zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit. Er hatte im Rahmen seiner Tätigkeit für eine Suizidhilfeorganisation einen Patienten untersucht, dazu einen Bericht verfasst und schliesslich ein Rezept über eine tödliche Dosis des Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NAP) ausgestellt und mit diesem Vorgehen gegen ein ihm gegenüber zuvor ausgesprochenes Verbot zur Behandlung männlicher Patienten verstossen²⁹.

3.4 Öffentlichkeit

Auch in der Öffentlichkeit wird vorwiegend die Suizidhilfe thematisiert. Dazu haben in den letzten Jahren vor allem gewisse Vorfälle und fragwürdige Praktiken einzelner

²⁶ Eine aktuelle Übersicht über die Situation betreffend Zulassung von Suizidhilfeorganisationen in Spitälern und Heimen in der ganzen Schweiz bietet Margrit Leuthold, Generalsekretärin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, in Sterbewunsch in der Klinik, Zur Diskussion der Zulassung von Suizidhilfeorganisationen in Akutspitälern, NZZ vom 19./20. November 2005, Nr. 271, S. 77. Sie vertritt a.a.O. die Ansicht, dass sich die Akutspitäler explizit äussern sollten, wie sie sich zur Suizidbeihilfe stellen und wie die Frage des Zutritts von Suizidhilfeorganisationen zu ihrer Einrichtung zu regeln sei. Nach einer AP-Meldung vom 17. Dezember 2005 akzeptiert das Universitätsspital Lausanne (CHUV) als erstes Schweizer Universitätsspital ab 2006 die Suizidhilfe (mit Hilfe der Suizidhilfeorganisation EXIT-ADMD Suisse romande); siehe NZZ vom 19. Dezember 2005, Nr. 296, S. 9. Demgegenüber lehnt das Universitätsspital Basel eine Zusammenarbeit mit Suizidhilfeorganisationen klar ab und misst hingegen den Patientenverfügungen eine bedeutende Rolle zu; siehe dazu Bericht in der Basler Zeitung vom 28. Dezember 2005, Nr. 303, S. 13.

²⁷ Diese Richtlinien können unter <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alterspolitik> abgerufen werden. Nicht erlaubt ist die Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter bei folgenden Konstellationen:

- Der Entschluss zur Selbsttötung kam unter Druck Dritter zustande.
- Die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person ist eingeschränkt.
- Die suizidwillige Person leidet an einer psychischen Krankheit.

²⁸ Medienmitteilung des Regierungsrats des Kantons Aargau vom 21. Oktober 2003.

²⁹ Das Zürcher Verwaltungsgericht sowie das Bundesgericht wiesen die in der Folge vom betroffenen Arzt dagegen eingereichten Beschwerden ab. Siehe hiezu das Urteil des schweizerischen Bundesgerichtes 2P.310/2004 vom 18. Mai 2005.

Suizidhilfeorganisationen (insbesondere hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit im Ausland) beigetragen. Am meisten zu diskutieren gab in jüngster Zeit wohl der Sterbetourismus³⁰. Es wurde die Frage gestellt, ob dieses Phänomen den internationalen Ruf der Schweiz gefährde – sei dies nur aufgrund der unterschiedlichen Rechtslage oder aufgrund der Vermutung, dass die Rechtslage hier ausgenützt bzw. missbraucht würde. Namentlich aus dem Kanton Zürich, welcher vom Sterbetourismus stark betroffen ist, wurde nun schon verschiedentlich öffentlich die Forderung nach einer bundesgesetzgeberischen Regelung für die bzw. Reglementierung der Suizidhilfeorganisationen gestellt³¹.

Wohl auch ausgehend von dieser Situation betreffend Suizidhilfe bzw. Sterbetourismus war die grundsätzlichere öffentliche Diskussion rund um die Sterbehilfe und die Frage nach einem bundesgesetzgeberischen Handlungsbedarf etwas in den Hintergrund gerückt. Der Fall der amerikanischen Wachkomapatientin Terri Schiavo hat jedoch im Frühjahr 2005 die Diskussion weltweit, und damit auch in der Schweiz, wieder aufleben lassen³².

4. Indirekte aktive und passive Sterbehilfe

4.1 Politische Ausgangslage

Der Bundesrat schloss sich im Jahr 2000 in seinem Bericht zum Postulat Ruffy der Meinung der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ an, welche sich für eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe ausgespro-

³⁰ Siehe als Beispiele für die öffentliche Diskussion die Reportage „Fahrkarte – ganz einfach“ im Nachrichtenmagazin Facts, Nr. 36, 8. September 2005, S. 16 ff. sowie den Leitartikel „Selbstbestimmung am Ende des Lebens“, in der NZZ vom 12./13. November 2005, Nr. 265, S. 53. Ludwig A. Minelli hat hiezu unter dem Titel „Absichtliche Fehlinformationen gegen DIGNITAS in Medien“ eine Stellungnahme veröffentlicht; siehe dieselbe unter: <http://www.dignitas.ch/we/media/Fehlinformationen.pdf>.

³¹ Die NZZ bezeichnete das Fehlen einer gesamtschweizerischen Regelung, die eine Ausbildungs- und Bewilligungspflicht für Sterbehelfer umfassen müsste, als „skandalös“, nachdem entsprechende parlamentarische Vorstösse schon lange im EJPD hängig seien (siehe NZZ vom 12./13. November 2005, Nr. 265, S. 53). Die spezifisch auf die Reglementierung der Suizidhilfeorganisationen zugeschnittenen bundesparlamentarischen Vorstösse sind allerdings allesamt mangels Behandlung abgeschrieben worden (siehe hiezu oben Ziff. 3.1). Kurz zuvor hatte der Zürcher Kantonsrat die Überweisung eines Postulats abgelehnt, womit der Sterbetourismus verboten und eine kantonale Reglementierung der Suizidhelfer eingeführt werden sollte (siehe hiezu oben Ziff. 3.3).

³² Siehe etwa den Bericht in der NZZ vom 23. März 2005, Nr. 69, S. 15, „Ein Fall Schiavo ist auch bei uns möglich, Erfahrungen mit der Betreuung von Wachkoma-Patienten“. Die SAMW hat indessen am 22. März 2005 die Stellungnahme: „Der ‚Fall‘ Terri Schiavo: wie würde in der Schweiz gehandelt?“ veröffentlicht. Dabei wurde klar gestellt, dass Wachkoma-Patienten nicht sterbend sind, sondern sich in einem stabilen, vermutlich irreversiblen Zustand befinden. Nach den SAMW-Richtlinien „Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten“ (Fn. 4) haben diese Patienten Anrecht auf adäquate Betreuung, wozu auch Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gehören. Ohne ihre gegenteilige direkte oder indirekte Willensäußerung (wie und wem auch immer übermittelt) ist eine klinisch stabile Patientin weiter adäquat zu ernähren und mit Flüssigkeit zu versorgen. Nur bei Vorliegen einer entsprechenden Patientenverfügung darf die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit gestoppt werden. Weder Ehemann noch Eltern oder weitere nahe stehende Angehörige noch der behandelnde Arzt können in dieser Frage stellvertretend entscheiden. Nur wenn Komplikationen eintreten würden, dürften die Angehörigen zusammen mit dem behandelnden Team entscheiden, zugunsten von Linderung und Pflege auf eine therapeutische Massnahme zu verzichten, vorausgesetzt, dass dies dem mutmasslichen Willen der Patientin entsprechen würde. Siehe diese Stellungnahme unter: <http://www.samw.ch/docs/Stellungnahmen/TerriSchiavo.pdf>.

chen hatte³³. Zur Begründung führte er an, die beiden Formen der Sterbehilfe gelten zwar schon heute als zulässig, seien aber nur in den einschlägigen Richtlinien der SAMW geregelt. Angesichts der Tatsache, dass die Sterbehilfe das Leben, und damit das höchste Gut überhaupt betreffe, müsse diese Regelung vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber vorgenommen und nicht den medizinischen Wissenschaften überlassen werden. Eine klare gesetzliche Grundlage habe zudem den Vorteil, Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit zu gewährleisten, und böte Gelegenheit, eine Lücke zu füllen und das Recht den Tatsachen anzupassen³⁴.

Im Folgenden wird der gesetzgeberische Handlungsbedarf im Bereich der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe heute beurteilt. Die beiden Formen der Sterbehilfe werden dabei angesichts der unterschiedlichen rechtlichen Ausgangslage getrennt behandelt.

4.2 Passive Sterbehilfe

4.2.1 Rechtliche Ausgangslage

Passive Sterbehilfe liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird bzw. solche Massnahmen abgebrochen werden und dem Sterbeprozess freier Lauf gelassen wird³⁵.

Die passive Sterbehilfe hat in der Schweiz eine sehr grosse Bedeutung. Im Vergleich zu fünf EU-Ländern (Schweden, Dänemark, die Niederlande, Belgien, Italien) wird diese Form der Sterbehilfe in der Schweiz am häufigsten praktiziert. Der Anteil der passiven Sterbehilfe an allen Todesfällen beträgt in der Schweiz 41%, in den Niederlanden 30% und in Italien 6%³⁶.

Die Tötung durch Unterlassen³⁷, als welche die passive Sterbehilfe strafrechtsdogmatisch bezeichnet werden kann, ist nur strafbar unter den Voraussetzungen, die auch ansonsten für sog. unechte Unterlassungsdelikte gelten. Beim unechten Unterlassungsdelikt kann jemandem ein tatbestandsmässiger Erfolg (wie hier der Tod eines Menschen i.S. von Artikel 111 ff. StGB), dessen Eintritt er nicht verhindert

³³ Siehe Nachweise zu den Berichten der Arbeitsgruppe und des Bundesrats oben in Fn. 8.

³⁴ Siehe Bericht zum Postulat Ruffy (Fn. 8), S. 14 f.

³⁵ Siehe hiezu oben Ziff. 2.1.3. Nach den SAMW-Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (Fn. 3), Ziff. III ad. 3.2, gehören zu den lebenserhaltenden Massnahmen insbesondere die künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, die künstliche Beatmung und die kardiopulmonale Reanimation. Je nach Situation müsse auch über Sauerstoffzufuhr, Medikation, Transfusion, Dialyse und operative Eingriffe entschieden werden.

³⁶ Siehe den Bericht über diese Studie, welche von Oktober 2000 bis September 2003 durchgeführt wurde, in der NZZ vom 3. Oktober 2005, Nr. 230, S. 9. Bei der Quote der passiven Sterbehilfe wurden auch die Fälle mit berücksichtigt, in denen Opiate in hohen Dosen abgegeben wurden (womit wohl auch die indirekte aktive Sterbehilfe mit erfasst wurde). Die Studie kam zum Schluss, dass Ärzte in den Ländern Italien, Schweden und Dänemark mehr als ihre Kollegen in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz eine absolute Pflicht zur Lebenserhaltung empfinden.

³⁷ Schwarzenegger (Fn. 1), Vor Art. 111 N. 24, sieht im Abbruch laufender Behandlungsmassnahmen hingegen ein Tun und damit eine *direkte aktive Sterbehilfebehandlung*, welche in Ausnahmefällen (aufgrund einer verfassungsrechtlichen Güterabwägung) durch einen übergesetzlichen Rechtfertigungsgrund *rechtmässig* sein könne. Siehe auch seine ausführlichen Bemerkungen zur passiven Sterbehilfe bei unterschiedlichen Konstellationen a.a.O., Vor Art. 111 N. 21 ff.

hat, zugerechnet werden³⁸. Ausgangspunkt für eine Strafbarkeit des unechten Unterlassungsdelikttes ist die Garantenstellung des potentiellen Täters. Der Täter muss demnach eine besondere Handlungspflicht (begründet etwa durch Gesetz, Vertrag oder die Schaffung einer Gefahr) haben. *Fehlt eine Garantenstellung, fehlt auch die Tatbestandsmässigkeit einer Tötung durch Unterlassen*. Die passive Sterbehilfe ist demnach durchwegs straflos, sofern den betreffenden Arzt – oder je nachdem auch eine andere Person – nicht eine Garantenstellung trifft³⁹. Die Garantenstellung des Arztes wird durch einen Vertrag (Auftrag) begründet. Wird der Auftrag widerrufen, entfällt die Garantenstellung und damit auch eine Strafbarkeit für eine Tötung durch Unterlassen.

Erfolgt der Behandlungsverzicht bzw. -abbruch *auf ausdrücklichen Wunsch des (urteilsfähigen!) Patienten*, ist eine Strafbarkeit des behandelnden Arztes für sein Unterlassen auch ausgeschlossen, weil für eine weitere Behandlung die notwendige Einwilligung des Patienten klar fehlen würde. Unter diesen Umständen *wäre der ärztliche Eingriff eigenmächtig und rechtswidrig*⁴⁰. Der Entscheid des Patienten, lebensverlängernde Behandlungen nicht anzuwenden oder abubrechen, genießt hier gar grundrechtlichen Schutz⁴¹. Insofern gibt es hier keinen verfassungskonformen Handlungsspielraum betreffend bundesgesetzlicher Regelungen mit einer anderen Sichtweise.

4.2.2 Bundesgesetzgeberischer Handlungsspielraum

Bundesgesetzgeberischen Handlungsspielraum im Bereich der passiven Sterbehilfe gibt es zum einen bei den *Voraussetzungen für eine rechtsgültige Entscheidung des Patienten* zum Behandlungsverzicht bzw. -abbruch – sei es in der Form einer Patientenverfügung oder auch während einer ärztlichen Behandlung. Zum andern gibt es Handlungsspielraum hinsichtlich der *Frage, wer aufgrund welcher Kriterien über einen Behandlungsverzicht entscheiden darf, wenn der Patient dies selber nicht oder nicht mehr tun kann*.

Es gibt sehr unterschiedliche Konstellationen, in denen dem Patient in Bezug auf den Entscheid zum Behandlungsverzicht oder -abbruch die Urteilsfähigkeit fehlt. Als

³⁸ Diese Voraussetzungen sind von der Rechtsprechung herausgebildet worden, was mit Blick auf das Legalitätsprinzip nicht unproblematisch ist (vgl. Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches etc. vom 21. September 1998, BBl 1999 S. 1979, 2001). Mit der Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 13. Dezember 2002 hat das Parlament diese Voraussetzungen nun in dessen Allgemeinen Teil (Artikel 11 nStGB) aufgenommen (siehe BBl 2002 S. 8240, 8244). Diese Änderung des Strafgesetzbuches wird voraussichtlich am 1. Januar 2007 in Kraft treten.

³⁹ Ist eine Garantenstellung gegeben, bräuchte es für eine strafbare Tötung durch Unterlassen auch eine Tatmacht (objektive und subjektive Möglichkeit, die gebotene Rettungsmöglichkeit vorzunehmen) und die (hohe) Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Intervention der Tod nicht oder erst später eingetreten wäre. Siehe die Nachweise in Schwarzenegger (Fn. 1), Art. 111 N. 21 ff.

⁴⁰ Die eigenmächtige Behandlung wäre etwa unter dem Titel der einfachen Körperverletzung (Artikel 123 StGB) strafbar. Siehe hierzu Karl-Ludwig Kunz, Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger (Hrsg.), Strafrecht, Strafprozessrecht und Menschenrechte, Festschrift für Stefan Trechsel zum 65. Geburtstag, Zürich etc. 2002, S. 613 ff., 620 f. Die SAMW-Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (Fn. 3) halten fest, dass die Respektierung des Willens des urteilsfähigen Patienten für das ärztliche Handeln zentral sei. Deshalb sei eine ärztliche Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten unzulässig. Dies gelte selbst dann, wenn dieser Wille dessen wohlverstandenen Interessen aus der Sicht Aussenstehender zuwiderzulaufen scheine (a.a.O., Ziff. 2.1).

⁴¹ Siehe Müller (Fn. 5), S. 61.

Beispiele seien genannt Komapatienten, Neugeborene, Demenzkranke und auch Menschen mit psychischen Störungen. Das Recht könnte allenfalls diese verschiedenen Konstellationen aufzeigen und die jeweils anwendbaren Regeln verbindlich festlegen. Als *idealer Ort für eine solche detaillierte Regelung*, die vor allem Fragen der Urteils- und Handlungsfähigkeit bzw. Vertretungsverhältnis, aber auch die Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht betreffe, käme weniger das Strafgesetzbuch in Frage, sondern vielmehr das *Zivilgesetzbuch oder allenfalls ein Spezialgesetz* im Rahmen der Zivilrechtskompetenz des Bundes (Artikel 122 Absatz 1 BV).

Im *Strafgesetzbuch* gäbe es Handlungsspielraum hinsichtlich einer expliziten Regelung der *Voraussetzungen für die Strafflosigkeit der passiven Sterbehilfe*. In diese Richtung ging denn auch der Vorschlag der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“⁴².

4.3 Indirekte aktive Sterbehilfe

4.3.1 Rechtliche Ausgangslage

„Indirekte aktive Sterbehilfe (Sterbehilfe durch Tun) ist die unbeabsichtigte, aber nicht vermeidbare lebensverkürzende Nebenfolge einer Schmerztherapie bei Sterbenden (Lebensverkürzung als Nebeneffekt einer palliativen Behandlung).“⁴³ Unter Anwendung der allgemeinen Kausalitätsregeln läge hier eigentlich eine vorsätzliche Tötungshandlung vor⁴⁴. Denn als solche kann nicht nur die gezielte Tötung, sondern eben auch die vorsätzlich erzielte Beschleunigung des Todeseintritts bezeichnet werden. Zur Begründung der Strafflosigkeit dieser Art von Sterbehilfe muss hier – je nach Lehrmeinung – auf weitere Zurechnungsregeln bzw. Rechtfertigungsgründe zurückgegriffen werden. Es wird argumentiert, der Täter habe hier kein unerlaubtes Risiko geschaffen, weshalb es bereits an der Tatbestandsmässigkeit i.S.v. Artikel 111 StGB fehle⁴⁵, oder der Täter habe für die an sich tatbestandsmässige Handlung einen Rechtfertigungsgrund im Sinne von Artikel 32 StGB (Berufspflicht des Arztes, das Leiden seiner Patienten zu mildern)⁴⁶, oder die Rechtfertigung wird aus einer verfassungsrechtlichen Güterabwägung abgeleitet⁴⁷.

⁴² Siehe Nachweise im Bericht der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ (Fn. 8), S. 2. Die schriftliche Begründung der Motion Ruffy inklusive Gesetzesvorschlag, welcher die Voraussetzungen für die Strafflosigkeit hinsichtlich Artikel 114 und 115 StGB ausformulierte, ist in AB 1996 N 362 wiedergegeben.

⁴³ Schwarzenegger (Fn. 1), Vor Art. 111 N. 25. Siehe auch a.a.O. die Nachweise dazu, dass ein Teil der Lehre als Voraussetzung verlangt, dass die mit der Schmerzbehandlung verbundene Lebensverkürzung nicht sicher, sondern nur wahrscheinlich sein dürfe – dies zur Abgrenzung von der direkten aktiven Sterbehilfe.

⁴⁴ „Die Handlung ist also generell auch dann kausal, wenn sie den Eintritt des Erfolges bloss *beschleunigt* (jede Tötung kann als Beschleunigung eines mit Sicherheit – aber eben später – zu erwartenden Erfolgs angesehen werden).“ Stefan Trechsel/Peter Noll, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit, 6. Aufl. Zürich 2004, S. 90.

⁴⁵ Die objektive Erfolgszurechnung scheitert nach der Relevanztheorie „daran, dass das Lebensverkürzungsrisiko angesichts des sozial anerkannten Gebots, unerträgliche Schmerzen des Sterbenden zu lindern und damit die Lebensqualität schwer Kranker zu erhöhen, als *erlaubt* gilt. Eine wirksame Verminderung von Leiden Sterbender erhöht deren Lebensqualität, so dass das Risiko einer damit verbundenen Lebensverkürzung gestattet ist.“ So Kunz (Fn. 40), S. 618 f.

⁴⁶ Von dieser Auffassung ist auch die Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ in ihrem Bericht ausgegangen. Siehe Bericht der Arbeitsgruppe (Fn. 8), S. 43 f., 44.

⁴⁷ So Schwarzenegger (Fn. 1), Vor Art. 111 N. 25: „In Ermangelung einer gesetzlichen Regelung erscheint es überzeugender, die Rechtfertigung gestützt auf eine verfassungsrechtliche Güterabwägung zu bejahen, welche das Selbstbestimmungsrecht und das Verbot der unmenschlichen Behandlung ausnahmsweise über die Lebenserhaltungspflicht bei terminal Kranken mit Sterbewunsch stellt, falls es keine weniger einschneidende Schmerzbekämpfungsmassnahme gibt und die Schmerzfreiheit

Die Straflosigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe lässt sich dem Strafgesetzbuch – ähnlich wie bei der passiven Sterbehilfe (siehe oben Ziff. 4.2.1) – zwar nicht auf den ersten Blick entnehmen; sie ergibt sich aber auch aus der Anwendung allgemeiner strafrechtsdogmatischer Regeln.

4.3.2 Bundesgesetzgeberischer Handlungsspielraum

Was den bundesgesetzgeberischen Handlungsspielraum für eine Regelung der indirekten aktiven Sterbehilfe angeht, so stellt sich die Situation ähnlich dar wie bei der passiven Sterbehilfe. Der Gesetzgeber könnte im Strafgesetzbuch explizit regeln, unter welchen generellen Voraussetzungen eine solche Schmerzbehandlung straflos ist. Eine besondere Herausforderung bestünde hier sicherlich in der *Abgrenzung zur (direkten) aktiven Sterbehilfe, welche nach geltendem Recht klar strafbar ist* (siehe hierzu oben Ziff. 2.1.1) und nach Auffassung des Bundesrates auch strafbar bleiben soll (siehe hierzu unten Ziff. 4.4). Gesetzgeberischen Handlungsspielraum gäbe es auch hier betreffend den Voraussetzungen, unter welchen über diese Therapieform entschieden werden soll bzw. kann. Hier kann im Wesentlichen auf die oben unter Ziff. 4.2.2 erwähnten Punkte verwiesen werden. Bei der indirekten aktiven Sterbehilfe spielt wohl die ärztliche Aufklärungspflicht eine noch wesentlichere Rolle als bei der passiven Sterbehilfe. Die voraussichtliche Wirkung eines Behandlungsverzichts liegt auch für den medizinischen Laien vielfach wohl auf der Hand; diejenige einer Schmerztherapie dahingegen nicht. Die Abwägung der voraussichtlichen Leidensverminderung und der damit einhergehenden Lebensverkürzung kann so eindeutig nur mit Hilfe von medizinischem Wissen erfolgen.

4.4 Möglichkeiten einer Gesetzgebung

Seit dem Jahre 1985⁴⁸ hat der Bundesrat mehrfach die Meinung vertreten, die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe hänge so stark von den Umständen des Einzelfalles ab, dass eine befriedigende Rechtsnorm unmöglich sei und nur scheinbare Rechtssicherheit zu bieten vermöchte. Welche Massnahmen unerlässlich seien und welche unterlassen werden dürften, habe vielmehr der Arzt in eigener Verantwortung, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles zu entscheiden⁴⁹. In der parlamentarischen Beratung der Motion Ruffy bekräftigte der damalige Vorsteher des EJPD die Zweifel darüber, ob die Sterbehilfe überhaupt einer gesetzgeberischen Lösung zugänglich sei oder ob die Hilfe im Sterben der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet bleiben müsse⁵⁰.

bzw. -reduktion die Lebensverkürzung aufwiegt“. Hier liesse sich auch mit der Pflichtenkollision (Pflicht zur Lebenserhaltung kollidiert mit der Pflicht zur Leidensverminderung) argumentieren. Gerechtfertigt ist allerdings nur der Einsatz solcher Mittel, die zur Schmerzmilderung erforderlich sind. Siehe hierzu Martin Schubarth, Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil, 1. Band: Delikte gegen Leib und Leben, Art. 111-136 StGB, Bern 1982, Systematische Einleitung, Rn. 40.

⁴⁸ Siehe die Botschaft über die Änderung des StGB etc. vom 26. Juni 1985 (Fn. 2), S. 1025.

⁴⁹ So auch in den Antworten auf die Interpellationen Eggly (93.3659) und Petitpierre (93.3672). Siehe die Nachweise im Bericht zum Postulat Ruffy (Fn. 8), S. 14.

⁵⁰ Siehe AB 1996 N 362 - 368.

Die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Gesetzgebers im Bereich der Sterbehilfe wurde aber nie beantwortet⁵¹. Im Bericht zum Postulat Ruffy vertrat der Bundesrat bei der Abwägung der Vor- und Nachteile einer gesetzlichen Regelung sowohl der passiven als auch der indirekten aktiven Sterbehilfe zwar die Auffassung, eine klare Gesetzgebung böte den Vorteil, *Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit* zu gewährleisten⁵². Die Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ hatte indessen auf einen ausformulierten Gesetzesvorschlag verzichtet und lediglich eine Gesetzeskizze erarbeitet⁵³. Nach der Meinung der Arbeitsgruppe würde eine entsprechende Norm in das Strafgesetzbuch gehören, denn nach einem Behandlungsverzicht oder der Verabreichung gewisser Substanzen stelle sich zunächst die Frage nach der Anwendbarkeit der Vorschriften des Strafgesetzbuches, welche die Tötung eines Menschen unter Strafe stellen. Demgemäss seien dort auch die Voraussetzungen zu regeln, unter denen derartige Handlungen nicht strafbar sind. Die Arbeitsgruppe bekräftigte, dass die passive Sterbehilfe den Tatbestand der Tötung nicht erfüllt. Bezüglich der indirekten aktiven Sterbehilfe hielt sie fest, dass diese eine typische Tötungshandlung darstelle, welche aber durch die Berufspflicht des Arztes, die Leiden des Patienten zu mildern, gerechtfertigt sei. Die Arbeitsgruppe schlug trotz unterschiedlicher Ausgangslage vor, beide Formen der Sterbehilfe in einer Norm etwa folgendermassen explizit zu regeln:

„Artikel 111bis: Erlaubte Handlungen

¹ Nicht rechtswidrig handelt, wer eine lebenserhaltende Massnahme abbricht oder unterlässt, wenn

- a. der Betroffene urteilsfähig ist und dies ausdrücklich verlangt;*
- b. der Betroffene in seiner Gesundheit unheilbar beeinträchtigt ist, kurz vor dem Tod steht und nicht mehr imstande ist, es ausdrücklich zu verlangen, es jedoch aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse und allfälliger früherer Willenserklärungen seinem mutmasslichen Willen entspricht;*
- c. der Betroffene nach Auffassung des Arztes und eines Spezialarztes für Neurologie das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat und der Abbruch oder die Unterlassung aufgrund der gegenwärtigen Verhältnisse und allfälliger früherer Willensäusserungen seinem mutmasslichen Willen entspricht.*

² Nicht rechtswidrig handelt, wer als Arzt an einem Patienten zur Linderung unerträglicher Leiden eine Massnahme trifft, die den Eintritt des Todes beschleunigen kann, wenn der Patient dies ausdrücklich verlangt, oder wenn es, falls er nicht mehr urteilsfähig ist, aufgrund der gegenwärtigen Verhältnisse oder allfälliger früherer Willensäusserungen seinem mutmasslichen Willen entspricht.“⁵⁴

4.5 Vor- und Nachteile

Die Vorteile einer in diese Richtung gehenden Regelung liegen sicherlich auf der Ebene Transparenz und (erneute) Legitimation durch den Gesetzgeber. Dieser hat

⁵¹ Diese Frage war auch nicht im Auftrag an die Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ enthalten. Siehe Bericht der Arbeitsgruppe (Fn. 8), S. 2.

⁵² Siehe Bericht zum Postulat Ruffy (Fn. 8), S. 12 und 14 f.

⁵³ Siehe Bericht zum Postulat Ruffy (Fn. 8), S. 15.

⁵⁴ Siehe Bericht der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ (Fn. 8), S. 42 ff. In eine ganz ähnliche Richtung geht auch der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) der Mitglieder des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer (Alternativ-Professoren); allerdings wird für die passive Sterbehilfe und die indirekte aktive Sterbehilfe je eine separate Bestimmung vorgeschlagen (§ 214: Beenden, Begrenzen oder Unterlassen lebenserhaltender Massnahmen; und § 214a: Leidensmindernde Massnahmen); siehe Heinz Schöch/Torsten Verrel et al., GA 2005, S. 553 ff., 584 f. Sie schlagen zudem a.a.O., S. 586, ein sog. Sterbebegleitungsgesetz vor, welches den Ärzten Dokumentationspflichten auferlegen soll.

solches Verhalten allerdings bereits legitimiert – zuletzt in der Revision der strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben⁵⁵. Heute kann man dem Strafgesetzbuch – wenn auch nicht ohne weiteres bzw. nur mit Hintergrundkenntnissen – entnehmen, in welchen Fällen die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe straflos sind. Es bedarf detaillierter Kenntnisse des Rechts zur Abschätzung der Frage, ob sich ein Behandlungsverzicht oder -abbruch oder eine Schmerzbehandlung mit lebensverkürzenden Folgen im Rahmen der Legalität bewegt. Diese Kenntnisse betreffen zwar auch – aber nicht vorwiegend – das Strafrecht, noch viel mehr aber den Bereich des Zivilrechts. Die Unsicherheit liegt somit nicht primär an der Frage, *ob* passive oder indirekte aktive Sterbehilfe prinzipiell verboten oder erlaubt ist⁵⁶, sondern vielmehr an der Frage, *wer wann aufgrund welcher Sachlage* darüber entscheiden darf bzw. muss⁵⁷.

Bei der indirekten aktiven Sterbehilfe steht der Gesetzgeber vor der Herausforderung, eine saubere Abgrenzung zur direkten aktiven Sterbehilfe vorzunehmen, indem er im Gesetz etwa die hier vorzunehmende Güterabwägung vorzeichnet und so auch den Bereich der Palliativmedizin genauer absteckt. Würde im Strafgesetzbuch gesagt, dass lebensverkürzende Schmerztherapien prinzipiell straflos seien, wäre die Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe hingegen offen, was nicht sinnvoll und nicht konsequent wäre⁵⁸.

Die *Nachteile* einer neuen Regelung der Sterbehilfe im Strafgesetzbuch und auch ausserhalb desselben liegen einerseits im *Risiko der Unvollständigkeit*. Will man weit reichende Transparenz erreichen, benötigt man eine möglichst vollständige, d.h. alle Fallkonstellationen bzw. Patientenkategorien erfassende Regelung. Andererseits müsste diese Gesetzgebung aber auch flexibel genug formuliert sein, um allen denkbaren Einzelfällen und auch möglichen künftigen Entwicklungen der Medizin Rechnung zu tragen⁵⁹.

⁵⁵ Siehe hierzu oben Fn. 48 mit dazu gehörigem Text.

⁵⁶ Allenfalls gibt es unterschiedliche Argumentationen für die Straflosigkeit der passiven Sterbehilfe. Siehe etwa die Nachweise in Andreas Donatsch, Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, recht 2000, S. 141 ff., 143.

⁵⁷ Die weitere ärztliche Behandlung eines Patienten, der seinen Auftrag ausdrücklich widerrufen hat, wäre sogar illegal. Es geht in diesem Bereich der passiven Sterbehilfe also gar nicht nur um erlaubte, sondern sogar um gebotene Verhaltensweisen. Siehe hierzu oben unter Ziff. 4.2.1 am Ende.

⁵⁸ Die Situation kann allenfalls schon heute als offen bezeichnet werden. Siehe hierzu Kunz (Fn. 40), S. 619 f.: „Die *mangelnde Begrenzbarkeit* des Anwendungsbereichs der indirekten aktiven Sterbehilfe ergibt sich daraus, dass das erlaubte Risiko der Lebensverkürzung beliebig hoch sein und nahezu Gewissheit erreichen kann. Die zulässige Leidensverminderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung wird damit von der unzulässigen leidensvermindernden Lebensverkürzung praktisch nicht mehr unterscheidbar. Hinzu kommt, dass sich getroffene Entscheidungen im Nachhinein *kaum mehr beanstanden* lassen. Die Erforderlichkeit des Einsatzes schmerzlindernder Medikamente mit dem Risiko der Lebensverkürzung lässt ein breites Beurteilungsspektrum zu“. Im Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) wird eine Güterabwägung vorgesehen. Siehe Schöch/Verrel (Fn. 54), S. 573 ff.

⁵⁹ Das hat auch die Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ so gesehen. Siehe den Bericht derselben (Fn. 8), S. 14 und S. 43 f. Die Arbeitsgruppe hat a.a.O., S. 44, folgende Patientenkategorien ausgemacht:

- mündige und urteilsfähige Personen;
- mündige, urteilsunfähige Personen;
- unmündige oder entmündigte, urteilsfähige Personen;
- unmündige oder entmündigte, urteilsunfähige Personen, unter welchen die Neugeborenen einen Sonderfall bilden.

4.6 Fazit

Das Strafgesetzbuch eignet sich nicht als Gefäss für eine detaillierte Regelung aller denkbaren Konstellationen der passiven oder indirekten aktiven Sterbehilfe. Es eignet sich erst recht nicht für die Regelung von Fragen, die nicht sein Kerngebiet betreffen (zivilrechtliche Urteilsfähigkeit, Handlungsfähigkeit, rechtsgültige Patientenverfügung, Vertretungsverhältnisse, Auftragsrecht). Würde im Strafgesetzbuch eine spezielle Norm für die passive und indirekte aktive Sterbehilfe geschaffen, wäre sie von vornherein kein taugliches Instrument für die Bestimmung der Legalität jedes Einzelfalls, sondern sie könnte nur den Ausgangspunkt für eine weitere, ausserhalb des Strafgesetzbuches liegende Regulierung⁶⁰ bilden. Eine solche Norm würde wohl auch kaum etwas Neues regeln, sondern nur bestätigen, was aufgrund der heutigen Rechtslage von der medizinischen Praxis gemacht und von der juristischen Lehre und Praxis als legal betrachtet wird. Eine Bestimmung, die gerade die sich in fast jedem Einzelfall stellenden heiklen Fragen auslöst bzw. auslassen muss, bringt gegenüber der heutigen Rechtslage keinen praktischen Nutzen. Eine solche Norm würde jedenfalls hinsichtlich Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit keine spürbare Verbesserung gegenüber der heutigen Situation bringen.

Versucht der Gesetzgeber hingegen – ob im Strafgesetzbuch oder in einem anderen Gesetz –, hinsichtlich Sterbehilfe mehr ins Detail zu gehen, kommt er kaum darum herum, in sehr heiklen Bereichen definitive Entscheidungen zu treffen⁶¹. Es könnte sich für ihn die Frage stellen, unter welchen Voraussetzungen etwa bei sterbenden Neugeborenen die Ärzte zusammen mit den gesetzlichen Vertretern bzw. den Eltern über einen Behandlungsverzicht oder -abbruch entscheiden dürfen oder müssen. Hier kann man sich – anders als bei kurz vor dem Tod stehenden Erwachsenen – nicht am Willen oder mutmasslichen Willen des Betroffenen orientieren. Die Ärzte orientieren sich gemäss den aktuellen SAMW-Richtlinien am wohlverstandenen Interesse des Kindes und an der Prognose⁶².

⁶⁰ Diese Regulierung würde wohl unweigerlich in Richtung Bürokratisierung der Sterbehilfe gehen. Ob dabei gerade dem Patienten geholfen würde, der im Moment des Entscheids über passive Sterbehilfe nicht mehr urteilsfähig ist, wäre dabei nicht garantiert. Siehe hierzu Gunther Arzt, Bürokratisierung der Hilfe beim Sterben und beim Suizid – Zürich als Modell, in: Amelung etc. (Hrsg.), Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie; Festschrift für H.-L. Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003, Heidelberg 2003, S. 583 ff., 585 ff.

⁶¹ Siehe hierzu auch Kunz (Fn. 40), S. 621 f. und die Ausführungen im Bericht der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ (Fn. 8), S. 50 f., 51: „Es ist zudem zu befürchten, dass ein Versuch, die Situation des Neugeborenen gesetzgeberisch zu regeln, eine völlig fruchtlose Diskussion über die Frage auslösen könnte, welche körperlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt sein müssen, um jemandem das Leben aufzuzwingen.“ Siehe zu dieser Problematik auch Robert Kehl, Für eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe, AJP 10/1995, S. 1307 ff., 1312 ff. Kehl wirft dem Gesetzgeber, a.a.O., S. 1315, hinsichtlich seiner „beharrlichen Weigerung, die Sterbehilfe gesetzlich zu regeln“, mehr oder weniger deutlich Bequemlichkeit und Ängstlichkeit vor. Kehl plädiert unter Berufung auf die „unbedingte Herrschaft des Gesetzes“ für eine gesetzliche Regelung. Es liege nicht im Ermessen des Gesetzgebers, ob er aufkommende schwerwiegende Rechtsprobleme und Rechtsunsicherheiten gesetzgeberisch angehen wolle, sondern er sei dazu verpflichtet (S. 1312).

⁶² Die SAMW-Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (Fn. 3) sagen Ziff. 2.2.2 und 3.2 hierzu Folgendes: „Bei nicht urteilsfähigen Kindern und Jugendlichen gilt grundsätzlich der Wille des gesetzlichen Vertreters; in der Regel sind dies die Eltern. Entscheidungen über Leben und Tod sind jedoch für Eltern eine enorme, manchmal kaum zu ertragende Belastung. Sie sollten deshalb in den Entscheidungsprozess soweit miteinbezogen werden, wie das von ihnen gewünscht wird. Entscheide über die Behandlung und Betreuung sollen im wohlverstandenen Interesse des Kindes und im Einverständnis mit den Eltern bzw. gesetzliche Vertretern getroffen werden. (...) Der Einsatz belastender Massnahmen zur Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen muss deshalb von der Prognose abhängig gemacht werden. Dabei soll die Belastung durch die Therapie in Form

Hinter der Frage, ob die Sterbehilfe einer gesetzlichen Regelung zugänglich sei, steckt zum einen die Frage nach den prinzipiellen Möglichkeiten des Gesetzgebers, auf einer generell-abstrakten Ebene Einzelfälle zu regeln. Zum andern steckt dahinter aber auch die spezielle Frage, ob sich der Gesetzgeber zu heiklen ethischen Problemen, die sich bei der Sterbehilfe stellen, verbindlich äussern soll. Die „Delegation“ einer solchen Regulierung an die Ärzte bzw. die SAMW ist unter diesem Aspekt nicht nur problematisch. Solange sich diese Richtlinien am geltenden Recht orientieren, entlasten sie den Gesetzgeber sogar. Wenn dem nicht so wäre, stünde es sowohl den Behörden (seien dies die Strafuntersuchungsbehörden oder die Aufsichtsbehörden wie Gesundheitsämter) als auch dem Gesetzgeber frei zu intervenieren.

Dort wo heute in der Praxis das Problem einer „Grauzone“ geltend gemacht wird, d.h. wo heute tatsächlich die Grenze zwischen Schmerztherapie und direkter aktiver Sterbehilfe überschritten wird, müssen zuerst die Behörden intervenieren, und nicht der Gesetzgeber. Denn hinsichtlich der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe besteht keine Rechtsunsicherheit. In diesem Sinne ist es unzutreffend, von einer rechtlichen „Grauzone“ zu sprechen.

Aber selbst wenn sich der Gesetzgeber diesen heiklen Fragen stellen würde: Nachdem momentan keine mehrheitsfähige neue Lösung ausgemacht werden kann⁶³, würde eine mehr ins Detail gehende Gesetzgebung keine materielle Änderung bringen, sondern voraussichtlich die bisherige Praxis etwas transparenter machen bzw. die SAMW-Richtlinien lediglich durch eine verbindlichere Form der Regulierung ersetzen.

Zudem darf nicht übersehen werden, dass hinter dem Ruf nach einer Regelung der passiven wie auch der indirekten aktiven Sterbehilfe heute zuweilen auch der Wunsch nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe steckt⁶⁴. Es geht hier zuweilen also deutlich mehr um politische als um rechtsstaatliche Motive.

von Schmerzen, Unwohlsein und Einschränkung gegen den sie voraussichtlich ermöglichten Gewinn an Wohlbefinden, Beziehungsmöglichkeiten und Erlebnisfähigkeit abgewogen werden“. Siehe hierzu auch oben Fn. 4.

⁶³ Hierzu Kunz (Fn. 40), S. 629: „Da jedoch derzeit unter allseitiger Berufung auf ethische Werte stark divergierende Grundhaltungen zur Sterbehilfe vertreten werden, ohne dass ein klarer Sieg der einen Haltung über die andere im öffentlichen Meinungsstreit erkennbar wäre, sind die mehrheitsfähigen Inhalte einer gesetzlichen Regelung unklar“.

⁶⁴ Siehe hierzu die Bemerkungen oben in Fn. 45 und das Votum von Nationalrat Franco Cavalli in der Sitzung des Nationalrates zur Motion der RK-S 03.3180, Sterbehilfe und Palliativmedizin vom 10. März 2004, AB 2004 N 266: „Erst wenn die indirekte Sterbehilfe und die passive Sterbehilfe geregelt und nicht mehr in dieser Grauzone sind, wird es möglich sein, wieder das Problem zu diskutieren, das ich mit meiner Initiative lanciert habe, das heisst, die Möglichkeit zu schaffen, die aktive Sterbehilfe in bestimmten Situationen nicht mehr zu bestrafen. Das setzt voraus, dass die Grauzone verschwindet.“ (AB 2004 N 267).

5. Palliativmedizin bzw. Palliative Care

Der Bundesrat hat mit der Überweisung der Motion der RK-S „Sterbehilfe und Palliativmedizin“ auch den Auftrag erhalten, Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen. Nachstehend wird dargelegt, was in diesem Bereich bereits heute gemacht wird und welche zusätzlichen Möglichkeiten bestehen.

5.1 Begriff

In der Schweiz werden die zwei folgenden Definitionen von Palliative Care besonders häufig verwendet.

WHO (2002): „Palliativmedizin ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die Problemen gegenüberstehen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dabei geht es um Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, und es geht um die zweifelsfreie Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2005): „Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Palliative Care) strebt mit einem umfassenden Ansatz eine möglichst hohe Lebensqualität für den Patienten während des gesamten Verlaufes jeder unheilbaren, fortschreitenden Krankheit an, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar sind. Sie will dem Patienten durch eine optimale Symptomlinderung und Unterstützung im sozialen, seelischen und religiös-spirituellen Bereich das Leben erleichtern und ihn begleiten bis zu seinem Lebensende. Palliative Care hat nicht in erster Linie das Bekämpfen der Krankheit zum Ziel, sondern das bestmögliche Leben mit ihr. Dabei bezieht sie auf Wunsch auch die Angehörigen ein, unterstützt und begleitet sie.“

„Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern.“

Auf der Basis dieser Definitionen ermöglicht die fachgerechte palliative Betreuung ein Leben und Sterben in Würde. Die zwei wichtigsten Nichtregierungsorganisationen auf dem Gebiet von Palliative Care sind in der Schweiz die Krebsliga Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP). Im Freiburger Manifest (Februar 2001), die nationale Strategie für die Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz, formuliert die SGPMP die folgenden fünf Ziele:

- Palliative Care in das Gesundheitswesen zu integrieren;
- die verschiedenen Aktivitäten von Palliative Care zu koordinieren;
- den Zugang zu Palliative Care frühzeitig zu gewährleisten;
- die Mittel in der "End-of-Life Care" effizient zu nutzen;
- schrittweise die Qualität von Palliative Care zu definieren.

5.2 Heutige Situation

5.2.1 Versorgung der Bevölkerung

Heute haben vor allem Menschen, die an Krebs oder Aids leiden, Zugang zu Palliative Care. In den letzten Jahren hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, dass auch Menschen mit schweren chronischen Leiden wie beispielsweise Multipler Sklerose, amyotropher Lateralsklerose (tödlich verlaufender Muskelschwund) oder multimorbid erkrankte, betagte Menschen einer optimalen palliativmedizinischen Betreuung bedürfen. Angesichts der demographischen Alterung der Bevölkerung dürfte die Nachfrage nach Palliative Care in den nächsten Jahren zunehmen.

Palliative Dienstleistungen werden in der Schweiz in Hospizen und Lighthouses, auf Palliativpflegestationen und durch ambulante Versorgungsdienste angeboten. Gemäss dem Bericht „Palliative Care in der Schweiz – Bestandesaufnahme“⁶⁵ wurden in den Jahren 1999 und 2000 24 institutionalisierte Einrichtungen in der Schweiz erfasst, darunter 15 mit stationärem und 9 mit mobilem Angebot. In den Institutionen werden mehrheitlich Patientinnen und Patienten mit Krebsleiden behandelt (80-90%). Die Gesamtbettenzahl umfasst gemäss der Publikation 146 Betten. Dies ergibt eine Bettenzahl von ca. 20 Betten pro 1 Mio. Einwohner. Als eine Art „Bedarfskennzahl“ für Palliative Care findet sich international die Zahl von 50 Betten pro 1 Mio. Einwohner, ergänzt durch mobile Dienste, die gemeinsam mit den Grundversorgern und der Gemeindepflege die Betreuung im Sinne eines Netzwerks ermöglichen. Im Jahr 2006 soll der Bericht „Palliative Care in der Schweiz – Bestandesaufnahme“ aktualisiert werden.

Das Angebot an palliativer Medizin, Pflege und Begleitung ist kantonale und geographisch unterschiedlich. Gemäss der vorgenommenen Bestandesaufnahme verfügen im Jahr 2000 nur 12 der 26 Kantone über Palliative Care-Einrichtungen. In den kantonalen Versorgungssystemen der lateinischen Schweiz, insbesondere in den Kantonen Genf, Waadt und Tessin, ist Palliative Care gesundheitspolitisch besser verankert. Auf Initiative der SGPMP hat aber in den letzten fünf Jahren insbesondere in der Deutschschweiz und in der Region Bern/Jura/Neuenburg eine Vernetzung der bestehenden Dienstleistungsangebote in Palliative Care stattgefunden.

5.2.2 Aus- und Weiterbildung

Wurde die Aus- und Weiterbildungen zum Thema Palliative Care lange als Stiefkind im medizinischen Bildungsangebot behandelt, hat in den letzten Jahren eine Professionalisierung von Palliative Care mit dem Aufbau spezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten stattgefunden. Heute gibt es ein Angebot auf Stufe Höhere Fachschule, Fachhochschule und Universität. Dieses reicht von einer mehrstündigen Einführung bis zum dreijährigen universitären Nachdiplom- und Masterstudium („Institut Universitaire Kurt Bösch“ in Sion). In der Krankenpflege-Grundausbildung kommt Palliative Care entweder als eigenständiger Fachbereich oder in anderen Modulen (z.B. Ernährung von Sterbenden, Sterbebegleitung) vor. Zudem wird ab 2007 im Rahmen eines multiprofessionellen europäischen Palliative Care-Masterprogramms ein Teil dieser

⁶⁵ Die Studie wurde im Jahr 2000 im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung sowie der Schweizerischen Krebsliga durch ein Team des Centre François-Xavier Bagnoud durchgeführt.

Weiterbildung an der Hochschule St. Gallen in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen durchgeführt.

In der Regel richten sich die Weiterbildungskurse an ein breites Fachpublikum (Pflegerische und Medizinalpersonen), doch werden in jüngster Zeit auch monodisziplinäre Weiterbildungskurse spezifisch für Medizinalpersonen bzw. für Pflegefachleute angeboten.

5.2.3 Richtlinien

Auf europäischer Ebene hat ein vom Europarat beauftragter internationaler Expertenrat in den letzten Jahren 54 Empfehlungen zu Palliative Care erarbeitet, welche im September 2004 vom Ministerrat angenommen wurden. In der Schweiz hat die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) im Jahr 2003 Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz verabschiedet. Zudem gibt es eine Reihe von Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die sich unter anderem auf Palliative Care beziehen⁶⁶. Die jüngste, „Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen“, wurde am 24. November 2005 vom Senat der SAMW zur Vernehmlassung verabschiedet⁶⁷.

5.2.4 Finanzierung

Palliative Care wird im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zwar nicht eigens erwähnt. Gemäss geltendem Recht gibt es aber keine Diskriminierung bezüglich der Kostenübernahme für Leistungen im Bereich der Palliative Care. Es bestehen jedoch auch keine tarifarischen Anreize, die einen weiteren Ausbau der Versorgungsstrukturen in diesem Bereich unterstützen würden⁶⁸. Auch bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag des Bundesrates⁶⁹ ist mit keiner Benachteiligung der Palliative Care in Bezug auf die Kostenübernahme durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu rechnen. Sollte jedoch der OKP-Anteil an der Finanzierung der Behandlungs- und der Grundpflege generell gesenkt werden, so würde dies die Palliative Care wegen des hohen Anteils an Behandlungspflege besonders stark treffen.

⁶⁶ Siehe die Richtlinien der SAMW: Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten (2003) (Fn. 4), Ziff. 4.3; Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004) (Fn. 3), Ziff. 3.1; Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004) (Fn. 18), Ziff. 4.4.

⁶⁷ Die Vernehmlassung zum entsprechenden Entwurf läuft bis Ende Februar 2006. Siehe die entsprechende Pressemitteilung vom 30. November 2005 auf der Homepage der SAMW, unter http://www.samw.ch/content/d_Publikationen_MM_30_11_05.php.

⁶⁸ Vgl. dazu auch Motion Rossini 00.3342 Finanzierung der Palliativbehandlung vom 22. Juni 2000, am 6. Oktober 2000 vom Nationalrat als Postulat überweisen, und Antwort des Bundesrats auf Interpellation Gross 03.3341 Palliativmedizin. Sterbehospize vom 19. Juni 2003.

⁶⁹ Siehe die Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBl 2005, S. 2033 ff.

5.3 Handlungsspielraum

5.3.1 Bund

Die Antworten des Bundesrats auf Vorstösse im National- und Ständerat zu Palliative Care⁷⁰ unterstreichen die Notwendigkeit für und den Bedarf nach einer Förderung von Palliative Care in der Schweiz. Im Rahmen seiner verfassungsmässigen und gesetzlichen Möglichkeiten besitzt der Bund Handlungsspielraum in den Bereichen Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie Kranken- und Pflegeversicherung Palliative Care.

Forschung

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) hat mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Jahr 2004 die Studie „Swiss Palliative Care Research Initiative“ (Swiss-PCRI) in Auftrag gegeben. Mit dem Projekt wurden die für eine zukünftige Palliative Care-Forschung relevanten Berufsgruppen und Projekte identifiziert. Nach Abschluss der Studie Ende 2004 würde es nun darum gehen, konkrete Forschungsprojekte zu lancieren. Hier hätte der Bund die Möglichkeit, Palliative Care-Forschungsprojekte im Rahmen des BAG-Forschungskonzepts oder im Rahmen des Nationalfonds zu fördern.

Aus- und Weiterbildung

- Universitäre Medizinalberufe: Der Bund hat die Möglichkeit, Palliative Care über die Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe zu fördern. Gemäss dem zukünftigen Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) soll die Aus- und Weiterbildung die wissenschaftlichen Grundlagen für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen vermitteln. Auch sollen die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte in der Lage sein, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ganzheitlich zu betreuen und psychische, soziale, rechtliche, kulturelle und ethische Faktoren mit einzubeziehen. Konkret werden im MedBG über die Formulierung von Aus- und Weiterbildungszielen die Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärztinnen und Ärzte unter anderem auch für den Bereich Palliative Care geregelt. Lernziele bzw. von einem unabhängigen „Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung“ (OAQ) anerkannte Weiterbildungsgänge sollten nach In-Kraft-Treten des MedBG die Qualität der Aus- bzw. Weiterbildung im Bereich Palliative Care in der Schweiz sicherstellen. Das Bundesamt für Gesundheit hat in diesem Zusammenhang gegenüber der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskonferenz (SMIFK) angeregt, das Ausbildungsziel betreffend die palliative Pflege im Lernzielkatalog für das Medizinstudium zu konkretisieren. Dieser Lernzielkatalog wird gegenwärtig überarbeitet.
- Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe: Die Studiengänge für Gesundheit, Soziales und Kultur liegen seit In-Kraft-Treten des revidierten Fachhochschulge-

⁷⁰ Siehe Motion Menétrey-Savary 03.3405 Problematik der Suizidbeihilfe als Unterrichtsfach an medizinischen Fakultäten vom 20. Juni 2003; Interpellation Gross 03.3341 Palliativmedizin. Sterbehospize vom 19. Juni 2003; Motion RK-SR 03.3180 Sterbehilfe und Palliativmedizin vom 11. April 2003; Motion Zäch 01.3523 Sterbehilfe. Gesetzeslücke schliessen statt Tötung erlauben vom 3. Oktober 2001; Interpellation Bortoluzzi 00.3668 Stärkung der Palliativmedizin vom 13. Dezember 2000; Motion Rossini 00.3342 Finanzierung der Palliativbehandlung vom 22. Juni 2000.

setzes (Herbst 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. Inwieweit der Bund die inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Studiengänge und zu einem späteren Zeitpunkt die Weiterbildungsangebote z.B. zu Gunsten von Palliative Care mitgestalten kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar.

- Nicht universitäre Gesundheitsberufe: Die Regelung der nicht-universitären Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist mit In-Kraft-Treten des neuen Bundesgesetzes über die Berufsbildung, d.h. seit 1. Januar 2004, ebenfalls eine Kompetenz des Bundes (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie) geworden. Form und Inhalt der Berufsgänge liegen aber in der Verantwortung der so genannten Dachorganisation Arbeitswelt Gesundheit, so dass der Bund hier keinen Handlungsspielraum hat.

Neuregelung der Pflegefinanzierung

Grundidee des Entwurfs für eine Neuordnung ist, dass die Krankenversicherung die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, welche ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet wird. Wie der Bundesrat in seiner Botschaft vom 16. Februar 2005 zur Neuordnung der Pflegefinanzierung schreibt, wird im Rahmen einer allfälligen Neudefinition der Grund- und der Behandlungspflege auf Verordnungsebene darauf zu achten sein, dass die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen in besonderen Situationen (wie beispielsweise die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen und psychischen Krankheiten) nicht ausser Acht gelassen werden. Die Eintretensdebatte in der vorbereitenden Kommission des Erstrates soll im Januar 2006 beginnen.

5.3.2 Kantone

Es liegt im Verantwortungsbereich der Kantone, Standortbestimmungen und Bedarfsabklärungen bezüglich Palliative Care auf ihrem Kantonsgebiet durchzuführen und Palliative Care in den kantonalen Gesundheitsausgaben zu budgetieren.

Die Kantone können über Gesetze Palliative Care im kantonalen Gesundheitssystem besser verankern. Nachfolgend werden einige Beispiele aufgeführt:

- Kanton Zürich: Umfassende Regelung von Palliative Care durch das Patientinnen- und Patientenrecht (2005);
- Kanton Thurgau: Revision des Gesundheitsgesetzes zwecks Verankerung von Palliative Care (in Bearbeitung)
- Kanton Waadt: Dekret über ein kantonales Programm für den Aufbau der Palliativpflege (2002)
- Stadt Bern: Richtlinien des Gemeinderats betreffend den Anspruch auf Palliative Care in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (2004).

Aus- und Weiterbildung

Die Kantone Genf und Waadt planen einen gemeinsam finanzierten Lehrstuhl in Palliative Care an der Universität Lausanne.

Versorgung: Planung und Finanzierung

Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips ist es an den Kantonen, im Rahmen ihrer Versorgungsplanung für ein ausreichendes Angebot an Palliative Care auf ihrem Kantonsgebiet zu sorgen. Handlungsbedarf besteht in der Finanzierung des Aufenthalts in sozialmedizinischen Einrichtungen, die sich nicht auf den kantonalen Pflegeheim- und Spitallisten befinden. In diesen Fällen muss der Patient/die Patientin selbst zur Finanzierung beitragen. Die Kantone könnten deshalb Palliative Care bei der stationären Versorgungsplanung über die Spital- und Pflegeheimlisten sowie gezielt fördern. Was die Betreuung und Pflege zu Hause anbelangt (ambulante Versorgung), könnten die Kantone bzw. die Gemeinden über Leistungsaufträge die Position von Palliative Care im Spitex-Bereich stärken.

Nicht gelöst ist die Finanzierung der fachlichen Unterstützung (z.B. Fallbesprechungen) von nicht spezialisierten Leistungserbringern im ambulanten Bereich (Hausärzte, SPITEX-Organisationen), die nicht einem einzelnen Patienten zugeordnet und als konsiliarische Tätigkeit der Krankenversicherung verrechnet werden kann. Hier hätte der Kanton die Möglichkeit, zum Beispiel über einen Leistungsauftrag mit dem Zentrumsspital diese Art von fachlicher Unterstützung zu entschädigen.

Qualitätssicherung

Die Kantone und Gemeinden können Qualitätskriterien für die palliative Medizin, Pflege und Begleitung über Leistungsaufträge, die sie mit Partnerorganisationen abschliessen (Spitex, Pflegeheime) für verbindlich erklären.

5.4 Fazit

Palliative Care, d.h. die palliative Medizin, Pflege und Begleitung von Menschen während des gesamten Verlaufes einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit, ermöglicht bei fachgerechter Anwendung sowohl ein Leben als auch ein Sterben in Würde. In den letzten Jahren hat sich das quantitative und qualitative Angebot an Dienstleistungen im Palliative Care-Bereich zwar verbessert, doch ein flächendeckendes Angebot gibt es noch nicht. Auch bestehen Lücken im Informations- und Beratungsangebot für Betroffene und deren Angehörige.

Umfassendere Informationen über Palliative Care und ein flächendeckendes Angebot würden aber dazu beitragen, dass der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe in allen Situationen zurücktritt.

Die *Kantone* können über ihren Versorgungsauftrag im stationären Bereich und in Zusammenarbeit mit ambulanten Leistungserbringern die Information über und das Angebot an Palliative Care-Leistungen weiter verbessern, damit langfristig alle Patientinnen und Patienten, wenn nötig, eine palliative Betreuung erhalten.

Der *Bund* kann die Entwicklung von Palliative Care dort unterstützen, wo er über entsprechende Kompetenzen verfügt: In der Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe und bei der Finanzierung von Palliative Care-Leistungen (KVG, Neuregelung der Pflegefinanzierung). Auf dem Gebiet der Forschungsförderung wäre es dem Bund möglich, sich vermehrt zu engagieren.

6. Suizidhilfe, Suizidhilfeorganisationen und Sterbetourismus

Mit der Sterbehilfe und der Palliativmedizin, welche Gegenstand der Motion 03.3180 der RK-S sind, ist auch die Problematik der Suizidhilfe in ihren verschiedenen Erscheinungsformen eng verbunden. Im Bereich Suizidhilfeorganisationen und Sterbetourismus orten Politik und Öffentlichkeit wegen den Missbrauchsgefahren gar den grössten Handlungsbedarf. Im Folgenden werden insbesondere die diesbezüglichen Probleme analysiert und der Bedarf nach Bundesgesetzgebung geprüft.

6.1 Ausgangslage

6.1.1 Statistische Angaben

Folgende Suizidhilfeorganisationen sind bzw. waren in den letzten Jahren in der Schweiz tätig:

- EXIT Deutsche Schweiz (Gründungsjahr 1982, ca. 50'000 Mitglieder)
- EXIT-ADMD Suisse romande (Gründungsjahr 1982, ca. 10'000 Mitglieder)
- Dignitas (Gründungsjahr 1998, heute weltweit ca. 4'500 Mitglieder; davon ca. 600 bis 700 in der Schweiz)
- Ex-International (es liegen keine Daten vor)
- SuizidHilfe (die Geschäftsstelle ist seit dem 27. März 2003 geschlossen)

Entwicklung der Fallzahlen in den letzten Jahren

- EXIT Deutsche Schweiz (hauptsächlich Personen mit Schweizer Wohnsitz):

| | |
|--------------|--|
| 1990 - 1993: | im Durchschnitt ca. 30 begleitete Suizide pro Jahr |
| 1996: | 106 Fälle |
| 1997: | 108 Fälle |
| 1998: | 113 Fälle |
| 1999: | 111 Fälle |
| 2000: | 96 Fälle |
| 2001: | 124 Fälle |
| 2002: | 90 Fälle |
| 2003: | 131 Fälle |
| 2004: | 153 Fälle |

- Dignitas (nur Personen aus dem Ausland):

| | |
|-------|----------|
| 2000: | 3 Fälle |
| 2001: | 38 Fälle |
| 2002: | 55 Fälle |
| 2003: | 91 Fälle |
| 2004: | 88 Fälle |

Ausmass des Sterbetourismus in Relation zu allen Todesfällen⁷¹ bzw. allen (begleiteten) Suiziden in der Schweiz:

| Statistik für das Jahr 2003 | Gesamte Schweiz | in % aller Todesfälle | in % aller Suizide |
|--|-----------------|-----------------------|--------------------|
| Todesfälle | 63'070 | | |
| Suizide | 1'400 | 2,22% | |
| Durch Organisationen begleitete Suizide (EXIT Deutsche Schweiz: 131; EXIT-ADMD Suisse romande: 50; Dignitas: 91) | 272 | 0,43% | 19,43% |
| Durch Organisationen begleitete Suizide von Personen ohne Wohnsitz Schweiz (Dignitas) | 91 | 0,14% | 6,5% |

Im Zusammenhang mit dieser Statistik ist zu erwähnen, dass die Suizidforschung, welche die Ergründung der im Vergleich mit den umliegenden europäischen Staaten konstant hohen Suizidrate der Schweiz zum Gegenstand hat, bildlich noch in den Kinderschuhen steckt⁷².

6.1.2 „Sterbetourismus“ in der Praxis

Ohne eine organisierte Hilfe wäre das Phänomen des Sterbetourismus (s. oben Ziff. 2.2.2) in der Schweiz in dieser Form und in diesem Umfang gar nicht denkbar. Der Sterbetourismus, d.h. die Suizidhilfe gegenüber Personen mit Wohnsitz im Ausland, wird in der Schweiz vorwiegend von der Suizidhilfeorganisation Dignitas organisiert und durchgeführt (s. die Zahlen dazu oben unter Ziff. 6.1.1).

Da die betreffenden sterbewilligen Personen keinen eigenen Wohnsitz in der Schweiz haben, werden diese begleiteten Suizide in einer von Dignitas gemieteten Wohnung in Zürich und seit 2004 auch in einem Haus im Kanton Aargau durchgeführt. Gemäss Aussagen des Präsidenten von Dignitas, Ludwig A. Minelli, findet ein Gespräch zwischen einem Begleiter und dem Suizidwilligen statt. Ein Vertrauensarzt der Organisation verschreibt dem Suizidwilligen, nachdem er ihn gesehen hat, ein todbringendes Arznei- bzw. Betäubungsmittel. Dieses wird ihm vom Begleiter in Abwesenheit des Arztes zur Verfügung gestellt. Bei Dignitas ist das betreffende

⁷¹ Quelle: Bundesamt für Statistik; Bevölkerungsstand und -bewegung – Kennzahlen, Todesfälle; Link: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/ueberblick.html.

⁷² Vgl. den Bericht „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251)“, <http://www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/d/suizid.pdf>, Bundesamt für Gesundheit, April 2005. Die Suizidrate in der Schweiz liegt mit 19,1 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern deutlich über dem weltweiten Durchschnitt von 14,5; ein Vergleich der Todesursachen ergibt, dass die suizidbedingten Todesfälle häufiger sind als alle durch Verkehrsunfälle, Aids und Drogen bedingten Todesfälle zusammen (siehe die genauen Angaben im oben zitierten Bericht, S. 8). Bei den Suizidversuchen haben Medikamente und Drogen eine eminente Bedeutung (in 68% der Fälle; siehe a.a.O., S. 15). In der Deutschschweiz spielen Sterbehilfeentscheide in fünf von zehn aller Todesfälle eine Rolle. Während bei 27,7% respektive 22,1% aller Todesfälle passive oder indirekt aktive Sterbehilfe geleistet wurde, wurde in 0,4% aller Todesfälle Beihilfe zum Suizid geleistet (a.a.O., S. 16). 90% aller Menschen, die Suizid begingen, litten zuvor an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung (a.a.O., S. 17).

Betäubungsmittel immer Natrium-Pentobarbital (NAP). 15 Gramm davon wirken innerhalb von zwei bis fünf Minuten, führen zum vollständigen Koma und – nach unterschiedlich langer Zeit – zur Lähmung des Atemzentrums. Das Betäubungsmittel wird dem Suizidwilligen nie alleine, d.h. ohne den Begleiter überlassen. Der Begleiter erhält pro Fall 500 Franken. Der Suizidwillige zahlt für diese Suizidbegleitung insgesamt 2000 Franken an Dignitas⁷³.

Jeder Suizid wird als nicht natürlicher, ausserordentlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet (s. dazu unten Ziff. 6.2.2). Andere Behörden (Gerichtsmedizin, Kantonsarzt) werden in die verschiedenen Abklärungen mit einbezogen. Die Strafuntersuchungsbehörden klären ab, ob es sich im jeweiligen Fall um einen Suizid handelt oder nicht. Voraussetzung hierfür ist, dass die verstorbene Person die tatsächliche Herrschaft über das Geschehen besass. Es wird zudem untersucht, ob sowohl die Willensbildung als auch die Willensäusserung der betreffenden Person ohne Druck durch Dritte zustande kamen. Falls es sich um einen Suizid handelt, müssen auch die übrigen Tatbestandsmerkmale von Artikel 115 StGB geprüft werden. Der betreffende Suizidhelfer muss ohne selbstsüchtige Beweggründe gehandelt haben, um einer Strafbarkeit zu entgehen.

6.1.3 Rechtsvergleichung

Eine der Hauptursachen des Phänomens des Sterbetourismus liegt in der unterschiedlichen gesetzlichen Regelung der Suizidhilfe und der verschiedenen Formen der Sterbehilfe im internationalen Vergleich. Mit der Regelung in Artikel 115 StGB (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord)⁷⁴ gilt das schweizerische Rechtssystem im Verhältnis zu anderen Ländern als permissiv, insbesondere auch gegenüber den an die Schweiz angrenzenden Ländern:

In *Deutschland* werden Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord zwar nicht als solche speziell unter Strafe gestellt (die Teilnahme an Suiziden ist dort strafrechtsdogmatisch mangels strafbarer Haupttat nicht strafbar). Unter gewissen Umständen kann dagegen jemand, der eine Garantenstellung innehat und einen Suizid nicht verhindert oder dem Suizidenten nicht Hilfe leistet, wegen dieser Unterlassung zur Verantwortung gezogen werden. Selbst bei einem erlaubten ärztlich assistierten Suizid ist der Arzt aufgrund der deutschen Rechtsprechung dazu verpflichtet, vom Moment an, in dem der Patient das Bewusstsein verliert, lebensrettende Massnahmen – soweit solche überhaupt noch möglich sind, zu ergreifen (siehe BGHSt 32, 367). Diese Rechtsprechung hat mit dazu geführt, dass danach Suizidhelfer in Deutschland – namentlich der Arzt Dr. Julius Hackethal – ein Mittel wählten, das nach kurzer Zeit tödlich wirkte und so gar keine Hilfe mehr zulies.

⁷³ Dignitas zählt momentan ca. 4'500 Mitglieder in nicht weniger als 52 Staaten. Die grösste Gruppe der Mitglieder stammt aus Deutschland; etwa 560 bzw. 13% stammen aus Grossbritannien. Zwischen dem 10. Oktober 2002 und dem 4. April 2004 haben 22 Britinnen und Briten (mit Geburtsjahrgängen zwischen 1925 und 1965) mit Hilfe von Dignitas auf Schweizer Boden Suizid begangen. Mit Hilfe von Dignitas sind seit der Gründung 1998 bis Anfang Februar 2005 362 Menschen gestorben. Dignitas verfügte nach eigenen Angaben im Frühjahr 2005 über 6 bis 8 Vertrauensärzte in den Kantonen Zürich, Aargau und Luzern. Siehe hierzu sowie zum konkreten Vorgehen von Dignitas bei der Suizidhilfe: House of Lords, Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL], London 2005, Volume II, S. 633-646.

⁷⁴ Siehe hierzu oben Ziff. 2.2.1 und unten Ziff. 6.1.4.

Im *französischen Recht* ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar; hingegen ist die Sterbehilfe nach dem « Code de déontologie médicale » den Ärzten gänzlich verboten⁷⁵. In Frankreich gibt es im Weiteren ein gesetzlich statuiertes Recht auf Palliativmedizin, welches den Angehörigen namentlich auch ein Recht auf Sterbebegleitung, d.h. beispielsweise ein Recht auf Beurlaubung von ihrer Arbeit gibt.

In *Österreich, Italien, Spanien, Portugal und Polen* ist die Beihilfe zum Suizid strafbar.

In *Grossbritannien* ist die Beihilfe zum Suizid derzeit noch gänzlich verboten. Grossbritannien übt hinsichtlich der rechtlichen Würdigung von Suiziden gegenüber dem europäischen Festland prinzipiell mehr Zurückhaltung. Die Strafbarkeit des Suizidversuchs wurde dort erst durch den Suicide Act 1961 abgeschafft⁷⁶.

Aus dieser unterschiedlichen rechtlichen Situation heraus hat sich der Sterbetourismus in die bzw. in der Schweiz entwickelt. In den letzten Jahren sind immer mehr Personen mit Wohnsitz im Ausland in die Schweiz gekommen, um ihrem Leben mit der Hilfe von Suizidhilfeorganisationen, namentlich Dignitas, ein Ende zu setzen. Die Schweiz steht mit ihrer liberalen Haltung hingegen nicht alleine da. Andere Länder gingen in den letzten Jahren sogar noch weiter, indem sie eigentliche Sterbehilfegesetze geschaffen haben:

Holland hat als erster europäischer Staat die (unter bestimmten Bedingungen) von Ärzten praktizierte Suizidhilfe im April 2002 legalisiert. In *Belgien* ist nach dem Gesetz zur Sterbehilfe vom 28. Mai 2002 ebenfalls die Sterbehilfe (d.h. die aktive Tötung einer Person auf deren Verlangen hin) durch Ärzte legal, jedenfalls wenn sie unter bestimmten Voraussetzungen vorgenommen wird. In den *USA* hat der *Bundesstaat Oregon* 1997 eine Regelung zur ärztlichen Suizidbegleitung geschaffen – dies als einziger Staat ausserhalb Europas⁷⁷.

6.1.4 Rechtliche und standesrechtliche Bestimmungen in der Schweiz

Die allgemein gültigen Gesetzesbestimmungen, die auch für die Suizidhilfeorganisationen und ihre Repräsentanten gelten, sind namentlich die Strafbestimmungen der Artikel 111 ff. StGB sowie die Vorschriften im Betäubungsmittelgesetz (BetmG; SR 812.121). Spezielle, auf die Suizidhilfeorganisationen zugeschnittene Regeln gibt es keine. Wenn hingegen Suizidhelfer bei der Ausübung ihrer Tätigkeit Betäubungsmittel wie das Natrium-Pentobarbital (NAP) einsetzen, sind sie auf die Mitwirkung von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten angewiesen: Nach Artikel 10 BetmG sind nur die in Artikel 9 BetmG genannten, zur Berufsausübung ermächtigten Ärztinnen und

⁷⁵ Le Code de déontologie médicale figure dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 ; Article 38: „Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par les soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.“

⁷⁶ In Grossbritannien wird momentan geprüft, ob die Suizidhilfe künftig bei terminal Kranken unter bestimmten Voraussetzungen für zulässig erklärt werden soll. Siehe hiezu House of Lords (Fn. 73), Volume I: Report, S. 5 ff. Zur derzeit geltenden Rechtslage in Grossbritannien siehe a.a.O., S. 12 ff., sowie Volume II: Evidence, S. 578 ff., 580.

⁷⁷ Zur rechtlichen Situation in den genannten sowie auch in anderen Ländern siehe den Bericht der NEK (Fn. 20), S. 40-43.

Ärzte⁷⁸ zum Verordnen von Betäubungsmitteln befugt⁷⁹. Diese Ärztinnen und Ärzte sind nach Artikel 11 BetmG verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfang zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist⁸⁰. Umgekehrt haben Ärztinnen und Ärzte das grundrechtlich geschützte Recht, die Verschreibung eines todbringenden Mittels zu verweigern⁸¹.

In den Artikeln 41 ff. der Betäubungsmittelverordnung (BetmV; SR 812.121.1) werden die Modalitäten des Bezuges und der Verwendung von Betäubungsmitteln durch Medizinalpersonen geregelt. Nach Artikel 43 BetmV dürfen Ärzte Betäubungsmittel nur für Patienten verschreiben, die sie selber untersucht haben; das entsprechende Rezept hat zudem bestimmte Angaben zu enthalten wie Name, Adresse, eigenhändige Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes; Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse des Patienten; Ausstellungsdatum; Bezeichnung des Betäubungsmittels, seine Arzneiform und Dosierung; Menge und Gebrauchsanweisung⁸².

Die *medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* enthalten spezielle Angaben betreffend Beihilfe zum Suizid durch Ärzte, insbesondere hierbei einzuhaltende Mindestanforderungen. Eine dieser Mindestanforderungen betrifft den Gesundheitszustand des Suizidwilligen; d.h. der Suizidwillige muss dem Lebensende nahe sein⁸³.

Hinsichtlich weiterer rechtlicher Einschränkungen sei in Erinnerung gerufen, dass in der Stadt Zürich in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen ab 1987 die Suizidhilfe

⁷⁸ Die Bewilligungserteilung zur selbständigen Berufsausübung für Ärztinnen und Ärzte liegt in der Kompetenz der Kantone; das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, welches zur Zeit von den eidgenössischen Räten beraten wird, wird die Bewilligungsvoraussetzungen dereinst bundesrechtlich regeln, an der Kompetenz zur Bewilligungserteilung durch die Kantone wird jedoch auch dieses Gesetz nichts ändern (BBl 2005 S. 173 ff., insb. 224). Diese Bewilligung kann den Ärzten beispielsweise auch entzogen werden, wenn sie bei der Verschreibung von NAP Sorgfaltspflichten verletzen; siehe hierzu Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, SJZ 101, 2005, S. 53 ff., 87 ff.

⁷⁹ Die Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung Swissmedic, BetmV-Swissmedic; SR 812.121.2) führt das entsprechende Betäubungsmittel im Anhang a auf.

⁸⁰ Nach den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (Fn. 3) ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit; allerdings ist die persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren; s. dazu oben unter Ziff. 3.2.1.

⁸¹ Das Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Artikel 15 BV gibt jeder Person das Recht, ihre Religion oder ihre weltanschauliche Überzeugung frei zu wählen, diese allein oder in Gemeinschaft mit anderen zu bekennen sowie nach diesen Überzeugungen Handlungen vorzunehmen oder zu vermeiden. Darunter fällt auch das Recht, die Mitwirkung bei medizinischen Behandlungen aus Gewissensgründen zu verweigern. (s. dazu Bericht der Arbeitsgruppe "Rechte des medizinischen Personals" zuhanden des EJPD vom 12. März 2002, insb. Ziff. 3.4). Bleibt zu bemerken, dass selbständig tätige Ärzte grundsätzlich und auch ohne ethische Gründe jede Behandlung ablehnen können, soweit es sich nicht um eine Notfallsituation handelt (Anhang IV zum Bericht "Rechte des medizinischen Personals", a.a.O., Gutachten zur Gewissensfreiheit des Personals im Gesundheitswesen, erarbeitet von DIALOG ETHIK vom 5. Oktober 2001, zHd. des Bundesamtes für Justiz, S. 3).

⁸² Darüber hinaus wird heute aufgrund des Wunsches der Zürcher Strafuntersuchungsbehörden vom rezeptierenden Arzt eine besondere Erklärung ausgestellt, wonach der Patient urteilsfähig sei und in der Lage sei, sich das NAP selbst zuzuführen. Siehe hierzu Ludwig A. Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit, AJP 5/2004, S. 491 ff., 500.

⁸³ Siehe hierzu oben Ziff. 3.2.1 und Fn. 99.

ausdrücklich verboten war. Im Jahre 2000 hat der Zürcher Stadtrat diese Regelung überprüft und entschieden, in Altersheimen und Pflegezentren unter bestimmten Voraussetzungen den Suizid unter Beihilfe von Suizidhilfeorganisationen zuzulassen⁸⁴. Vorher waren die Bewohner dieser Institutionen gehalten, einen allfälligen Suizid ausserhalb der Institution, beispielsweise in ihrer Privatwohnung zu begehen. Dies müssen übrigens nach wie vor die Patienten der Zürcher Stadtspitäler tun, nachdem das Suizidhilfe-Verbot dort nach wie vor gilt; der Besuch von Suizidhilfeorganisationen ist dort hingegen zulässig. Im Beschluss des Zürcher Stadtrates wird festgehalten, dass in den übrigen Institutionen des Gesundheits- und Umweltdepartements *keine Suizidhilfe bei psychisch Erkrankten* erfolgen dürfe. Erfährt das *Personal* im Voraus von einem geplanten Suizid unter Mithilfe von Suizidhilfeorganisationen, so ist es *zur Meldung* an die Leitung der Einrichtung *verpflichtet*⁸⁵.

Der Gemeinderat von Bern hat am 21. Oktober 2001 „Richtlinien zur Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen“ erlassen und sofort in Kraft gesetzt. Nach diesen Richtlinien ist der Suizid in öffentlichen Heimen prinzipiell erlaubt, wenn die betreffende Person kein Zuhause mehr hat. Die aktive Mitwirkung an der Vorbereitung oder Durchführung von Suiziden (auch unter Beihilfe von Dritten) und insbesondere die Vermittlung von Suizidhilfeorganisationen sind dem Heimpersonal untersagt. Auf Wunsch der suizidwilligen Person dürfen sie beim Suizid anwesend sein. Dazu verpflichtet werden können sie hingegen nicht.

6.2 Problemanalyse

6.2.1 Missbrauchsgefahren

Die Zunahme an Begleitungen von Suizidenten aus dem Ausland durch Suizidhilfeorganisationen hat im Zusammenhang mit der Abklärung der objektiven Tatbestandsmerkmale von Artikel 115 StGB Fragen über Missbrauchsgefahren an der Grenze zur strafbaren Suizidhilfe bzw. zur Fremdtötung aufgeworfen. Die Organisationen stützen sich auf die liberale Regelung des Strafgesetzbuches in einer Art und Weise, die der (Straf-)Gesetzgeber so nicht vorausgesehen hatte. Ebenso bestehen Zweifel über die Einhaltung aller anderen anwendbaren Vorschriften (s. dazu oben Ziff. 6.1.4) und mithin Befürchtungen bezüglich eines angemessenen Schutzes der Personen, welche einen begleiteten Suizid begehen wollen⁸⁶. Bei den erschwerenden Umständen in Fällen von Suizidenten mit Wohnsitz im Ausland (s. hierzu unten Ziff. 6.2.2) wird seitens der Zürcher Justizbehörden befürchtet, dass allfällige Missbräuche wegen der oft ungenügend geklärten Beweislage unbestraft bleiben.

Verurteilungen wegen Artikel 115 StGB sind in der Schweiz bisher sehr selten geblieben⁸⁷. Zudem betraf keine dieser Verurteilungen die Tätigkeit von Suizidhilfeor-

⁸⁴ Siehe Fn. 25.

⁸⁵ Zu dieser Meldepflicht sowie auch zu anderen Punkten des besagten Zürcher Stadtratsbeschlusses siehe Gunther Arzt, (Fn. 60), S. 588 ff.

⁸⁶ Siehe die Reportage „Fahrkarte – ganz einfach“ im Nachrichtenmagazin Facts (Fn. 30), S. 16 ff. Siehe auch die Reportage in der SonntagsZeitung vom 4. Dezember 2005, Nr. 49, S. 2, „Zürcher Justiz ermittelt gegen Sterbehilfverein Dignitas; Ungereimtheiten bei Spenden in Höhe von 230 000 Franken“.

⁸⁷ In den Jahren 1960-1998 sind in der Schweiz acht Fälle nachgewiesen. Siehe hierzu Schwarzenegger, a.a.O. (Fn. 1), Art. 115 N. 1 ff., sowie a.a.O., S. 64 f., die Kriminalstatistik zu Art. 115 StGB. Das

ganisationen. Bis anhin wurde bei den von solchen Organisationen begleiteten Suiziden somit noch nie gerichtlich auf das Vorliegen einer strafbaren Handlung erkannt. Hingegen bestehen zuweilen Zweifel daran, ob bei der ärztlichen Verschreibung der tödlich wirkenden Betäubungsmittel immer die hierfür notwendigen Voraussetzungen (s. oben Ziff. 6.1.4) wie namentlich das nahe Lebensende erfüllt sind (Ziff. 3.3 am Ende).

Missbrauchsgefahren bestehen namentlich hinsichtlich folgender Aspekte:

- Der Suizident muss die *Tatherrschaft* und die Eigenverantwortung über seinen Tod gehabt haben. Er muss in Kenntnis der Bedeutung und der vollen Tragweite seines Verhaltens selbstständig gehandelt haben. Er muss letztlich die todbringende Handlung selber durchgeführt haben. Bei Druck, Nötigung, Drohung, Täuschung durch Dritte oder Urteilsunfähigkeit des Betroffenen liegt kein Suizid im Sinne von Artikel 115 StGB vor, sondern eine Tötung.
- Der *Urteilsfähigkeit* des Suizidenten kommt eine besondere Bedeutung zu. Menschen, denen die Urteilsfähigkeit bezüglich der Suizidhandlung fehlt, können gar keinen Suizid begehen. Der Nachweis der Urteilsfähigkeit im Einzelfall kann sich als schwierig erweisen. In Frage gestellt ist sie in Abhängigkeitssituationen oder bei Beeinflussung durch Dritte, so beispielsweise bei psychisch Kranken, bei schwerst und terminal Kranken, bei Jugendlichen und Kindern, bei Insassen von Institutionen der Langzeitpflege, usw.
- Die Straflosigkeit der Suizidhilfe setzt das Fehlen von *selbstsüchtigen Beweggründen* voraus. Dies wirft die Frage der Uneigennützigkeit der Tätigkeit von Suizidhilfeorganisationen und ihrer Finanzierung auf. Die Überprüfung dieser Voraussetzung bedingt, dass die Strafverfolgungsbehörde Einblick in die Finanzen der betroffenen Organisation erhält. Ob bei gewerbsmässiger Ausübung dieser Tätigkeit – auch wenn das Entgelt nur den Infrastruktur- und Personalaufwand der Organisation abdecken sollte – die Voraussetzung des Fehlens selbstsüchtiger Beweggründe erfüllt ist, wird von der Rechtspflege zu prüfen und zu entscheiden sein.
Selbstsüchtige Beweggründe im Sinne von Artikel 115 StGB liegen namentlich auch vor, wenn der Täter überwiegend die Befriedigung eigener materieller oder affektiver Bedürfnisse anstrebt, wie der Antritt des Erbes, die Entlastung von einer Unterhaltspflicht oder die Befreiung von einer verhassten Person, aber auch Geltungsdrang und Publizitätsgier.

6.2.2 Belastung der Gemeinwesen

Jeder nicht natürliche, ausserordentliche Todesfall muss der Strafverfolgungsbehörde gemeldet werden⁸⁸. Diese Behörde leitet ein polizeiliches Ermittlungsverfahren

Bezirksgericht Zürich hat am 26. April 2005 einen Mann wegen Verleitung zum Selbstmord aus krass egoistischen Gründen (Art. 115 StGB) zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt und ihm gegenüber (bereits zum zweiten Mal) eine Verwahrung gemäss Art. 42 StGB angeordnet (siehe NZZ vom 27. April 2005, Nr. 97, S. 51).

⁸⁸ Etwa im Kanton Bern sind die Fachpersonen gemäss Art. 28 Absatz 1 des Gesundheitsgesetzes (GesG; BSG 811.01) verpflichtet, die im Rahmen ihrer Berufsausübung festgestellten aussergewöhnlichen Todesfälle unverzüglich den zuständigen Strafverfolgungsbehörden anzuzeigen. De facto kommt es jeweils zu einem polizeilichen Ermittlungsverfahren (also noch nicht zu einer eigentlichen

ein. Dabei geht es vorerst um die Abklärung, ob es sich um einen Suizid oder um ein Tötungsdelikt handelt. Bei einem begleiteten Suizid muss demnach abgeklärt werden, ob der Suizident die Tatherrschaft und die Eigenverantwortung über seinen Tod hatte, ob er in Kenntnis der vollen Tragweite seines Verhaltens selbstständig gehandelt hat, ob er seinen Sterbewunsch konstant und wiederholt geäußert und letztlich die todbringende Handlung selber durchgeführt hat (s. oben 6.2.1). Weiter muss festgestellt werden, ob der Helfer zum Suizid aus uneigennütigen Beweggründen gehandelt hat.

Für die Untersuchungsbehörden der insbesondere vom Sterbetourismus betroffenen Kantone kann die Prüfung der oben erwähnten Tatbestandsmerkmale von Artikel 115 StGB zusätzliche Schwierigkeiten bereiten. Die Feststellung der Urteilsfähigkeit des Suizidenten erweist sich oft erschwert durch mangelhafte oder unvollständige Beweismittel. In gewissen Fällen werden für diese Abklärungen die internationalen Rechtshilfemittel beansprucht. Für die schweizerischen Strafuntersuchungsbehörden ist es aufwändig und schwierig, die Glaubwürdigkeit eines allfällig vorhandenen ausländischen Arzteugnisses zu überprüfen. Der Sterbetourismus bewirkt also zweifellos einen zusätzlichen Arbeitsaufwand für die damit befassten Schweizer Behörden und löst damit auch Kostenfolgen aus.

Laut einer Schätzung der Zürcher Behörden erwachsen der Justiz und der Rechtsmedizin nach jedem assistierten Suizid Kosten in der Höhe zwischen 3000 bis 5000 Franken⁸⁹. Geht man von 3000 Franken pro Fall aus, kommt man in Zürich im Jahr 2003 alleine für Suizidenten mit Wohnsitz im Ausland insgesamt auf Kosten von 273'000 Franken. Wollte man den Arbeitsaufwand gänzlich vermeiden, müsste man den Sterbetourismus unterbinden. Eventuell können die Kostenfolgen den Angehörigen der „Sterbetouristen“ überwältigt werden; dies ist heute schon aufgrund gewisser kantonaler Regelungen möglich⁹⁰.

6.2.3 Störung durch den Betrieb von Suizidospizen

Der Betrieb von Sterbe- und Suizidospizen (Wohnungen, Häuser) stört die Nachbarschaft durch ideelle wie auch andere Immissionen. Dies gilt umso mehr, wenn die Anzahl der begleiteten Suizide, namentlich durch den Sterbetourismus, anwächst. Die betreffenden Standortgemeinden und Standortkantone fürchten darüber hinaus allgemein um ihr Ansehen.

Werden diese Immissionen – auch durch deren Häufigkeit – zu störend, so können

Strafuntersuchung). Gemäss der Verordnung über Sterbehilfe und Todesfeststellung vom 11. Juni 1997 (BSG 811.06) werden die Richtlinien der medizinischen Wissenschaften vom 24. Februar 1995 für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten für anwendbar erklärt (2003 und 2004 wurden diese Richtlinien überarbeitet und neu in separaten Richtlinien veröffentlicht; siehe die Angaben hiezu oben in Fn. 3, 4 und 11).

⁸⁹ Siehe die entsprechenden Angaben (2'000 bis 3'000 Euro pro Fall) von Andreas Brunner, Zürcher Oberstaatsanwalt, in House of Lords (Fn. 73), Volume II, S. 631.

⁹⁰ Siehe hiezu etwa das Berner Dekret betreffend das Begräbniswesen vom 25. November 1876 (BSG 556.1). Gemäss Art. 20 Absatz 1 dieses Dekrets dürften die Untersuchungs- und Beerdigungskosten von aussergewöhnlichen Todesfällen aus dem Nachlass des Verstorbenen bestritten werden, was allerdings heute kaum mehr gemacht wird (siehe hiezu Thomas Maurer, Das bernische Strafverfahren, 2. Aufl. Bern 2003, S. 236 f.). Eine ähnliche Regelung sieht der Kanton St. Gallen in der Vollzugsverordnung über die Friedhöfe und die Bestattungen vom 3.1.1967 vor. Gemäss Artikel 12 dieser Verordnung werden die Kosten der Untersuchung bei ausserordentlichen Todesfällen aus dem Nachlass bestritten, sofern keine Strafuntersuchung durchgeführt worden ist.

sich die betroffenen Nachbarn in näherer und weiterer Entfernung über die im Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210) vorgesehenen nachbarrechtlichen Instrumentarien, Artikel 679 und 684 ZGB, zur Wehr setzen; der Richter hat hierbei allerdings ein grosses Ermessen. Weiter ist es denkbar, dass die betroffenen kantonalen Behörden via kantonales Raumplanungs- und Baurecht und Anspruch auf zonenkonforme Nutzung auf den Betrieb solcher Sterbewohnungen Einfluss nehmen⁹¹.

6.2.4 Ansehen der Schweiz

Die schweizerische Öffentlichkeit reagiert zusehends irritiert auf den *Sterbetourismus*. Sie stört sich daran, dass beim Sterbetourismus ein schneller Tod ausserhalb des persönlichen Umfeldes stattfindet. Wenn zudem die Heimatländer und die Angehörigen der „Sterbetouristen“ bei den Schweizer Behörden intervenieren – sei es via Medienberichten, auf diplomatischem Weg oder mit Rechtshilfeersuchen – gerät die Schweiz im Weiteren unter internationalen Druck. Dieser Druck kann den Ruf der Schweiz gefährden oder sogar schädigen.

Diese Irritationen und Interventionen beruhen allerdings kaum auf der Tatsache, dass die Schweiz ihre liberale Haltung hinsichtlich Hilfe beim Sterben auch gegenüber hier nicht ansässigen Menschen gelten lässt. Es geht eher darum, dass angesichts der in den Fällen von Sterbetourismus schnellen Abwicklung fern vom persönlichen Umfeld weniger Sorgfalt und weniger Kontrolle als in den Schweizer Fällen vermutet wird. Die Schweiz sollte deshalb dafür sorgen, dass sie international Gewähr dafür bietet, dass die Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz denselben Schutz erfahren wie Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

Es wird sogar vorgeworfen, in der Schweiz würde eine Art *Handel mit dem Leben bzw. Sterben* von Personen mit Wohnsitz im Ausland betrieben. Würden sich allerdings die Repräsentanten der Suizidhilfeorganisationen am Sterbetourismus bereichern, wäre Artikel 115 StGB anwendbar, denn dann wären selbstsüchtige Motive gegeben. Bislang gibt es noch keine hinreichenden Hinweise darauf, dass die Suizidhilfeorganisationen aus finanziellen Motiven Personen – aus dem In- oder Ausland – zum Tod verhelfen⁹².

Die NEK vertritt in ihrer Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ diesbezüglich die Auffassung, dass es keine ethischen Gründe gebe, die Suizidhilfe gegenüber Personen mit Wohnsitz im Ausland zu verweigern, wenn sie für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz erlaubt ist. Es müssen aber bei Suizidwilligen aus dem Ausland wie aus

⁹¹ Ideelle Immissionen wurden vom schweizerischen Bundesgericht insbesondere im Zusammenhang mit dem Rotlichtmilieu anerkannt; siehe Urteile 1P.771 und 1P.773/2001 vom 5. Mai 2003, E. 9.2, betreffend die Stadt Zürich. Die umschreibenden Merkmale für ideelle Immissionen (Verletzung des seelischen Empfindens, unangenehme Eindrücke erwecken, ruhiges und angenehmes Wohnen beeinträchtigen, Vermietbarkeit von umliegenden Wohnungen erschweren) treffen auch für die Auswirkungen des Sterbetourismus zu.

⁹² Dignitas verfolgt nach eigenen Angaben keine kommerziellen Interessen. Die Mitglieder zahlen eine einmalige Eintrittsgebühr von 100 Franken und danach einen Jahresbeitrag von mindestens 50 Franken (die genaue Höhe liegt im Ermessen des Mitglieds). Das Geld dient zur Deckung der Kosten (siehe hiezu die entsprechenden Angaben auf der Homepage von Dignitas unter: <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm>). Hingegen gibt es Hinweise, wonach die Spenden gegenüber Dignitas zum Teil beachtliche Höhen haben. Siehe hierzu Facts (Fn. 30), S. 22. Es ist auch zu bemerken, dass auf der Homepage von Dignitas unter „Adresse und Bankverbindungen“ die Bankverbindungen eine doch sehr prominente Position einnehmen; siehe <http://www.dignitas.ch/we/seite12.htm>.

dem Inland eine ausreichende Kenntnis der suizidwilligen Person, Abklärung ihrer Situation, Konstanz des Suizidwunsches und die diesbezüglichen Sorgfaltspflichten gewährleistet werden (s. oben Ziff. 3.2.2).

6.2.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man in der gegenwärtigen Diskussion über Suizidhilfe und Sterbetourismus in der Schweiz folgende drei Problembereiche ausmachen:

- Rechts- und kriminalpolitisch: Der Schutz des menschlichen Lebens ist gefährdet, wenn Suizidhilfeorganisationen und die beteiligten Personen bei der Suizidhilfe – namentlich an Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz – angesichts der geltenden rechtlichen Situation Missbräuche betreiben, die wegen mangelnder Ressourcen und wegen der erschwerten Beweislage nicht aufgedeckt und so weder straf- noch standesrechtlich geahndet werden.
- Gesellschaftspolitisch: Es wird geltend gemacht, dass der – legale und erst recht der möglicherweise illegale – Sterbetourismus den Ruf der Schweiz gefährdet und dass der Betrieb von Suizidhospizen bzw. entsprechenden Wohnungen angesichts der Vielzahl der Fälle als störend empfunden wird. Weiter wird befürchtet, dass ein Handel mit dem Leben (bzw. Sterben) namentlich von Personen mit Wohnsitz im Ausland betrieben wird.
- Finanziell: Die zunehmenden Fälle von Suizidhilfe und namentlich von Sterbetourismus verursachen den betroffenen kantonalen und kommunalen Gemeinwesen einen bedeutenden Mehraufwand und stellen damit für sie finanziell eine besondere Belastung dar.

6.3 Handlungsspielraum der Kantone

Bei den vorstehend genannten Missbrauchsgefahren (s. oben Ziff. 6.2.1) geht es ausschliesslich um solche, die von einer möglichen Verletzung von bestehenden strafrechtlichen und anderen Vorschriften (s. oben Ziff. 6.1.4) herrühren. Die Problematik der Missbräuche im sensiblen Bereich der Suizidhilfe und des Schutzes von menschlichen Leben ist somit nicht in erster Linie auf das Fehlen rechtlicher Bestimmungen zurückzuführen. Sie steht vielmehr in Zusammenhang mit einem erhöhten Ressourcenbedarf und mit dem politischen Willen der zuständigen Behörden zur Verhinderung der Gefahren und Ahndung der gegebenenfalls eingetretenen Verletzungen.

Die Strafverfolgung und die Beaufsichtigung der involvierten Medizinalpersonen gestützt auf Betäubungsmittel- und Gesundheitsrecht liegen im Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Kantone. Diese haben auch die dazu nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Kantone und die Gemeinden verfügen zudem über die Möglichkeit, in den Bereichen des Spital-, Pflege- und Heimwesens sowie der Kosten des Straf- und Ermittlungsverfahrens und des Bestattungswesens die Regeln zu erlassen, die sie für nötig erachten.

Es kann somit zunächst festgehalten werden, dass auf kantonaler und kommunaler Ebene Missbräuche und unerwünschte Folgen der Suizidhilfe und des Sterbetourismus durch konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts sowie allenfalls durch Erlass von Bestimmungen in ihrem Kompetenzbereich weitgehend verhindert werden können.

6.4 Bundesgesetzgeberische Massnahmen

Die beschriebenen Probleme sind Folge- bzw. Randerscheinungen der Suizidhilfe. Um diese Probleme zu lösen, bietet sich auf Bundesebene die Wahl an, entweder die Ursachen zu beheben oder lediglich dessen unerwünschte Folgen einzudämmen.

Eine Ursachenbeseitigung ist durch folgende Massnahmen denkbar:

- Generelles Verbot der Suizidhilfe in Artikel 115 StGB
- Generelles Verbot von Suizidhilfeorganisationen
- Verbot an Suizidhilfeorganisationen, in der Schweiz Suizidhilfe an Personen mit Wohnsitz im Ausland zu leisten
- Einreisesperre gegenüber Sterbetouristen (von vornherein unpraktikabel)

Zur Behebung der unerwünschten Folgen sind folgende Massnahmen denkbar:

- Erlass eines Aufsichtsgesetzes über die Suizidhilfeorganisationen
- Ergänzung des Betäubungsmittelgesetzes
- Schaffung einer Suizidbeistandschaft

6.4.1 Revision von Artikel 115 StGB

Sieht man die Ursache der Missbräuche und namentlich des Sterbetourismus in der liberalen bzw. permissiven schweizerischen gesetzlichen Regelung, könnte man dazu geneigt sein, diese Ursache zu beseitigen, d.h. Artikel 115 StGB zu verschärfen. Hierbei wären verschiedene Varianten denkbar:

- *Verzicht auf die strafbegründenden selbstsüchtigen Motive:* Das generelle Unter-Strafe-Stellen der Suizidhilfe (ohne das Erfordernis der Selbstsucht) wäre zwar geeignet, den Sterbetourismus zu unterbinden. Eine derart restriktive Lösung wäre hingegen eine Abkehr vom bisherigen liberalen Konzept und wäre politisch nicht konsensfähig.
- *Beschränkung von Artikel 115 StGB auf „unorganisierte“ Suizidhelfer:* Eine Variante, wonach sich Artikel 115 StGB nicht auf Mitglieder von Suizidhilfeorganisationen beziehen soll bzw. für diese eine Sonderregelung geschaffen wird, wäre denkbar allenfalls im Sinne von: wer zwar nicht aus selbstsüchtigen Gründen, aber berufsmässig bzw. wiederholt Suizidhilfe leistet, macht sich strafbar. Mit dieser Variante wäre die straflose Suizidhilfe faktisch den Angehörigen vorbehalten. Da die Angehörigen diese Verantwortung in vielen Fällen aber gar nicht tragen wollen oder können bzw. der Suizidwillige sie ihnen nicht aufbürden will, würde diese Massnahme auf ein faktisches Verbot der Suizidhilfe hinauslaufen.
- *Beschränkung von Artikel 115 StGB auf Personen mit Wohnsitz in der Schweiz:* Ein Ausschluss der straflosen Suizidhilfe an Suizidenten ohne Wohnsitz in der Schweiz wäre ein denkbare Mittel zur Lösung der Probleme des Sterbetouris-

mus. Doch wäre diese Lösung im internationalen Umfeld – trotz allfälliger Rufbeeinträchtigung durch die derzeitige rechtliche und faktische Situation – wegen der Ungleichbehandlung von Personen mit Wohnsitz im Ausland kaum tragfähig. Als Nachteil fällt zudem ins Gewicht, dass diese Massnahme ausschliesslich auf das Phänomen des Sterbetourismus zielt und dieselben Missbrauchsgefahren bei der Suizidhilfe selbst nicht berücksichtigt werden. Schliesslich ist fraglich, ob eine solche Massnahme überhaupt tauglich wäre, um die Probleme auch nur des Sterbetourismus zu lösen.

Eine Änderung von Artikel 115 StGB zum Verbot der Suizidhilfe oder zumindest der Suizidhilfeorganisationen oder des Sterbetourismus würde eine drastische Massnahme darstellen, dürfte aber rechtspolitisch kaum durchsetzbar sein⁹³. Da die Missbräuche jedoch nicht in erster Linie auf fehlende Normen zurückzuführen sind, sondern auf eine zu wenig konsequente Anwendung der bestehenden Regelungen, erweist sich diese Massnahme bereits im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten insgesamt als unverhältnismässig.

6.4.2 Aufsichtsgesetz über die Suizidhilfeorganisationen

Es wäre denkbar, die Suizidhilfeorganisationen mittels Gesetz einer staatlichen Aufsicht zu unterstellen und diese so zur Einhaltung von Sorgfaltskriterien zu verpflichten, wie dies die NEK in ihrer Stellungnahme verlangt⁹⁴. In einem solchen Gesetz könnte eine Bewilligungspflicht für Suizidhilfeorganisationen vorgesehen werden. Um der Gefahr der Umgehung einer solchen Regelung zu begegnen, müssten ihr auch Einzelpersonen unterstellt werden, die über Einzelfälle in ihrem familiären Umfeld hinaus Suizidhilfe anbieten.

Eine Bewilligung würde nur an Organisationen und Suizidhelfer erteilt, welche sich verpflichten, die im Gesetz vorzusehenden Voraussetzungen zu erfüllen und das dazu vorzusehende Verfahren im Vorfeld, während und nach einem begleiteten Suizid einzuhalten. Hierbei ginge es vor allem um einen Sorgfaltsnachweis hinsichtlich der Suizidbegleitung, was weitestgehend auf die Einhaltung von Prüfungs- und Dokumentationspflichten hinausläufe; weiter wäre eine Beschränkung auf Medizinalpersonen, eine Umschreibung der erforderlichen Ausbildung von Suizidhelferinnen und -helfern, eine Meldepflicht für geplante begleitete Suizide und die vorgängige Prüfung der Behörden auf Rechtmässigkeit derselben sowie eine jederzeitige behördliche Einsicht in die Finanzen der Suizidhelfer vorgesehen⁹⁵.

Zur Illustration führen wir einige Bestimmungen auf, die in einem solchen Aufsichtsgesetz enthalten sein könnten:

⁹³ Auch die NEK hat in ihrem Bericht „Beihilfe zum Suizid“ (Fn. 20) die liberale Haltung, die in Art. 115 StGB bezüglich der Suizidhilfe zum Ausdruck kommt, nicht in Frage stellen wollen (Empfehlungen 3 und 5).

⁹⁴ Siehe die Nachweise und Hinweise dazu oben in Fn. 20 und oben unter Ziff. 3.2.2.

⁹⁵ In eine ähnliche Richtung – allerdings ohne vorgängige behördliche Prüfung der geplanten begleiteten Suizide von der Finanzen der Suizidhilfeorganisationen – hingegen mit nachträglicher Meldepflicht und mit einer Überwälzung der Kosten des Verfahrens bei aussergewöhnlichen Todesfällen auf den Nachlass der verstorbenen Person – geht der Entwurf des Gesetzes zur Suizid-Prävention von Frank Th. Petermann. Siehe denselben in seinem Beitrag unter gleichnamigem Titel in AJP 9/2004, S. 1111 ff., 1129 ff.

Bundesgesetz über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen und Suizidhelfern (Entwurf zur Illustration)

Gestützt auf die Art. 118 Abs. 2 Bst. a, 122 Abs. 1 und 123 Abs. 1 BV

Art. 1 Bewilligungspflicht

Organisationen und Personen, welche Suizidbegleitungen an sterbewilligen Personen leisten, brauchen dafür die Bewilligung einer nach kantonalem Recht zuständigen Behörde.

Art. 2 Sorgfaltsnachweis

¹ Dem Bewilligungsgesuch ist ein Konzept beizulegen. Darin muss aufgezeigt werden, wie die Organisation oder die betreffende Einzelperson sicherstellt, dass in jedem einzelnen Fall geprüft wird, wie tief der Suizidwunsch der sterbewilligen Person tatsächlich ist.

² Das Konzept muss darlegen, wie im Einzelfall die folgenden Punkte beachtet werden:

- a. Der sterbewilligen Person müssen alle Möglichkeiten für eine Hilfe zum Leben zur Verfügung stehen;
- b. die Tätigkeit der Organisation oder Einzelperson darf sich nicht einseitig auf den Todeswunsch der sterbewilligen Person abstützen;
- c. der geplante Suizid muss dem freien Willen der sterbewilligen Person entspringen;
- d. es darf kein Druck von aussen zu diesem Entschluss geführt haben;
- e. die sterbewillige Person muss in Kenntnis der Bedeutung und vollen Tragweite ihres Verhaltens selbständig handeln können;
- f. die notwendigen Arztzeugnisse und Bescheinigungen müssen in einer Amtssprache vorliegen;
- g. der begleitete Suizid muss an einem dafür geeigneten Ort stattfinden;
- h. die Suizidhilfeorganisation und die betreffende Einzelperson müssen bei ihrer Hilfestellung uneigennützig handeln;
- i. usw

Art. 3 Meldepflicht

Die Suizidhilfeorganisation oder die Einzelperson meldet der kantonalen Behörde jede geplante Suizidbegleitung mindestens 3 Tage im Voraus. Die notwendigen Arztzeugnisse und Bescheinigungen sind vorzulegen.

Art. 4 Vorgängige Überprüfung

¹Die kantonale Behörde prüft umgehend die Rechtmässigkeit jedes gemeldeten Falles vor dem Vollzug des Suizides.

²Im Zweifel kann die Behörde die geplante Suizidbegleitung untersagen und vor der Durchführung weitere Abklärungen anordnen.

Art. 5 Offenlegung der Finanzen

Die Suizidhilfeorganisation oder die Einzelperson muss der zuständigen kantonalen Behörde jederzeit Einsicht in ihre Finanzen gewähren.

Art. 6 Widerhandlungen

Bei Widerhandlungen gegen diese Bestimmungen können der Suizidhilfeorganisation oder der Einzelperson die daraus resultierenden zusätzlichen Verfahrenskosten, die bei der Untersuchung des ausserordentlichen Todesfalles anfallen, unabhängig von einem strafrechtlichen Verschulden, ganz oder teilweise überbunden werden.

Art. 7 Widerruf der Bewilligung

Die Bewilligung zur Ausübung von Suizidbegleitungen kann von der kantonalen Bewilligungsbehörde jederzeit widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

Mit einem solchen Aufsichtskonzept könnte eine Art Qualitätssicherung für Suizidhilfeorganisationen und Suizidhelfer geschaffen werden. Es könnte auch sicherlich besser als heute eine gewisse Gewähr dafür geleistet werden, dass es sich bei den begleiteten Suiziden wirklich um Suizide handelt, d.h. dass nicht etwa Menschen in den Tod begleitet werden, deren Urteilsfähigkeit bezüglich der Suizidhandlung fehlt und die deshalb gar keinen Suizid begehen können.

Eine explizite Grundlage zum Erlass eines solchen Gesetzes auf Bundesebene (z.B. Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die Suizidhilfeorganisationen sowie Suizidhelferinnen und -helfer) ist in der Bundesverfassung nicht vorhanden. Es wäre aber nach erster Einschätzung und je nach dem Regelungsinhalt nicht von vornherein ausgeschlossen, ein solches Aufsichtsgesetz auf mehrere Bundeskompetenzen abzustützen⁹⁶.

Von einem Aufsichtsgesetz müsste erwartet werden können, dass es die sich bei der organisierten Suizidhilfe stellenden Probleme wenigstens zu einem grossen Teil lösen könnte. Ob dies erreicht werden könnte, ist nicht leicht abzuschätzen. Auf jeden Fall hätte dieses Gesetz eine Bürokratisierung der Suizidhilfe⁹⁷ zur Folge. Weiter stellt sich die politische Frage, ob es sinnvoll ist, der Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen und anderer Suizidhelfer durch die Schaffung eines Spezialgesetzes und einer Spezialaufsicht eine spezielle (auch internationale) Publizität sowie staatliche Legitimierung zu verschaffen (staatlich qualifizierte Suizidhelfer?).

Ob ein solches Gesetz ein taugliches Mittel wäre, gerade auch die mit dem Sterbetourismus verbundenen Probleme zu lösen, ist vor diesem Hintergrund erst recht fraglich. Vielleicht würde damit die Schweiz sogar eine noch größere Sogwirkung auf Sterbetouristen auslösen. Darüber hinaus ist nicht von der Hand zu weisen, dass ein Aufsichtsgesetz in gewissem Sinne auf ein Gesetz ad personam (Minelli) und somit auch für einen einzigen Kanton (Zürich) hinausliefe. Alles in allem erscheint ein solches Bundesgesetz und seine Umsetzung als unverhältnismässige Massnahme zur Lösung der Probleme im Zusammenhang mit einzelnen Suizidhilfeorganisationen bzw. Suizidhelfern.

⁹⁶ Wenn man davon ausgeht, dass es sich beim Verhältnis zwischen der Suizidhilfeorganisation und der suizidwilligen Person um ein Auftragsverhältnis im Sinne der Artikel 394 ff. OR und demnach um ein Verhältnis unter Privaten handelt, welches mittels Aufsicht bestimmten Einschränkungen unterworfen wird, wäre wohl in erster Linie die Zivilrechtskompetenz des Bundes nach Artikel 122 Abs. 1 BV in Betracht zu ziehen. Es stützen sich bereits mehrere Regelungen der schweizerischen Rechtsordnung, welche Privatrechtsverhältnisse näher regeln oder gewissen Beschränkungen unterwerfen, auf die Zivilrechtskompetenz des Bundes - so beispielsweise die Bewilligungspflicht der berufsmässigen Ehe- oder Partnerschaftsvermittlung in Artikel 406c OR, aber auch das Bundesgesetz über den Erwerb von Grundstücken durch Personen im Ausland (SR 211.412.41) oder der Bundesbeschluss vom 8. Oktober 1989 über eine Sperrfrist für die Veräusserung nichtlandwirtschaftlicher Grundstücke (AS 1989 II 1974). Nach der Praxis des Bundesamtes für Justiz (VPB 46.20 und 63.83) können Rechtsnormen insbesondere dann auf die Zivilrechtskompetenz abgestützt werden, wenn sie die Voraussetzungen privatautonomer Rechtsgestaltung umschreiben, traditionell mit der Privatrechtskodifikation zusammenhängen und typisch privatrechtliche Ziele verfolgen. Als zivilrechtlich können Normen gelten, welche darauf abzielen, strukturelle Ungleichgewichte zwischen den Vertragspartnern zu mildern (Schutz der schwächeren Partei). Sachbereiche, die den Zielen des Zivilrechts fremd sind, bedürfen nach dieser Auffassung einer besonderen Verfassungsgrundlage. Interpretiert man den Begriff des Konsumentenschutzes extensiv, wäre je nach Regelungsinhalt des Gesetzes allenfalls sogar eine zusätzliche ergänzende Abstützung auf Artikel 97 Abs. 1 BV nicht ganz ausgeschlossen.

⁹⁷ Siehe hierzu Arzt (Fn. 60), S. 591 f.: „Auch diese Bürokratisierung wird die Beteiligten massiv belasten, ohne zum Schutz des Lebens wirklich etwas beizutragen“.

6.4.3 Ergänzung des Betäubungsmittelgesetzes

In den meisten von Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suiziden wird als todbringende Substanz das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NAP) verwendet. Es wäre somit denkbar, im Betäubungsmittelgesetz (BetmG) eine Bestimmung aufzunehmen, in welcher die Verschreibung dieser und allfälliger weiterer zum selben Zweck geeigneter Substanzen an mehr Voraussetzungen gebunden würde, als derzeit in Artikel 43 der Betäubungsmittelverordnung für die Verschreibung von Betäubungsmitteln vorgesehen sind. Diese zusätzlichen Voraussetzungen könnten beispielsweise darin bestehen, den verschreibenden Arzt zu einer vertieften Überprüfung des Falles zu verpflichten⁹⁸ und allenfalls andere Fachpersonen beizuziehen, um eine ähnlich sorgfältige Abklärung des Falles zu erreichen, wie anschliessend (unter Ziff. 6.4.4) in der Konzeption einer Suizidbeistandschaft skizziert wird. Mit einer solchen Regelung könnten jedenfalls die unter Anwendung von Betäubungsmitteln im Sinne des BetmG begleiteten Suizide besser kontrolliert werden. Es wäre auch denkbar, die Möglichkeit der Verschreibung von NAP explizit auf Terminalkranke (allenfalls auch auf solche ohne psychische Störungen) zu beschränken⁹⁹. Schliesslich könnten über die Voraussetzungen der Verschreibung dieses Betäubungsmittels hinaus auch Bezug, Abgabe und Anwendung desselben speziell reglementiert werden. Nach heutigem Recht wird das NAP (vom Apotheker) zwar auf Rezept hin für eine bestimmte Person abgegeben; was hingegen danach damit passiert, wird bis und mit der Anwendung nicht kontrolliert – jedenfalls nicht vom verschreibenden Arzt. So besteht das Risiko, dass in einem Fall nicht verwendetes NAP schliesslich in falsche Hände gerät¹⁰⁰.

Die für die Änderung des Betäubungsmittelrechts notwendige Verfassungsgrundlage wäre in Artikel 118 Abs. 2 Bst. a BV vorhanden. Eine umfassende Aufsicht über die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen über die Abgabe hinaus wäre hingegen im Rahmen des Betäubungsmittelrechts nicht möglich.

⁹⁸ Zu einer solchen vertieften Abklärung haben sich die Zürcher Ärzte auf Wunsch der Strafuntersuchungsbehörden bereits verpflichtet. Siehe hierzu oben Fn. 82 sowie den dazu gehörigen Text.

⁹⁹ Nach den SAMW-Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (Fn. 3) ist der Arzt nur zur Beihilfe zum Suizid berechtigt, wenn die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist (siehe die Nachweise oben unter Ziff. 3.2.1 und 6.1.4). Offenbar tolerieren hingegen die Aufsichtsbehörden einen weiten Ermessensspielraum der Ärzte, wobei die medizinische Indikation weitgehend aus dem Leidenszustand des Sterbewilligen und seinem autonom gefassten, ernstlichen Sterbewunsch abgeleitet wird. Siehe hierzu Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/ Kiesewetter (Fn. 78), S. 90. Die Autoren setzen sich a.a.O. für diese Sichtweise ein und distanzieren sich dabei zum einen von der Meinung von Minelli, wonach es einen menschenrechtlich verbürgten Anspruch auf Verabreichung von NAP gebe; zum andern von einem Entscheid des Departementes für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, wonach es für die Verschreibung von NAP die Indikation Selbsttötung nicht gebe. Weiter halten sie fest, dass Urteilsfähigkeit hinsichtlich des eigenen Sterbewunsches bei Menschen mit psychischen Störungen nicht generell auszuschliessen sei. Bei solchen Menschen sei hingegen bei der Suizidhilfe die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens unumgänglich, um den rezeptierenden Arzt vor straf-, zivil- und gesundheitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen (a.a.O., S. 91). Dignitas bietet die Suizidhilfe mit NAP an, „im Fall von ärztlich diagnostizierten hoffnungslosen oder unheilbaren Krankheiten, unerträglichen Schmerzen oder unzumutbaren Behinderungen“; siehe diese Angaben unter dem Titel „Legale Freitodhilfe mit DIGNITAS“ unter: <http://www.dignitas.ch/we/seite05.htm>.

¹⁰⁰ Dieses Risiko wird auch von Petermann gesehen. Er schlägt deshalb vor, dass das letale Medikament dem Patienten zu *Handen der Suizidhilfeorganisation* verschrieben werden sollte. Allenfalls könnte es auch durch die Kantonsapothek direkt der Organisation abgegeben werden. Siehe Petermann (Fn. 95), S. 1135.

6.4.4 Schaffung einer Suizidbeistandschaft

Eine weitere Möglichkeit der Beaufsichtigung der Suizidhilfeorganisationen wäre die Schaffung einer Suizidbeistandschaft, welche entweder in das noch geltende Vormundschaftsrecht oder, da dieser Bereich zur Zeit total revidiert wird, in die künftigen Bestimmungen des ZGB über den Erwachsenenschutz¹⁰¹ integriert werden könnte. Nach diesem Konzept müsste ein geplanter, von einer Suizidhilfeorganisation begleiteter Suizid von der Organisation vorgängig der Vormundschaftsbehörde bzw. der Erwachsenenschutzbehörde gemeldet werden, welche der sterbewilligen Person von Amtes wegen einen Suizidbeistand zusprechen müsste. Diese hätten die Aufgabe, in jedem einzelnen Fall im Interesse der sterbewilligen Person zu prüfen, wie tief der Suizidwunsch tatsächlich sei. Sie hätten darüber zu wachen, dass:

- der sterbewilligen Person alle Möglichkeiten für eine Hilfe zum Leben zur Verfügung stehen;
- der geplante Suizid dem freien Willen der sterbewilligen Person entspringt;
- kein Druck von aussen zu diesem Entschluss führte;
- die sterbewillige Person in Kenntnis der Bedeutung und vollen Tragweite ihres Verhaltens selbständig handeln kann;
- die notwendigen Arztzeugnisse und Bescheinigungen vorliegen;
- der begleitete Suizid an einem dafür geeigneten Ort stattfinden kann;
- die Suizidhilfeorganisation bei ihrer Hilfestellung uneigennützig handelt.

Um die Uneigennützigkeit der Suizidhilfeorganisationen überprüfen zu können, wäre dem Beistand oder der Vormundschaftsbehörde von Gesetzes wegen Einblick in die Finanzen der Suizidhilfeorganisation zu verschaffen. Eine weitere Möglichkeit wäre die Befragung der suizidwilligen Person hinsichtlich Zahlungen, Spenden etc. an die betreffende Organisation. Der Beistand müsste nach Überprüfung des Falles bei der Vormundschaftsbehörde den begleiteten Suizid zur Bewilligung oder zur Ablehnung beantragen, welche daraufhin entscheiden müsste. Bei dieser Konzeption wäre zu überlegen, ob sie bei allen begleiteten Suiziden oder nur bei den durch Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suiziden Anwendung finden sollte.

Für eine solche gesetzliche Regelung wäre eine Rechtsetzungskompetenz für den Bund gestützt auf Artikel 122 Abs. 1 BV gegeben. Je nachdem, wie die Aufgaben des Suizidbeistandes umschrieben würden, müssten allenfalls auch hier weitere Kompetenz begründende Bestimmungen entsprechend den Ausführungen unter Ziff. 6.4.2 herangezogen werden.

Es stellt sich sodann die Frage, ob die Schweiz auch gegenüber Personen mit Wohnsitz im Ausland eine solche Verbeiständung vorschreiben bzw. zulassen darf. Beim Sterbetourismus würden sich spezielle Probleme hinsichtlich der Zuständigkeit der Schweizer Behörden stellen. Das Gesetz müsste deshalb den persönlichen Geltungsbereich ausdrücklich regeln.

Ob die Schaffung einer Suizidbeistandschaft für die Lösung der sich bei der organisierten Suizidhilfe festgestellten Probleme taugt, ist zumindest fraglich. Nebst den erwähnten Schwierigkeiten mit der Umschreibung und Anwendung des Geltungsbereichs dürften die Nachteile dieser Massnahme in der Bürokratisierung des Verfahrens und in der auch hier erfolgenden staatlichen Legitimierung der Tätigkeit

¹⁰¹ Siehe die Nachweise hiezu oben in Fn. 7.

der Suizidhilfeorganisationen liegen. Angesichts der Handlungsmöglichkeiten auf anderen Ebenen erweist sich diese Massnahme insgesamt ebenfalls als unverhältnismässig.

6.5 Fazit

6.5.1 Fakten

In der Schweiz begehen pro Jahr ca. 1'400 Menschen Suizid, d.h. in 2,22% aller Todesfälle. In 272 Fällen, d.h. in knapp 20% davon wurde der Suizid mit Hilfe einer Suizidhilfeorganisation durchgeführt. Das Phänomen des Sterbetourismus betrifft landesweit weniger als 100 Fälle im Jahr, was 0,14% aller Todesfälle und höchstens 7% aller Suizide in der Schweiz ausmacht¹⁰². Die Suizidforschung, welche die Ergründung der im Vergleich mit den umliegenden europäischen Staaten konstant hohen Suizidrate der Schweiz zum Gegenstand hat, ist noch wenig entwickelt.

6.5.2 Probleme und Lösungsansätze

- Der Schutz des Lebens ist konkret gefährdet, wenn Suizidhilfeorganisationen und die beteiligten Personen bei der Suizidhilfe angesichts der geltenden rechtlichen Situation *Missbräuche* betreiben, die nicht aufgedeckt und so weder straf- noch standesrechtlich geahndet werden.
- Die Komplexität der Fälle und die erschwerte Beweisführung erzeugen einen erhöhten *Arbeitsaufwand für die Untersuchungs- und Aufsichtsbehörden*, die sich mit der Prüfung jedes gemeldeten ausserordentlichen Todesfalls befassen und allfällige Missbräuche ahnden und sanktionieren müssen.
- Diese Mehrbelastung liesse sich mit einer Reduktion der Suizidhilfe- und Sterbetourismusfälle in Grenzen halten. Dazu können zunächst eine *konsequente Untersuchung der Fälle hinsichtlich allfälliger Rechtsverletzungen und eine verstärkte Beaufsichtigung der Suizidhilfeorganisationen durch die zuständigen Verwaltungsbehörden* beitragen. Solche Massnahmen, wie auch der Erlass der nötigen *Bestimmungen im Bereich des Spital-, Pflege- und Heimwesens* fallen in die Zuständigkeit der Kantone und Gemeinden.
- Die *finanzielle Belastung* der betroffenen Gemeinwesen durch die anfallenden Mehrkosten hängt direkt mit der Arbeitslast zur Verhinderung von Missbräuchen zusammen und kann nicht selbstständig betrachtet werden. Es ist zudem von untergeordneter Bedeutung und dürfte sich auch durch kantonale Regeln (etwa durch die Möglichkeit der Belastung des Nachlasses des Suizidenten nach kantonalen Vorschriften) beheben lassen.
- Die *Beeinträchtigung des Ansehens der Schweiz* durch den Sterbetourismus und namentlich die in diesem Zusammenhang geäusserten Befürchtungen betreffend möglicher Missbräuche sind ernst zu nehmen. Die Lösung des Problems liegt in der Verantwortung der jeweiligen politischen Amtsträger. Sie haben ihre Kriminal-

¹⁰² Siehe hierzu die Angaben oben unter Ziff. 6.1.1.

und Gesundheitspolitik zu definieren und dafür zu sorgen, dass (kantonale wie auch Bundes-) Gesetze angewendet und durchgesetzt werden.

- Die Probleme im Zusammenhang mit der *Belastung der Nachbarschaft* der gemieteten Suizidwohnungen und weiteren Immissionen können mit dem bestehenden öffentlichrechtlichen bzw. nachbarrechtlichen Instrumentarium bei Bedarf entschärft werden.

6.5.3 Gesetzgeberischer Handlungsbedarf auf Bundesebene

- Eine Revision von Artikel 115 StGB, um die Suizidhilfe prinzipiell unter Strafe zu stellen, erscheint nach dem Gesagten als unverhältnismässig und ist abzulehnen.
- Ebenso erscheint der Vorschlag einer Eindämmung der Missbrauchsgefahren bei der Suizidhilfe durch bundesgesetzgeberische Massnahmen – namentlich durch eine Verschärfung von Artikel 115 StGB oder durch den Erlass eines speziellen Bundesgesetzes betreffend die Zulassung und Beaufsichtigung der Suizidhilfeorganisationen – als unverhältnismässig, untauglich und inopportun. Ein solches Gesetz würde zu einer starken Bürokratisierung und gar zu einer unerwünschten Institutionalisierung und staatlichen Zertifizierung der Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen führen.
- Um der heutigen Realität bei den Suizidhilfefällen – für Suizidenten mit oder ohne Wohnsitz in der Schweiz – direkt zu begegnen, erscheint hingegen eine Revision des Betäubungsmittelrechts (siehe hierzu oben Ziff. 6.4.3) erwägenswert.
- Weitere gesetzgeberische Massnahmen auf Bundesebene im Bereich des Gesundheitsrechts oder des Vormundschaftsrechts scheinen unter diesen Umständen ebenfalls als unverhältnismässig, wohl auch nicht zum Ziele führend und deshalb vorerst nicht geboten.

7. Zusammenfassung der Resultate

In Rahmen dieses Berichts wurden die Fragen nach einem bundesgesetzgeberischen Handlungsbedarf bei der indirekten aktiven und bei der passiven Sterbehilfe sowie bei der Suizidhilfe und beim sog. Sterbetourismus und nach möglichen Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin behandelt. Zusammenfassend ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

7.1 Indirekte aktive und passive Sterbehilfe

- Bei der indirekten aktiven und bei der passiven Sterbehilfe besteht *kein Handlungsbedarf für den Bundesgesetzgeber*.

Das Tötungsverbot gilt in der Schweiz uneingeschränkt. Die direkte aktive Sterbehilfe ist somit verboten. Indirekte aktive und passive Sterbehilfe sind hingegen unter gewissen Voraussetzungen straflos.

Die beanstandete Rechtsunsicherheit liegt nicht an der rechtlichen Abgrenzung zur Fremdtötung, sondern an der praktischen Unmöglichkeit, die Ursachen des Todes und das konkrete Geschehen am Sterbebett normativ zu erfassen bzw. nachträglich zu rekonstruieren. Im Vordergrund stehen vielmehr Fragen, die für die Beurteilung der Zulässigkeit der Sterbehilfe *im Einzelfall* ausschlaggebend sind, wie die Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit der betroffenen Person, das Auftragsrecht, die Aufklärungspflicht des Arztes, die Vertretungsverhältnisse.

Eine gesetzliche Regelung dieser Fragen würde zwar zu mehr Transparenz beitragen. Eine neue Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe im Strafgesetzbuch oder in einem anderen Erlass (z.B. ZGB oder Spezialgesetz) birgt jedoch das Risiko der Unvollständigkeit. Will der Gesetzgeber nämlich weit reichende Transparenz erreichen, benötigt er eine möglichst vollständige, d.h. alle Fallkonstellationen bzw. Patientenkategorien erfassende Regelung. Diese Gesetzgebung müsste auch flexibel genug formuliert sein, um allen denkbaren Einzelfällen und auch möglichen künftigen Entwicklungen der Medizin Rechnung zu tragen. Damit stösst der Gesetzgeber unweigerlich an praktische Grenzen. Zudem hätte sich der Gesetzgeber mit sehr heiklen auch ethischen Fragen verbindlich zu befassen.

- Standesrecht stellt in dieser Hinsicht ein geeignetes Gefäss für eine detaillierte Regelung komplexer und vielfältiger Fallkonstellationen dar. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat im Bereich der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe detaillierte Richtlinien entwickelt. Solange sich diese am geltenden Recht orientieren, stellen sie eine genügende Regulierung dieser Materie dar.

7.2 Palliative Care

- Im Bereich der Palliative Care, d.h. der Palliativmedizin, -pflege und -begleitung von Menschen während des gesamten Verlaufs einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit besteht ein Angebot, das sich in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ verbessert hat, namentlich in den Kantonen Zürich, Thurgau, Waadt und Bern. Dieses Angebot hat dazu beigetragen, dass die betroffenen Personen in Würde leben und sterben können, und hat zu einem Rückgang des Wunsches nach begleitetem Suizid oder Sterbehilfe geführt. Das bestehende Angebot sollte nach Meinung der Fachwelt aber noch weiter ausgebaut werden.
- Aufgrund des in der Gesundheitsversorgung geltenden Subsidiaritätsprinzips liegt es in der Kompetenz der Kantone, dafür zu sorgen, dass das Angebot an Palliative Care flächendeckend ausgebaut und das Informations- und Beratungsangebot für Betroffene und Angehörige verbessert wird.
- Es besteht daher *kein zwingender Handlungsbedarf für den Bund*. Er kann allerdings, falls es für nützlich erachtet wird, die Entwicklung von Palliative Care dort unterstützen und fördern, wo er über entsprechende Kompetenzen verfügt: In der Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, bei der Finanzierung von Palliative Care-Leistungen (Krankenversicherungsgesetz, KVG, Neuregelung der Pflegefinanzierung) und in der Forschungsförderung.

7.3 Suizidhilfe und „Sterbetourismus“

- *Suizidhilfe* ist in der Schweiz aufgrund von Artikel 115 des Strafgesetzbuches zugelassen, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe geleistet wird. Diese liberale Regelung hat bis in die 1980er Jahre zu keinen nennenswerten Schwierigkeiten in der Praxis geführt.
- Im Rahmen dieser liberalen Regelung haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten Suizidhilfeorganisationen entwickelt und etabliert. Mit der Zunahme der organisierten Suizidhilfe sind auch die mit dieser Tätigkeit verbundenen Missbrauchsgefahren zu Tage getreten, namentlich im Zusammenhang mit der Urteilsfähigkeit der Suizidenten (insbesondere bei besonders schutzbedürftigen Kategorien von Personen wie Jugendliche, psychisch Kranke, terminalkranke Personen), mit den finanziellen Verhältnissen und mit der Willensäusserung und der Tatherrschaft durch die Suizidenten.
- Solche Missbräuche können dazu führen, dass die Grenze vom legalen zum strafbaren Verhalten überschritten wird (namentlich im Bereich der Tötungsdelikte von Artikel 111 ff., 114 und 115 StGB). Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen sind deswegen zum Schutz der betroffenen Personen geboten.
- Auf *kantonal* und *kommunaler Ebene* können Missbräuche verhindert werden durch konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts (namentlich von Artikel 111 ff., 114 und 115 StGB durch die Strafverfolgungsbehörden und die Beaufsichtigung der involvierten Medizinalpersonen gestützt auf Gesundheitsrecht) sowie durch Erlass von Bestimmungen im Bereich des Spital-, Pflege- und Heimwesens.

- *Auf Bundesebene besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.* Der Bundesgesetzgeber könnte zwar in den Bereichen des Gesundheits- und Betäubungsmittelrechts, des Vormundschaftsrechts und im Rahmen einer Aufsichtsgesetzgebung über die Suizidhilfeorganisationen Bestimmungen erlassen, um die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Suizidhilfe zu kontrollieren. Die geprüften Möglichkeiten erweisen sich jedoch angesichts der damit verbundenen Bürokratisierung, in den meisten Fällen ja sogar Institutionalisierung und staatlicher Zertifizierung solcher Tätigkeiten und Organisationen fast allesamt als unverhältnismässige oder untaugliche Mittel. Um der heutigen Realität bei den Suizidhilfefällen zu begegnen, wäre allenfalls eine Revision des Betäubungsmittelrechts erwägenswert. Namentlich bei den von Suizidhilfeorganisationen begleiteten Suiziden wird das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NAP) verwendet. Gegebenenfalls könnten die Voraussetzungen für die Verschreibung und Abgabe von NAP künftig restriktiver gefasst werden, um Missbräuchen vorzubeugen.
 - Eine Änderung der liberalen Regelung von Artikel 115 StGB kommt hingegen nicht in Betracht. Die bei der Suizidhilfe festgestellten Probleme stehen nicht im Zusammenhang mit dem Tatbestand von Artikel 115 StGB. Sie sind praktischer Natur und betreffen die Frage: Wie kann gewährleistet werden, dass bei der Suizidhilfe keine Missbräuche begangen werden?
 - Der so genannte „*Sterbetourismus*“ ist eine Folge der im internationalen Rechtsvergleich liberalen Regelung der Suizidhilfe in der Schweiz. Dieses Phänomen stellt in politischer Hinsicht ein Problem für das Ansehen der Schweiz dar. Gleichzeitig werden mit der Zunahme der Suizidhilfe an Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz die Probleme der Strafverfolgungspraxis und der Beaufsichtigung der Medizinalpersonen akzentuiert, weil die Rekonstruktion des Tathergangs durch den Auslandsbezug zusätzlich erschwert wird.
 - Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen und somit zum Schutz der Menschen vor irreversiblen Schädigungen sind erforderlich. Es sind jedoch keine anderen Massnahmen zu treffen als jene, die bereits hinsichtlich der Suizidhilfe möglich sind. Werden die Handlungsmöglichkeiten gegen Missbräuche mit der Suizidhilfe ausgeschöpft, wird auch dem Phänomen des Sterbetourismus adäquat entgegengewirkt. Spezieller Handlungsbedarf für den Bundesgesetzgeber besteht somit auch hier nicht.
-