Sachdokumentation:

Signatur: DS 5263

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5263

Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Schweizerisches Sozialarchiv, Stadelhoferstrasse 12, CH-8001 Zürich // www.sozialarchiv.ch/

NEK CNE
Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine
Commissione nazionale d'etica per la medicina
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

«Beihilfe zum Suizid»

Stellungnahme Nr.9/2005

Verabschiedet durch die Kommission
am 27. April 2005

Impressum:

Herausgeber:	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE
Präsident:	Prof. Christoph Rehmann-Sutter
Produktionsleitung:	lic. phil. Georg Amstutz, Geschäftsführer/Sekretär NEK-CNE
Administration:	Csongor Kozma, Sekretär NEK-CNE
Korrektorat/Schlussredaktion:	Dr. Caroline Krüger, lic. phil. Georg Amstutz
Grafik und Layout:	werbewerkstatt.ch, Bern
Bezugsadresse:	www.nek-cne.ch oder Sekretariat NEK-CNE, c/o BAG, 3003 Bern
Kontakt:	nek-cne@bag.admin.ch

Der Bericht ist in deutscher und französischer Sprache erschienen.
Auf Italienisch und Englisch wurden Kurzfassungen publiziert.

©Bern, Juli 2005
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.

Besonderer Dank gilt der NEK-CNE-Arbeitsgruppe «Beihilfe zum Suizid» für die umfangreiche Arbeit. Die Arbeitsgruppe bestand aus folgenden Kommissionsmitgliedern: Dr. Carlo Foppa, Prof. Jean Claude Chevrolet, Prof. Alberto Bondolfi, Mme Christiane Augsburger, Prof. Olivier Guillod, Prof. Daniel Hell

Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin dankt auch zahlreichen Personen und Institutionen, die direkt oder indirekt an der Entstehung der vorliegenden Broschüre beteiligt waren: Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Prof. Franco Cavalli, Marcia Leventhal, Monica Fliedner, Dr. Bara Ricou, Dr. Georg Bosshard

Inhalt

Vorwort 5

Zusammenfassung 7

I. Einführung 9

I.1 Die Rechtslage 9

I.2 Anlass zu dieser Stellungnahme 10

I.3 Abgrenzung des Themas dieser Stellungnahme 13

I.4 Wertekonflikt in der Medizin 15

II. Allgemeines – historische, rechtliche, geografische, politische & ethische Aspekte 16

II.1 Der Suizid im Allgemeinen 16

a) Der Suizid als «Sünde» 16

b) Der Suizid als «Verbrechen» in der klassischen vorchristlichen Antike 17

c) Erste Kritiken am Suizidverbot 18

II.2 Die Haltung der Kirchen gegenüber der Suizidbeihilfe 20

II.3 Soziologie des Suizids 22

II.4 Epidemiologie des Suizids 24

a) Suizide 24

b) Suizidversuche 26

c) Faktoren, die die Suizidalität beeinflussen: psychologische und psychiatrische Aspekte 27

II.5 Suizidprävention 29

II.6 Entstehung, Auslegung und Kontext der Strafnorm in Art. 115 StGB 31

II.7 Die aktuelle Debatte (1970–2004) zu Art.115 StGB 36

II.8 Die Rechtslage in verschiedenen Ländern 40

II.9 Die ethischen Argumente in der Debatte 43

a) pro 43

b) contra 44

III. Erwägungen der NEK-CNE 47

III.1 Der Artikel 115 StGB: ein Freiheitsraum 47

III.2 Die ethische Ambivalenz der Beihilfe zum Suizid 48

III.3 Art. 115 StGB im deontologischen Kontext von Medizin und Pflege 49

III.4 Selbstbestimmung und Fürsorge 50

III.5 Mögliche ethische Kriterien 51

a) Warum braucht es Kriterien? 52

b) Braucht es ethische oder rechtliche Kriterien? 52

c) Zu berücksichtigende Kriterien 53

III.6 Sonderfälle 58

a) Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken 58

b) Assistierte Suizide von Unmündigen 61

c) Organisierte Suizidbeihilfe 63

d) «Sterbetourismus» 63

IV. Empfehlungen der NEK-CNE 65

1 – Zwei Pole 66

2 – Suizidbeihilfe zur Tötung auf Verlangen 67

3 – Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung 68

4 – An der Person orientierte Entscheidungen 69

5 – Sterbehilfeorganisationen 70

6 – Psychische Krankheiten 71

7 – Kinder und Jugendliche 72

8 – Spitäler und Heime 73

9 – Angehörige von Heilberufen 74

10 – Suizidwillige aus dem Ausland 75

11 – Gesellschaftliche Tendenzen und Risiken 76

12 – Rechtlicher Regelungsbedarf 77

V. Bibliografie 78

Vorwort

Seit 2002 arbeitete unsere Kommission an Problemen der Entscheidungen am Ende des Lebens. Sie hat sich aus zwei Gründen dazu entschlossen, die ethischen Fragen der Beihilfe zum Suizid prioritär zu behandeln: Erstens wurde in der Schweiz die Debatte um die gesetzlichen Regeln für die Entscheidungen am Ende des Lebens bis anhin von der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe her aufgerollt. Im Zentrum stand mehrfach die Frage, ob die Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen, wenn z.B. eine Patientin oder ein Patient stark leidet und keine Aussicht auf eine Verbesserung der Lebensqualität mehr besteht, straflos bleiben sollte. Die medizinisch-ethischen und politisch-ethischen Dimensionen der Beihilfe zum Suizid, die in der Schweiz straflos ist und auch praktiziert wird, waren hingegen noch relativ wenig diskutiert.

Zweitens ist es gerade die Beihilfe zum Suizid, welche gegenwärtig in der Gesellschaft zu Unsicherheiten führt. Gibt es einen wesentlichen Unterschied zwischen der assistierten Selbsttötung und der Sterbehilfe, wenn die Handlung des Sterbewilligen sich auf das Austrinken eines Glases oder gar auf das Öffnen des Ventils einer vorher bereitgestellten tödlichen Infusion beschränkt? Sollen Sterbehilfeorganisationen Zutritt haben zu Heimen oder zu Kliniken? Wie weit dürfen Angehörige medizinischer Berufe ihre Patientinnen und Patienten, die ihrem Leben selbst ein Ende setzen wollen und sie dazu um Hilfe bitten, in ihrem Anliegen unterstützen? Die Zahl der Suizidwilligen, oft schwer kranker Menschen, die aus dem Ausland in die Schweiz reisen, um die hierzulande legalen Dienste von Sterbehelfern in Anspruch zu nehmen, steigt. Wie sollen Gesetzgeber und Behörden mit diesem Phänomen umgehen? Diese und verwandte Fragen geben Anlass zu bewegten, kontroversen und besorgten Diskussionen.

Es stellen sich dabei die Grundfragen der zwischenmenschlichen Verantwortung neu: Was heisst Mitmenschlichkeit? Was bedeutet, einem Menschen zu helfen, der sich in einer hoffnungslosen Situation befindet und als einzigen Ausweg den Tod sieht? Worin besteht das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und Sterben? Wo liegen seine Grenzen? Für Angehörige medizinischer Berufe geht es um eine Auslegung des Kernbestandes des medizinischen Ethos: Kann medizinischer Beistand je etwas anderes heissen als das Erhalten von Leben? Und es stellen sich auch Grundfragen der Politik: Welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind für die Betroffenen respektvoll und human? Und was bedeuten hier der Respekt und die Humanität konkret? Es scheint selbstverständlich, dass diese Fragen nicht losgelöst von ihren Kontexten, in denen sie sich heute stellen, verstanden werden können. Zusätzlich zur veränderten Realität des weitgehend medikalisierten, damit menschlich mitbeeinflussten Sterbens und der Verankerung der Sterbehilfeorganisationen in breiten Bevölkerungskreisen sind dabei auch die demografischen Entwicklungen sowie die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen mit all ihren möglichen Konsequenzen zu bedenken.

Die Nationale Ethikkommission nimmt mit diesem Projekt ihren gesetzlichen Auftrag zur Förderung der öffentlichen Diskussion und zur ethischen Politikberatung wahr. Daraus ergibt sich eine breite gesellschaftliche Perspektive auf die Medizin und ein Fokus auf die Gesetze und die Institutionen. Die NEK-CNE versuchte, alle möglichen Lebenssituationen im Auge zu behalten, in denen assistierte Suizide verlangt und angeboten werden können. Sie konnte sich nicht auf die Situationen beschränken, in denen eine aussichtslose medizinische Prognose besteht und das Lebensende nahe ist.

Die ethischen Fragen im Umkreis des Sterbens betreffen alle Menschen sehr persönlich. Es ist kein Thema, das Experten zugewiesen werden kann. Viele Menschen ringen selbst mit den für sie stimmigen Antworten, haben sich sorgfältige Überlegungen gemacht oder haben Erfahrungen aus dem Tod von Angehörigen. Eine Sorge, die viele mit sich tragen, ist, dass ihr eigener Wille, wenn es dann darauf ankommt, nicht mehr zählt. Die Kommission will und kann sich nicht anmassen, diese persönlichen Wertsetzungen aus einer übergeordneten Perspektive zu beurteilen. Dies ist nicht ihre Aufgabe. Sie versteht ihre Aufgabe vielmehr darin, zu klären, welche Rahmenbedingungen die Gesellschaft entwickeln soll. Deshalb ist die Dimension der Öffentlichkeit bei diesem Thema in einer ganz besonderen Art und Weise wichtig und gleichzeitig auch heikel.

Wir haben versucht, dieser Besonderheit der Thematik Rechnung zu tragen. Am 5. Mai 2004 hat die Kommission in Bern eine offene Sitzung für Mitglieder der eidgenössischen Räte veranstaltet, dort eine Reihe von ersten Thesen vorgetragen und gleichzeitig Anliegen der Politikerinnen und Politiker angehört. Ein Entwurf des Kernbestandes der Stellungnahme zur Beihilfe zum Suizid (in Form von 10 Thesen) wurde im Rahmen eines von der Kommission mitorganisierten zweitägigen Symposiums am 17./18. September 2004 in Zürich öffentlich zur Diskussion gestellt. Bei diesem Anlass kamen viele Gesichtspunkte aus Ethik und aus verschiedenen Sparten der Gesellschaft aus dem In- und Ausland zur Sprache. Die Diskussionsergebnisse dieser Veranstaltungen bezog die NEK-CNE in ihre Überlegungen mit ein und überarbeitete ihre Thesen. Diese Empfehlungen möchten wir hier den Behörden und der Öffentlichkeit vorlegen.

Auch unsere Stellungnahme ist als Schritt auf dem Weg zu verstehen. Sie möchte zur Klärung beitragen und beansprucht nicht, das Thema abschliessend zu behandeln. Wir haben versucht, in spannenden, teilweise sehr kontroversen Meinungsbildungsprozessen, die einen langen Zeitraum in Anspruch nahmen, der Vielfalt von ethischen Perspektiven in der Tiefe gerecht zu werden.

Christoph Rehmann-Sutter, im Februar 2005

Zusammenfassung

Die Beihilfe zum Suizid ist eine gesellschaftlich, rechtlich und auch ethisch komplexe Problematik. Der Bericht stellt die aktuelle Rechtslage vor allem im Bezug auf den Art. 115 StGB und die Praxis der Auslegung dar. Sie wird in ethischer Hinsicht einer kritischen Diskussion unterzogen. Ausserdem wird eine Reihe von konkreten Empfehlungen an den Gesetzgeber und für die Praxis vorgelegt. Zunächst werden verschiedene relevante Kontexte historischer, medizinischer, soziologischer, politischer und ethischer Natur aufgearbeitet, die für eine Beurteilung der aktuellen Lage und für die Formulierung von Empfehlungen von Bedeutung sind.

Die Nationale Ethikkommission erkennt in der Beihilfe zum Suizid eine tief liegende Ambivalenz. Sie führt bei Mitmenschen und in besonderem Masse bei Angehörigen von Heilberufen zu einem Zielkonflikt. Entsprechend schwierig sind die ethischen Dilemmata, die sich in der Praxis stellen. Die Kommission ist der Ansicht, dass die Auflösung der ethischen Dilemmata nicht auf theoretisch-allgemeiner Ebene zu finden ist, sondern nur in der Komplexität des einzelnen Falles. Entsprechend muss die Person, welche gebeten wird, bei einem Suizidvorhaben mitzuhelfen, einen persönlichen Gewissensentscheid fällen. Suizidbeihilfe darf nicht zur Routine werden. Es gibt keine allgemeine Regel, die in der Praxis einfach angewendet werden könnte, um die Suizidbeihilfe zu rechtfertigen. Für diesen persönlichen Aspekt der Ethik der Suizidbeihilfe, wie auch für die Massnahmen auf gesetzlicher und institutioneller Ebene, sind zwei Grundwerte wesentlich, die gleichsam zwei Pole bilden: die Fürsorge für einen hoffnungslos gewordenen, leidenden Mitmenschen und der Respekt für seine freie Selbstbestimmung. Empfehlungen und Regelungen dürfen nicht einem der Pole den Vorrang geben, sondern müssen beiden in ihrem Spannungsverhältnis Rechnung tragen.

Die Mitwirkung bei einer Selbsttötung sollte in ethischer Hinsicht unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen, auch wenn die Handlungen in der Praxis einander nahe kommen können. Die Kommission unterstützt mit ethischen Gründen die in der Schweiz gegebene liberale Regelung des Art. 115 StGB, wonach die Suizidbeihilfe legal ist, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Sie empfiehlt keine Veränderung der strafrechtlichen Regelung in diesem Punkt, sieht aber Handlungsbedarf in anderen Rechtsbereichen. Um den Problemen gerecht zu werden, die durch das Phänomen der Sterbehilfeorganisationen entstanden sind, ist es nach Auffassung der Kommission nötig, diese unter eine staatliche Aufsicht zu stellen. So soll die Einhaltung von Qualitätskriterien für die Abklärung von Suizidhilfeentscheiden gewährleistet werden.

Die Kommission geht zudem auf eine Reihe von besonderen Problemen ein, so auf die Frage, ob Menschen mit psychischen Krankheiten Suizidbeihilfe geleistet werden soll. Sie vertritt in dieser Frage eine vorsichtige Haltung und fordert den Vorrang der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden. Dies schliesst psychisch Kranke in der Regel, wenn auch nicht vollständig, von der Suizidbeihilfe aus. Weitere Problembereiche, die untersucht werden, sind die rechtlich noch unmündigen Jugendlichen, die aber urteilsfähig sind, die Suizidbeihilfe in Spitälern und Heimen, die Implikationen für die Angehörigen von Heilberufen und der so genannte Sterbetourismus. Mit Nachdruck weist die Kommission auf sozialethische Risiken hin, die mit einer Verbreitung des assistierten Suizids entstehen. Die Verhältnisse der Betreuung vor allem der pflegebedürftigen und abhängigen Menschen müssen so eingerichtet werden, und die Angebote der palliativen Medizin müssen so gut

verfügbar sein, dass das Entstehen von Suizidwünschen nicht gefördert wird. Der Suizid soll nicht zu einem günstigen Ausweg aus der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen führen. Die Gesellschaft hat eine präventive Verantwortung in der Suizidproblematik, die nicht nur das Setzen rechtlicher Grenzen beinhaltet, sondern auch die Unterstützung für Pflegende und Betreuende umfasst.

Erklärung zum Status der Texte:

Die Empfehlungen in Kapitel IV sind von der Kommission Satz für Satz, im vorliegenden Wortlaut beschlossen worden und sind für die Position der Kommission massgeblich. Die Texte der Kapitel I bis III hingegen wurden nicht Satz für Satz beschlossen, aber in vielen Versionen ausführlich diskutiert, mehrfach wieder verändert, von der Kommission gegengelesen und durch zusätzliche Gesichtspunkte erweitert, damit sie das Erfahrungs- und Meinungsspektrum der Kommissionsmitglieder angemessen repräsentieren und auf die Position im Kapitel IV hinführen.

I. Einführung

I.1 Die Rechtslage

Die Verleitung und die Beihilfe zur Selbsttötung bleiben im schweizerischen Recht straflos, ausser wenn sie aus einem eigennützigen Motiv erfolgen:

Art. 115 StGB: Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord
Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

Dieser Artikel des Strafgesetzbuches regelt die strafbare Beteiligung am freiverantwortlichen Suizid abschliessend. Er stellt den Spezialtatbestand der Teilnahme am Suizid aus «selbstsüchtigen Beweggründen» *(«mobiles égoïstes», «motivi egoistici»)* unter Strafe und lässt dadurch gleichzeitig die Teilnahme am Suizid straflos, wenn sie nicht aus derartigen Motiven erfolgt. Diese Strafnorm ist heute von grosser praktischer Relevanz, weil sie bezüglich der Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen (wie Exit, Dignitas) die Grenzziehung zwischen legaler und strafbarer Hilfe zur Selbsttötung vornimmt.[1]

Unter Teilnahme wird die «Verleitung und Beihilfe» *(«incitation et assistance», «istigazione e aiuto»)* verstanden:
Eine Verleitung liegt nach strafrechtlicher Doktrin vor, wenn bei einem anderen Menschen ein *Entschluss zur Selbsttötung hervorgerufen* wurde. Dass eine Verleitung vorliegt, setzt weiterhin voraus, dass dieser andere Mensch einen Suizid (1) tatherrschaftlich und (2) eigenverantwortlich vorgenommen hat. Die objektiven Voraussetzungen dieser Tathandlung sind dieselben wie die der «Anstiftung» nach Art. 24 StGB.

Die Beihilfe erfordert in objektiver Hinsicht einen *kausalen Beitrag* des Gehilfen zum versuchten oder gelungenen Suizid. Der Suizid selbst ist eine (1) tatherrschaftlich und (2) eigenverantwortlich durch die sterbewillige Person ausgeführte (3) Selbsttötungshandlung. Dieser kausale Beitrag kann im Bereitstellen eines tödlichen Mittels bestehen. Die Beihilfe kann aber, wie die Gehilfenschaft nach Art. 25 StGB, auch die psychische Unterstützung sein.

In subjektiver Hinsicht muss der Gehilfe erstens *vorsätzlich* handeln. Genauer handelt es sich um Eventualvorsatz bezüglich der vom Suizidenten tatherrschaftlich und eigenverantwortlich ausgeführten Selbsttötung sowie um Eventualvorsatz bezüglich der Anstiftung oder Gehilfenschaft. Zweitens muss der Täter aus «selbstsüchtigen Beweggründen» gehandelt haben. Nach herrschender Lehre genügt eine Gleichgültigkeit der Beteiligung am Suizid, um dieses Merkmal der Handlung abzulehnen. Selbstsüchtig sind die Beweggründe, wenn der Täter einen persönlichen Vorteil verfolgt. Diese Vorteile können materieller Art *(z. B. Erlangen einer Erbschaft oder Einsparen von Unterhaltskosten),* aber auch ideeller oder affektiver Art sein (z. B. Befriedigung von Hass, Rachsucht oder Bosheit). Mit dieser Einschränkung der subjektiven Beweggründe der Handlung wird die Teilnahme am Suizid zu einer partiellen Verbotslösung, welche die Strafbarkeit zur Ausnahme macht. Die Beihilfe zum Suizid, welche von Sterbehilfeorganisationen durchgeführt wird, bleibt in der Regel mangels selbstsüchtiger Beweggründe straflos.

[1] Zum Folgenden vgl. Christian Schwarzenegger: Art. 111–117 (Tötung) in: Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (Hg.): Basler Kommentar. Strafgesetzbuch II. Art. 111–401 StGB. Basel 2003, S. 64–69 (dort weitere Literatur).

Die Bestimmung über Verleitung und Beihilfe bezieht sich aber auf alle Personen, unabhängig von ihrem Beruf, ihrer Ausbildung oder ihrer institutionellen Verankerung. Sie nimmt nicht Bezug auf besondere Kontexte oder Situationen, in denen Personen einen Wunsch nach Unterstützung bei einem Suizid äussern, sondern gilt generell. Die Bestimmung lässt es grundsätzlich jeder und jedem frei, Dienste bei der Durchführung eines Suizides auch anzubieten, solange die Motive des Angebotes nicht eigennützig sind. Der freie Handlungsspielraum ist aus strafrechtlicher Sicht sehr weit.

Ein äusserer Rahmen für die Anwendbarkeit von Art. 115 StGB ist allerdings durch den Begriff des «Selbstmordes» gegeben. Suizid im strafrechtlichen Sinn (der in diesem Punkt enger ist als die Umgangssprache) impliziert Selbstbestimmung. Wenn der Suizident nicht selbstbestimmt handelt, kann seine Handlung nicht als Selbstmord angesehen werden, auch wenn sie rein materiell eine Selbsttötung darstellt. Selbstbestimmung impliziert Urteilsfähigkeit und die Freiheit des Entschlusses. Dadurch fallen z. B. diejenigen Fälle, in denen geistig Verwirrte, Trunkene oder aus Gründen einer akuten psychischen Erkrankung nicht urteilsfähige Personen sich selbst töten und dabei die Hilfe anderer in Anspruch nehmen möchten, ausserhalb des Geltungsbereiches der Bestimmung von Art. 115 StGB.

Zwischen 1960 und 1998 sind nur gerade 8 Verurteilungen wegen Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord nachgewiesen, wovon 5 zwischen 1991 und 1993 erfolgten.[2] Gemessen an den Urteilszahlen hat Art. 115 StGB eine geringe Bedeutung. Seine praktische Relevanz liegt vielmehr in der Abgrenzung der legalen Suizidhilfe.

I.2 Anlass zu dieser Stellungnahme

Eine Reihe von Entwicklungen haben die NEK-CNE zur Ausarbeitung dieser Stellungnahme veranlasst.

Wahrgenommene Missbräuche in der Praxis der Sterbebegleitung: Wie nachgewiesen wurde, bestand bei einem bedeutenden Teil der von Sterbehilfeorganisationen begleiteten Suiziden keine medizinisch begründete Aussichtslosigkeit. Eine jüngere Studie zeigt in 748 untersuchten Fällen von Suizidbeihilfe durch Exit Deutsche Schweiz zwischen 1990 und 2000, dass 21 % der assistierten Suizide von Menschen begangen wurden, deren Lage kaum als aussichtslos angesehen werden kann (Polyarthritis, Osteoporose, Arthrose, chronische Schmerzen, Blindheit, allgemeine Schwäche und auch 9 Fälle von psychischen Krankheiten, meist Depression).[3] Solche Praktiken wurden teilweise als Missbrauch gedeutet und es wurden Schritte zu einer Revision der Gesetzesbestimmung von Art. 115 StGB eingeleitet. Eine parlamentarische Initiative (eingereicht am 14. 3. 2001 von Nationalrätin Dorle Vallender, Nr. 01.407) verlangte eine generelle Strafbarkeit des Verleitens und eine engere Einschränkung für die Beihilfe zum Suizid (Ausschluss von Arzt und Pflegepersonal, Ausschluss der Suizidhilfe ausserhalb des persönlichen Umfeldes, Bewilligungspflicht für die Sterbehilfeorganisationen, Staatsaufsicht usw.), wurde aber in der Nationalratsdebatte vom 11. 12. 2001 relativ deutlich abgelehnt.[4] Die Frage, unter welchen Umständen eine Suizidbeihilfe missbräuchlich genannt werden soll, blieb aus ethischer Sicht ungeklärt.

[2] Schwarzenegger: Art. 111–117 (s. Anm. 1). S. 64.
[3] G. Bosshard / E. Ulrich / W. Bär: 748 cases of suicide assisted by a swiss right-to-die organization, in: Swiss Medical Weekly 133 (2003) 310–317.
[4] Amtliches Bulletin. Nationalrat, 2001, 1835.

Revisionsbemühungen und Gesetzgebungsprojekt zu Sterbehilfe und Palliativmedizin: Seit der von Nationalrat Victor Ruffy 1994 eingereichten Motion («neuer Artikel 115bis») wird im Rahmen der kontroversen Diskussionen um die Sterbehilfe auch die Regelung zur Beihilfe zum Suizid diskutiert. Im März 1999 legte die Arbeitsgruppe Sterbehilfe (Vorsitz Ständerätin Josi Meier) einen Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vor, in welchem sie verlangte, die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen für straflos zu erklären. Die Regelung der Suizidbeihilfe in Art. 115 StGB sollte aber nicht angetastet werden. Der Bundesrat lehnte am 5. Juli 2000 diesen Vorschlag ab.

Nach mehreren parlamentarischen Vorstössen (Cavalli, Vallender, Zäch und weitere) hat Bundesrätin Ruth Metzler (mit Schreiben vom 4. Juli 2003) der Nationalen Ethikkommission den Auftrag erteilt, die «Gesamtproblematik der Sterbehilfe» einschliesslich der Suizidhilfe in ethischer und rechtlicher Hinsicht zu prüfen und Vorschläge für eine gesetzliche Regelung zu erarbeiten. Nach der neuen Legislaturplanung ab 2004 des Bundesrates ist dieses Vorhaben einer Neuregelung der gesamten Sterbehilfeproblematik jedoch wieder in den Hintergrund gerückt und der Auftrag an die Nationale Ethikkommission ist vom neuen Vorsteher des Justiz- und Polizeidepartementes, Bundesrat Christoph Blocher, rückgängig gemacht worden. Man muss aber davon ausgehen, dass die hinter den verschiedenen Vorstössen stehenden Bedürfnisse unverändert bestehen geblieben sind.

Begehren um Suizidhilfe von psychisch kranken Personen: Wie eine interne Statistik der Sterbehilfeorganisation Exit zeigte, wurde auf 24 von 132 für die einzelnen Fälle ausgefüllten Checklisten bejaht, dass zusätzlich zu einer somatischen Erkrankung eine Depression vorlag.5 1998 ist bekannt geworden, dass ein für Exit tätiger Arzt ohne gründliche Diagnose einer psychisch kranken 29jährigen Frau in Basel eine tödliche Dosis Natriumpentobarbital verschrieben hatte. Die Selbsttötung konnte durch eine Intervention des Kantonsarztes und eine fürsorgerische Freiheitsentziehung verhindert werden.[6] Exit hat darauf ein Moratorium hinsichtlich der Suizidbegleitung bei psychisch Kranken ausgesprochen und eine Diskussion darüber initiiert, welche Vorkehrungen getroffen werden müssten, um das Moratorium aufzuheben.

Sterbetourismus: Die Sterbehilfeorganisation Dignitas bietet im Kanton Zürich und neuerdings auch im Kanton Aargau in wachsender Zahl Freitodbegleitungen für Menschen an, die aus dem Ausland anreisen. Nach Angaben der Stadtpolizei Zürich waren dies im Jahr 2000 3, 2001 37, 2002 55 und 2003 91 Fälle.[7]

Anstieg der Suizidhilfezahlen von Organisationen: Die Anzahl der Exit-Tode verdreifachte sich von 110 in der Periode von 1990–1993 auf 389 in der Periode von 1997–2000.[8]

Beihilfe zum Suizid in Kranken- und Altersheimen: Auf den 1. Januar 2001 hat die Stadt Zürich eine Regelung eingeführt, welche es erlaubt, Beihilfe zur Selbsttötung in den städtischen Kranken- und Altersheimen durchzuführen. Eine neue Empfehlung der Chambre de l'éthique der Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) spricht sich für die Möglichkeit der Durchführung von assistierten Suiziden in Kranken- und Altersheimen aus, wenn die Suizidentinnen oder Suizidenten nicht mehr über ein eigenes Domizil verfügen.[9]

[5] E.A. Ulrich: "Exit": Beihilfe zum Suizid zwischen 1990 und 2000 (Diss. Med. Uni). Zürich 2002, S. 24. Vgl. G. Bosshard / M. Kiesewetter / K.P. Rippe / Ch. Schwarzenegger: Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen – unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit: Expertenbericht zu Handen von EXIT-Deutsche Schweiz. Zürich 2004, S. 5.
[6] Schwarzenegger: Art. 111–117 (s. Anm. 1), S. 69 (mit Referenzen).
[7] NZZ am Sonntag, 22. Februar 2004
[8] Bosshard / Ulrich / Bär: 748 cases of suicide (s. Anm. 3).
[9] A. Jotti-Arnold et. al.: Assistance au suicide en EMS: recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique de l'AVDEMS, in: Revue Médicale Suisse Nr. 1, 5. Januar 2005.

Veränderung des Sterbens durch die moderne Medizin: Die Medizin verfügt über immer mehr Mittel, um das Leben zu verlängern und das Sterben hinauszuzögern. Damit veränderte sich der Charakter der Krankheiten, an denen Menschen heute sterben; das Sterben selbst wird nicht aufgehoben. Es gibt Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung auch bei optimaler medizinischer Betreuung die Lebensqualität so stark beeinträchtigen können, dass das Leben von den Betroffenen als unwürdig empfunden wird. In der Gesellschaft äussern immer mehr Menschen den Wunsch, über ihr Ende mitbestimmen zu können. Daraus entstehen konkrete Begehren auf aktive und passive Sterbehilfe oder auf jene Formen von Sterbebegleitung, welche Suizidhilfeorganisationen anbieten. Es entsteht aber auch ein Bedürfnis nach einer neuen Diskussion und nach veränderten institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, um ein selbst mitbestimmtes Sterben eher möglich zu machen.

Rolle von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden: Im Jahr 2004 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften revidierte medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende nach öffentlicher Vernehmlassung publiziert; diese ermöglichen es Ärztinnen und Ärzten, in bestimmten Fällen im Sinne einer persönlichen Gewissensentscheidung im Einzelfall für einen Patienten oder eine Patientin Beihilfe zum Suizid zu leisten.[10]

Frustration und Unsicherheit in Kliniken, wenn ein Patient zum Sterben aus der Fürsorge entlassen werden muss: Anhand von Einzelfallberichten aus Kliniken wird deutlich, wie negativ der Abbruch der fürsorglichen Tätigkeit erlebt wird, wenn ein Patient zur Durchführung eines assistierten Suizides die Klinik oder das Heim verlassen muss. Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Team werden abgebrochen; eine pflegerische Unterstützung kann in dem Moment nicht mehr gewährleistet werden, wo sie die Suizidentin oder der Suizident am nötigsten hätte.

Unsicherheit in der Abgrenzung zur direkten aktiven Sterbehilfe: In der neueren Praxis können die Handlungen der Beihilfe zum Suizid denjenigen Handlungen sehr ähnlich sehen, die als aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) zu betrachten wären. Wenn einem Tetraplegiker mit einem Trinkhalm ein tödliches Mittel verabreicht wird, das er nur noch saugen und schlucken muss, oder wenn die ausschlaggebende todbringende Handlung eines extrem geschwächten Menschen sich auf das Öffnen eines Ventils oder das Betätigen eines Druckschalters beschränkt, ist aus ärztlicher Sicht oft schwer einzusehen, weshalb sich diese Handlungen strafrechtlich so stark vom direkten Herbeiführen des Todes auf Verlangen unterscheiden sollen.

Diese (und weitere) Entwicklungen werden im Folgenden genauer zu untersuchen sein. Sie haben der Kommission gezeigt, dass bezüglich der Beihilfe zum Suizid sowohl in grundsätzlicher Hinsicht als auch im Blick auf die besondere Situation in der Schweiz ethischer Klärungsbedarf besteht.

[10] Medizinisch-ethische Richtlinien für Betreuung von Patienten am Lebensende. in: Schweizerische Ärztezeitung 86/3 (2005), S. 171–176.

I.3 Abgrenzung des Themas dieser Stellungnahme

Die Frage aus ethischer Sicht ist erstens, ob die Grenze zwischen erlaubten und nicht erlaubten Formen von Suizidbeihilfe in Art. 115 StGB *richtig gesetzt* wurde. Ist die Norm von Art. 115 StGB in dieser politisch liberalen Form zu unterstützen? Zweitens ist zu fragen, ob die *Anwendung* dieser Norm zu Problemen führt, die eine Ergänzung des Rechts, allenfalls auch in anderen Rechtsbereichen ausserhalb des Strafgesetzes, notwendig (oder empfehlenswert) machen. Drittens ergeben sich in der *medizinischen Praxis* Unsicherheiten und Konflikte, die einer ethischen Klärung bedürfen, ohne dass daraus für den Gesetzgeber eine Aufgabe entsteht. Die Kommission wendet sich im Folgenden Fragen auf allen drei Ebenen zu.

Zunächst ist aber festzuhalten, dass die liberale Formulierung von Art. 115 StGB nur die Strafbarkeit regelt. Damit ist nicht auszuschliessen, dass in anderen Bereichen des Rechtes, ausserhalb des Strafrechts, weitere Bestimmungen eingeführt werden, welche für die Praxis leitend wären. Man könnte sich beispielsweise vorstellen, dass im Gesundheitsrecht Regeln eingeführt würden, welche den Umgang mit Begehren um Beihilfe zum Suizid in Spitälern und Heimen regelten. Oder es wäre möglich, dass Sterbehilfeorganisationen für ihre Tätigkeit eine Bewilligung bräuchten, die an Bedingungen geknüpft wäre.

Weiter bedeutet die Strafnorm von Art. 115 StGB nicht, dass die Beihilfe zum Suizid ethisch akzeptabel ist, solange nur das Motiv kein egoistisches ist. Berufsständische Regeln und ethische Richtlinien können Einschränkungen vorsehen. Art. 115 StGB sagt z. B. nichts darüber aus, dass ein Suizidwunsch wohlerwogen oder lang anhaltend sein muss und dass er nicht aus einer vorübergehenden oder behebbaren Krise erwachsen soll. Schliesslich bleibt die Entscheidung, ob jemand einer konkreten Person gegenüber Suizidbeihilfe leisten will oder nicht, eine Gewissensentscheidung, die das Gesetz nicht vorwegnimmt. Auch wenn man sagen kann, dass sich aus Art. 115 StGB die Möglichkeit ableiten lässt, Beihilfe zum Suizid zu leisten, ohne dafür bestraft zu werden, ergibt sich daraus aber keine Verpflichtung, dies im konkreten Fall zu tun. Die Frage, ob sich jemand einem anderen gegenüber im moralischen Sinn verpflichtet sieht, Hilfe zur Ausführung eines Suizides zu leisten, verlangt eine persönliche ethische Abwägung im Sinn eines Gewissensentscheides. Niemand kann andere durch Verweis auf Art. 115 StGB dazu verpflichten, Suizidbeihilfe zu leisten.

Die Bestimmung des Art. 115 StGB verkörpert – zumindest in ihrer heutigen Verwendung – ein unverkennbar liberales Konzept von Politik. Der Eingriff des Staates in die Privatsphäre des Bürgers soll begrenzt werden. Art. 115 StGB will von Staates wegen Handlungen nur dann verbieten, wenn Menschen durch sie gefährdet sind oder wenn die Freiheit Dritter bedroht ist. Der Versuch zur Selbsttötung wird deshalb als nicht strafbar angesehen, weil die handelnde Person direkt nur sich selbst schädigt. Sie übt ihre Freiheit aus und gefährdet dadurch andere nicht vital. Ein Mensch bedarf nach einem Suizidversuch eher der Hilfe, Anerkennung und Unterstützung als der Strafe. Deshalb bleibt die Selbsttötung aus guten Gründen straffrei. Wenn zur Durchführung die Hilfe anderer in Anspruch genommen wird, kann die Leistung dieser Hilfe nicht strafbar gemacht werden, da die Teilnahme an einer legalen Handlung nicht strafbar sein kann. Die Strafrechtslehre spricht von der Akzessorietät der Teilnahme. Wenn ein Suizid unter Mitwirkung einer zweiten Person geschieht, und beide Personen einvernehmlich handeln, fehlt die Notwendigkeit, Dritte zu schützen.

Auch ein *liberales Modell der Ethik* der Suizidbeihilfe postuliert, dass wir als moralische Subjekte das Recht oder die Freiheit haben sollen, den Verlauf unseres Lebens zu kontrollieren und zu entscheiden, wie wir leben wollen, solange wir nur nicht das Recht anderer beeinträchtigen, dasselbe zu tun. Das ist in diesem Modell mit persönlicher Autonomie oder Selbstbestimmung gemeint. Das so verstandene Recht auf moralische Autonomie impliziert das Recht, über die Dauer des eigenen Lebens und die Weise des eigenen Sterbens möglichst weitgehend Kontrolle zu haben. Und dies impliziert wiederum die Möglichkeit, dass auch andere bei der Ausübung dieser Freiheit mitwirken dürfen.[11]

Das schweizerische Strafrecht ist aber nicht so weit gegangen, die Mitwirkung am Suizid gänzlich für straflos zu erklären. Der Gesetzgeber sah eine Ausnahme dann, wenn der Gehilfe nicht aus Motiven der Solidarität handelt, sondern eigene Vorteile verfolgt. Dann besteht die Gefahr, dass die Suizidalität der betroffenen Person vom Gehilfen bloss ausgenützt wird, um diese Vorteile zu erreichen. In diesem Fall wird die Person, welche eine Suizidtendenz hat, durch das Angebot der Hilfe verletzbar und bedarf des Schutzes.

Damit hat der Gesetzgeber implizit zwei ethischen Anliegen Geltung verschafft: Erstens dem *Respekt* gegenüber der Autonomie der Suizidenten und der Gehilfen, zweitens aber auch einer *Verantwortung* für Menschen, die durch ihre Suizidalität in besonderer Weise schutzbedürftig werden. Insofern ist die Frage, ob das liberale Modell der Ethik allen Dimensionen der ethischen Problematik der Suizidbeihilfe gerecht werden kann, oder der Ergänzung durch Konzepte der Fürsorge bedarf, im Gesetz selbst bereits angesprochen.

Abgrenzung: Die Kommission ist gemäss ihrer gesetzlichen Grundlage[12] für ethische und rechtliche Fragen in der gesamten Humanmedizin zuständig. Die Anwendung von Art. 115 StGB reicht aber zweifellos über diesen Bereich hinaus. Deshalb hat die NEK-CNE sich dafür entschieden, das Thema Beihilfe zum Suizid im Rahmen der medizinischen Praxis anzugehen und sich auf diesen spezifischen Bereich zu beschränken. Wir definieren den Bereich der «Humanmedizin» aber in einem relativ weiten Sinn: Wenn eine ärztliche Handlung wie das Ausstellen eines Rezeptes involviert ist, wenn Medizinalpersonen zu den Gehilfen zählen oder wenn eine Institution der Medizin betroffen ist, wird die Beihilfe zum Suizid im Rahmen dieser Stellungnahme zum Medizinbereich gezählt. Nicht thematisiert werden in diesem Bericht jene Situationen, in denen die Beihilfe zum Suizid ausserhalb eines medikalisierten Umfeldes zwischen zwei Personen geschieht.

Eine besondere Perspektive der NEK-CNE ergibt sich aus ihrem gesetzlichen Auftrag, für Bundesrat, Parlament und Kantone beratend tätig zu werden: Die Kommission soll die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen einer kritischen und weiterführenden Betrachtung aus ethischer Sicht unterziehen, hat aber nicht die ethische Legitimität der persönlichen Entscheidung zum Suizid oder zur Beihilfe zum Suizid als solche zu beurteilen. Diese Perspektive ergibt eine Einschränkung der Fragen, die in der Stellungnahme behandelt werden sollen, und sie überlässt andere Bereiche ethischer Fragen den anderen Partnern in der Gesellschaft sowie den einzelnen Menschen selbst.

[11] Das liberale Modell formuliert exemplarisch M. Charlesworth: Leben und sterben lassen: Bioethik in der liberalen Gesellschaft. Hamburg 1997, S. 47f.

[12] Fortpflanzungsmedizingesetz, Art. 28, und die Verordnung über die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin vom 4. Dezember 2000.

I.4 Wertekonflikt in der Medizin

Alle Angehörigen von medizinischen Berufen sind auch freie Bürgerinnen und Bürger. In die Überlegungen zum assistierten Suizid muss einbezogen werden, dass Angehörige medizinischer Berufe wie auch ihre Patienten über ihre Rolle und Funktion hinaus auch Menschen sind. Die Unterscheidung zwischen der strikt professionellen Rolle von Ärztin und Pfleger und ihrem mit den Patientinnen und Patienten geteilten Menschsein mag sich als nützlich erweisen, wenn es darum geht, zu erfassen, welche Werte auf dem Spiel stehen.

Das von gewissen Kreisen, namentlich von Berufsverbänden der Ärzteschaft und der Pflegenden, vorgebrachte Hauptargument gegen die Beihilfe zum Suizid beruft sich auf die professionelle Deontologie der Heilberufe, wonach deren Tätigkeit auf die Bewahrung des Lebens fokussiert ist. Dieselbe Deontologie verlangt aber auch, dass die Leiden der Patienten zu lindern sind. Diese beiden Imperative sind nicht in jedem Fall vereinbar, denn es gibt eine – zwar geringe – Anzahl Patienten, denen die Mittel der palliativen Medizin nicht helfen können. Bei Patientinnen und Patienten in dieser Lage erweist sich demnach die gleichzeitige Respektierung der beiden Imperative als unmöglich.

Angesichts dieser Unmöglichkeit, einander gegenseitig ausschliessende Imperative umfassend zu respektieren, wird der um Beistand angegangene Dritte letztlich als Behandelnder wie als Mensch in seinem moralischen Gewissen angesprochen. Genau in diesem Sinn äussern sich die neuen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Betreuung von Patienten am Lebensende. Dass auf Ärzte und Pflegende im Namen der Gewissensfreiheit kein Zwang ausgeübt werden kann, am Suizid eines Patienten teilzunehmen, ist selbstverständlich und entspricht im Übrigen der Standesordnung FMH, welche in Art. 3 festhält: «Arzt und Ärztin nehmen keine medizinischen Handlungen vor und geben keine Stellungnahmen ab, welche sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können.»

Ein wichtiger Diskussionspunkt in der heutigen Debatte in der Schweiz ist auch der Ort, wo der Suizid geplant oder durchgeführt wird. Eine zwischen zwei Personen privat geschlossene Vereinbarung kann vom Staat nicht verhindert werden. Die Handlung ist möglich, wenn der Plan am Domizil der suizidwilligen Person oder an einem privaten Ort ausgeführt wird. Ganz anders präsentiert sich die Situation in einem medikalisierten Kontext. Eine Kernfrage in der aktuellen Debatte gilt denn auch dem moralischen Konflikt, den der Suizid in einer medizinischen Einrichtung darstellen kann (Kranken- und Altersheim oder Akutspital). Wie lässt sich die therapeutische Zweckbestimmung einer Institution mit dem Suizidvorhaben einer Patientin oder eines Bewohners vereinbaren? Derzeit schliesst die therapeutische Zweckbestimmung für die meisten Institutionen in der Schweiz aus, dass in ihren Räumen Suizide und Suizidbeihilfe praktiziert werden. Im Rahmen des Möglichen versuchen diese Institutionen ihre suizidwilligen Patienten dazu zu bewegen, den geplanten Suizid an ihrem Domizil durchzuführen. Ausnahmen von dieser generellen Haltung sind selten; sie sind dort zu finden, wo Personen gezwungenermassen ihr privates Domizil in einer Institution haben, also fast ausschliesslich in den Alters und Krankenheimen: Die Städte Zürich und Lugano haben mit der offiziellen Zulassung des assistierten Suizides in derartigen Einrichtungen ihre Praxis gelockert.

II. Allgemeines – historische, rechtliche, geografische, politische und ethische Aspekte

II.1 Der Suizid in der Geschichte der Ethik

Im Laufe der Geschichte hat die theologische und philosophische Ethik sehr verschiedenartige Überlegungen zum Suizid vorgelegt. Die Gesamtheit der Interpretationen des Suizides ist disparat und kann nicht auf eine einheitliche oder wenigstens stimmige Logik zurückgeführt werden. Es kann hier nur darum gehen, einige in der Geschichte des abendländischen Denkens präsente ethische Einschätzungen suizidalen Verhaltens darzustellen.[13]

a) Der Suizid als «Sünde»

In der Geschichte Europas hat das christliche Denken die gesellschaftliche Einstellung gegenüber dem Suizid in vielfältiger Weise beeinflusst. Ein zentraler Denker für die Entwicklung der christlichen Theologie war *Augustinus.* Seine rigorose Haltung dem Suizid gegenüber ist damit zu erklären, dass er das Fünfte Gebot: «Du sollst nicht töten!»absolut versteht. Im «Gottesstaat» legt er seine unnachgiebige Position dar. Diese unterscheidet sich in ihrer Kompromisslosigkeit von den nuancierteren Positionen eines Ambrosius oder eines Hieronymus. Diese Autoren sahen einige Ausnahmen vor, in denen der Suizid «entschuldbar» sei, beispielsweise im Falle der Märtyrerinnen, die sich mit diesem Akt einer Vergewaltigung entziehen konnten.

Die Argumentation von Augustinus beruht in erster Linie auf einer deontologischen Sicht des göttlichen Gebotes. Nach seiner Interpretation lässt es keine Ausnahme zu und ist wortwörtlich zu befolgen. Selbst ein extremes Übel wie die von einer Frau erlittene Vergewaltigung vermag eine derartige Geste nicht zu rechtfertigen: «Denn nicht umsonst kann man in den heiligen und kanonischen Büchern nirgends ein göttliches Gebot noch auch die Erlaubnis ausgesprochen finden, sich selbst das Leben zu nehmen, um das unsterbliche Leben zu erlangen oder irgend ein Übel zu meiden oder zu beseitigen. Vielmehr ist das Verbot hieher zu beziehen: ‹Du sollst nicht töten› [...].»[14]

Augustinus' Rigorismus hat die europäischen Mentalitäten nicht bloss im Mittelalter, sondern auch noch später stark beeinflusst. *Thomas von Aquin* hat sich ebenfalls zum Suizid geäussert. Seine Überlegungen prägen bis auf den heutigen Tag die offizielle römisch-katholische Lehre. Es besteht indes ein Gefälle zwischen dem, was Thomas von Aquin über die *conditio humana* im Allgemeinen denkt, und seiner Argumentation gegen jede Form von Suizid. Seine Reflexion zum Suizid verweist weniger auf Überlegungen über die Natur des Menschen und dessen moralische Freiheit als auf eine besondere Auffassung von der Souveränität Gottes in Bezug auf den Menschen. Zur Erläuterung seines Denkens bedient sich Thomas von Aquin einer Analogie und verweist auf die Beziehung zwischen Eigentümer und Sklave gemäss römischem Recht. Nach dieser Interpretation stellt jeder Suizid einen Eingriff in die spezifische Domäne der Rechte Gottes dar, der als allmächtiger Herr gilt, als Eigner des Menschen, seiner Kreatur: «... weil das Leben ein Geschenk Gottes an den Menschen ist, der Gewalt desjenigen unterstellt, der

[13] Zur Geschichte der ethischen Bewertung des Suizides vgl. J.-P. Wils: Anmerkungen zur Geschichte des Sterbens, in: A. Holderegger (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Freiburg i. Üe. / Freiburg i. Br. [2]2000, S. 23–38: J.-P. Wils: Sterben: zur Ethik der Euthanasie. Paderborn 1999, Kap. 4; M. Zimmermann-Acklin: Euthanasie: eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg i. Üe. / Freiburg i. Br. [2]2002, Kap. 1.

[14] Augustinus: De Civitate Dei I, 20; Dt.: Gottestaat (Bibliothek der Kirchenväter). Kempten / München 1911, S. 57.

tötet und lebendig macht. Wer sich also das Leben nimmt, der versündigt sich gegen Gott, so wie derjenige, der einen Sklaven tötet, sich gegen den Herrn des Sklaven versündigt; und so versündigt sich derjenige, der über eine Sache entscheidet, die ihm nicht gehört. Die Entscheidung über Leben und Tod liegt nämlich allein bei Gott.»[15] Dieses Zitat aus der «Summa theologiae» zeigt, dass das vorgebrachte Argument Elemente aus der Bibel und aus dem römischen Privatrecht verbindet. Das aus diesen Aussagen hervorgehende Gottesbild gleicht stark dem Bild des römischen *pater familias,* der die Macht über Leben und Tod nicht bloss seiner Sklaven, sondern auch seiner Kinder und seiner Gattin hatte. Diese Vorstellung von der Souveränität Gottes, der frei über die Dauer unseres Lebens entscheidet, taucht nicht bloss in der mittelalterlichen Theologie auf, sondern wird in einem Teil der katholischen wie der protestantischen Theologie bis heute aufrecht erhalten.

Es bleibt die Frage, ob eine derartige Interpretation des Verhältnisses zwischen der Souveränität Gottes und der Freiheit des Menschen vor Gott überhaupt der *biblischen Sicht* entspricht. Hier ist nicht der Ort, diese Frage umfassend zu beantworten. Wir beschränken uns auf die Feststellung, dass weder die Hebräische Bibel noch die Schriften des Neuen Testamentes eine explizite Lehre zum Suizid enthalten; in den *biblischen* Erzählungen wird die suizidale Praxis beinahe als «selbstverständlich» erwähnt, ohne dass versucht würde, den Suizid ethisch ausführlich zu rechtfertigen oder zu verurteilen.

b) Der Suizid als «Verbrechen» in der klassischen vorchristlichen Antike[16]

Im Dialog *«Phaidon»* vertritt Platon die Auffassung, der Suizid könne nicht *gebilligt* werden, weil er Ausdruck der Ablehnung des Schutzes sei, den die Götter dem Leben eines jeden Menschen gewähren. Er schreibt diese Aussagen seinem Meister *Sokrates* zu, wobei dieser aber auch argumentiert, zuweilen sei es für manche Menschen besser, tot zu sein als weiterzuleben. Doch da wir nicht völlig uns selbst gehörten, sei die Frage, ob der Suizid legitim sei oder nicht, auf jeden Fall unzulässig.[17] In den «Gesetzen» scheint Platon etwas mehr Verständnis für schmerzliche Lebenslagen zu signalisieren, die zum Suizid führen können. Doch da eine derartige Tat auf keinen Fall legitim sein könne, sei darauf zu achten, dass der Begräbnisstätte der suizidierten Person keinerlei Öffentlichkeitscharakter zukomme.[18] Diese Auffassungen hatten auf die späteren, namentlich die christlichen Epochen, grossen Einfluss. Nichts beweist hingegen, dass die griechischen Gesellschaften (Athen wie Sparta) zu ihrer Zeit diesen Standpunkt tatsächlich übernommen hätten.

Aristoteles hat sich ebenfalls zum Thema geäussert, sich dabei aber eher auf rechtliche als auf grundsätzliche Argumente gestützt. Er betrachtet den Suizid in erster Linie als negatives Verhalten der Gemeinschaft der Bürger gegenüber, denn seiner Auffassung nach ist es undenkbar, dass man sich selbst Unrecht tut. Im Übrigen vertritt er die Meinung, alles, was das Gesetz nicht ausdrücklich gebiete, sei verboten.[19] Es zeigt sich, dass bereits in den vorchristlichen Kulturen eine grundsätzlich negative Einstellung gegenüber dem Suizid herrschte, wenn auch nicht in derselben Radikalität wie in den folgenden Jahrhunderten. Im römischen Recht findet sich der Hinweis auf eine besondere Sanktion, nämlich die Konfiskation der Güter eines Beschuldigten, der Suizid begangen hat, um sich

[15] Thomas von Aquin: Summa theologiae, II^{a}–II^{ae}, q. 64, art. 5 c.: Tertio, quia vita est quoddam donum divinitus homini attributum, et eius potestati subjectum qui occidit et vivere facit. Et ideo qui se ipsum vita privat in Deum peccat; sicut qui alienum servum interficit peccat in dominum cuius est servus; et sicut peccat ille qui usurpat sibi iudicium de re sibi non commissa. Ad solum enim Deum pertinet iudicium mortis et vitae […].

[16] Für eine Philosophiegeschichte des Suizides vgl. G. Minois: Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf / Zürich 1996. Vgl. auch A. Holderegger: Suizid – Leben und Tod im Widerstreit, Freiburg i. Üe. 2000.

[17] Platon: Phaidon, 62 a–d; Dt.: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 3. Eingel. v. O. Gigon. Zürich – München 1974, S. 10 f.

[18] Ders.: Die Gesetze IX, 873 c–d; Dt.: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 7. Eingel. v. O. Gigon. Zürich–München 1974, S. 392

[19] Aristoteles: Nikomachische Ethik V 15, 1138a. Dt.: Aristoteles: Werke, Bd. 6. E. Grumach (Hg), übers. v. F. Dirlmeier. Darmstadt 1956, S. 119 f.

einer Strafverurteilung zu entziehen. Hier geht es um einen ganz speziellen und deshalb seltenen Fall. Gleichwohl hat er die Gewohnheiten und Mentalitäten auch der späteren christlichen Jahrhunderte beeinflusst.[20]

c) Erste Kritiken am Suizidverbot

Mit dem Humanismus setzte die Diskussion um diese noch im Mittelalter völlig «indiskutablen» Positionen ein, die dann im Jahrhundert der Aufklärung einer immer radikaleren Kritik unterzogen wurden.

Den Humanisten stand die Möglichkeit offen, sich an Philosophen der vorchristlichen Antike zu orientieren. Vor allem die *Stoiker* hatten bereits versucht, dem Suizid eine gewisse Plausibilität zu verleihen. Die Lehre der Stoiker lautete vereinfacht so: Jeder Mensch muss in Harmonie mit dem *logos* leben, Abbild der göttlichen Vernunft im Kosmos. Mit anderen Worten, er muss in seinem Leben die Natur und deren Gesetze befolgen. Darüber hinaus soll er sich weder von seinen Instinkten noch von seinen Empfindungen oder Emotionen beherrschen lassen, sondern von der Vernunft allein; so erreicht er den Zustand der *apatheia,* nämlich der gänzlichen Abwesenheit von Trieben. Der Mensch kann unterschiedliche Entscheidungen treffen; diese gehören entweder der Ordnung der guten oder der schlechten Dinge oder aber der Ordnung der indifferenten Dinge an, genannt *adiaphora.*[21] Der wohlerwogene Suizidentscheid, der dann aus Mangel an Mut nicht umgesetzt wird, gehört dem Bereich der indifferenten Dinge an, deren positiver oder negativer Wert kontextabhängig ist. Derartige Überlegungen finden sich in mehreren, von der christlichen Überlieferung nicht gänzlich verworfenen Schriften *Senecas.*[22]

Es stehe jedem Menschen offen, das Leben zu verlassen, sollte ihn Not oder geistige Umnachtung ereilen. Seneca schreibt in seinem berühmten 70. Brief: «Finden wirst du auch Lehrer der Philosophie, die bestreiten, man dürfe Gewalt antun dem eigenen Leben, und es für Gotteslästerung erklären, selbst sein eigener Mörder zu werden: warten müsse man auf das Ende, das die Natur bestimmt hat. Wer das sagt, sieht nicht, dass er den Weg zur Freiheit verschliesst. Nichts Besseres hat das ewige Gesetz geleistet, als dass es uns einen einzigen Eingang in das Leben gegeben, Ausgänge viele.»[23] Die Stoa hat damit nicht nur gegen eine moralische Ächtung der Selbsttötung plädiert, sondern eine eigentliche philosophische Lehre zum Freitod vorgelegt. *Epiktet* seinerseits sagt, wir Menschen sollten zwar geduldig auf dem Posten ausharren, auf den uns Gott gestellt habe. Sobald er uns aber ein Zeichen gebe und uns aus dem Dienst entlasse, hätten wir die Freiheit, zu ihm zurückzukehren.[24] Der Suizid im hohen Alter oder aufgrund körperlichen Verfalls und unerträglicher Schmerzen war bis in spätrömische Zeit durchaus üblich und wird relativ häufig beschrieben. Zum Teil wurden auch Ärzte mit einbezogen.[25]

Im Humanismus tritt dieser Gedanke wieder auf, angepasst an den damaligen historischen Kontext. *Michel de Montaigne,* der berühmteste Vertreter dieses Denkens, legt in seinen «Essais» eine umfassende Sicht des Lebens vor; hier kann der Suizid unter ganz bestimmten Voraussetzungen positiv gewichtet werden. Erfassen lässt sich der positive Aspekt des Suizides nur, wenn der Tod relativiert wird. Der Tod bedeutet nämlich nicht das Ende unseres Lebens, sondern markiert

[20] Zur Analyse des römischen Rechtes vgl. R. Marra: Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civilità occidentale. Napoli 1987.
[21] Stoicorum Veterum Fragmenta, Bd. 3. Joachim von Arnim (Hg.). Stuttgart 1978, S. 54.
[22] L. Annaeus Seneca: Philosophische Schriften, Bd. 3 und 4. An Lucilius. Briefe über Ethik. M. Rosenbach (Hg.). Lateinisch und Deutsch. Darmstadt 1974 und 1984, Briefe 12, 26, 59, 70, 78.
[23] Ebd., Brief 70, S. 3–19, zit. 11.
[24] Epiktet: Diatriben I 9, S. 16 f. Stoa und Stoiker. Eingeleitet und übertragen von Max Pholenz. 2. Aufl., Zürich: Artemis, 1964
[25] A. J. L. van Hooff: From Autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity. London / New York 1990; vgl. Zimmermann-Acklin: Euthanasie, S. 23

lediglich eine Grenze. Es gilt mithin, ihm nicht zu viel Bedeutung zuzumessen, vielmehr Umgang mit ihm zu pflegen. Wenn der Tod eine vernünftige Wahl darstellt, dann sei er, so Montaignes Rat, ohne Furcht zu erwägen. Deshalb sei es unabdingbar, sich nicht von jenen Argumenten beherrschen zu lassen, wonach das Leben uns angeblich nicht gehöre. So wie derjenige, der sein Holz verbrennt, kein Brandstifter ist, ist derjenige, der sich das Leben nimmt, kein Mörder.[26] Um Montaigne innerhalb des Humanismus richtig einordnen zu können, müssen wir seine Position in erster Linie als mutige Stellungnahme für die Autonomie des Menschen gegenüber äusseren, menschlichen oder göttlichen Kräften betrachten und letztlich als Ausdruck des Willens, den Suizid zu entkriminalisieren. So setzt sich Montaigne endgültig von der von Augustinus begründeten Tradition ab.

Mit dem Aufkommen der Aufklärungsphilosophie im 18. Jahrhundert findet eine Radikalisierung jener Argumente statt, welche die christliche Tradition in Frage stellen wollen. Diese Radikalisierung ist aber der einzige gemeinsame Nenner der Philosophen dieser Strömung. Ihre Positionsbezüge divergieren in wesentlichen Punkten; sie stellen mithin die erste Erfahrung einer *öffentlichen Diskussion* zu diesem Thema in einer *offenen Gesellschaft* dar. Zu denjenigen, die eindeutig Stellung beziehen, gehören *David Hume* und *Immanuel Kant,* einflussreiche Vertreter der Billigung respektive der Verurteilung des Suizides.

1777 widmet David Hume dem Thema Suizid einen eigenen Essay «Über Selbstmord». Dort bezeichnet er die zur damaligen Zeit noch gängige Kriminalisierung des Suizides als Phänomen des Aberglaubens und der «falschen Religion». Er bemüht sich, dem Suizid keinerlei negativen Wert zuzusprechen, weder unter moralischem noch unter juristischem Gesichtspunkt. Seine «Demontage» erfolgt auf drei Ebenen: Der Suizid ist keine Übertretung unserer Pflicht, weder gegenüber Gott noch gegenüber unserem Nächsten, noch gegenüber uns selbst.[27] Zur ersten Ebene: Nach Hume lenkt Gott das Universum mittels einer Reihe von Gesetzen, welche die physische wie die geistige Welt betreffen. Die Gesamtheit dieser Gesetze bewirkt eine Harmonie, die die Existenz Gottes plausibel macht. Der Suizid eines Individuums kontrastiert nicht mit dieser umfassenden Harmonie, sondern ist Teil des komplexen Plans der göttlichen Vorsehung, den wir nicht in allen Einzelheiten nachvollziehen können. Für Hume geht es nicht darum, jeden einzelnen Suizid zu rechtfertigen. Vielmehr soll diese Handlung aus der Kategorie der Vergehen gegen den göttlichen Willen ausgeschlossen werden. Der Beweis, dass Suizid und göttlicher Wille im Widerspruch zueinander stehen, ist nämlich nicht möglich – ebenso wenig wie das Gegenteil. Vielmehr sollten wir der Vorsehung danken, dass sie uns die freie Wahl lasse und nicht direkt eingreife und den Suizid verhindere. Zur zweiten Ebene: Hume will auch das Argument der Gegner des Suizides entkräften, wonach der Suizid ein eindeutig gegen die Gesellschaft und unseren Nächsten gerichteter Akt sei. Ihnen antwortet Hume, dass jede und jeder von uns der Gesellschaft etwas gebe und etwas von ihr empfange. Wer sich folglich ohne um Erlaubnis zu fragen durch Suizid aus der Gesellschaft zurückziehe, verletze keine Vereinbarung: Wohl gebe er der Gesellschaft nichts mehr, aber im Gegenzug fordere er auch nichts mehr von ihr. Suizid sei mithin kein Verstoss gegen die Billigkeit. Zur dritten Ebene: Nach Humes Auffassung verletzt der Suizid unsere Pflichten gegenüber uns selbst nicht, weil der Selbsterhaltungsinstinkt uns davor schützt, gegen das eigene Interesse gerichtete, unbedachte Handlungen zu begehen. Besitzt das Individuum die Stärke, Suizid zu begehen, bedeutet dies, dass es zur Überzeugung gekommen ist, ihn im eigenen Interesse zu begehen: Wir haben es folglich nicht mit einem

[26] Michel de Montaigne: Die Essais und das Reisetagebuch. Leipzig 1934, S. 181 f.
[27] David Hume: Über Selbstmord, in: ders.: Die Naturgeschichte der Religion (Philosophische Bibliothek 341). L. Kreimendahl (Hg), Hamburg 1984, S. 89–99.

Akt der Selbstverstümmelung zu tun. Hume ergänzt seine Überlegungen mit einer Bemerkung theologischer Art. Wohl gehe aus der aufmerksamen Lektüre der Bibel hervor, wie sehr sie gegen das Töten anderer antrete, an keiner Stelle aber enthalte sie ein ausdrückliches Zeugnis gegen den Suizid. Augustinus' Interpretation des Fünften Gebots – der Suizid komme einem Mord gleich – werde damit unhaltbar.

Kant hingegen macht sich eine ganz andere Argumentation zu eigen.[28] Der deutsche Philosoph behandelt den Suizid im Rahmen der Pflichten des Menschen sich selbst gegenüber. Doch wie sind derartige Pflichten zu rechtfertigen? Dazu ist zu präzisieren, dass Kant den Menschen unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet. Der erste Aspekt ist die *Animalität* (Tierheit) des Menschen. Jeder versuche, sich zu bewahren und folglich nicht, sich selbst zu zerstören. Doch wenn der Mensch beabsichtige, sich zu töten, dürfe er nicht bloss die eigene Animalität berücksichtigen, vielmehr habe er zu bedenken, dass er auch ein moralisches *Wesen* sei. Als solches hat er nach Kant auch Pflichten gegen sich selbst. Wenn ein Mensch das ihm innewohnende moralische Wesen respektiere, respektiere er in seiner Person die gesamte Menschheit; wenn er es hingegen verachte oder zerstöre, würdige er die Menschheit überhaupt herab. Aus diesem Grund stellt der Suizid für Kant nicht bloss ein moralisches Übel, sondern ein Verbrechen dar. «Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist ebensoviel als die Sittlichkeit selbst ... aus der Welt vertilgen.»[29]

Kants Rigorismus hatte in der damaligen Zeit Anhänger und Kritiker. Zu letzteren gehörte Arthur Schopenhauer, der sich ausführlich und ironisch über den Begriff der «Pflichten gegen sich selbst» äusserte. Diese und andere Argumente aus der Geschichte der Ethik erscheinen auch in der gegenwärtigen ethischen Kontroverse um die Beihilfe zum Suizid, die im Folgenden in ihren wesentlichen Zügen dargestellt werden soll.

II.2 Die Haltung der Kirchen gegenüber der Suizidbeihilfe

Man muss unterscheiden zwischen der offiziellen Haltung der beiden grossen Kirchen zur Suizidbeihilfe und der individuellen Einstellung vieler ihrer Mitglieder. Für beide Kirchen ist zu vermuten, dass die individuelle Einstellung nicht weniger Mitglieder von der offiziellen Haltung der kirchenleitenden Instanzen abweicht. Insofern können die im Folgenden dargestellten kirchenoffiziellen Positionen nur bedingt als repräsentativ gelten für die Haltung der Kirchenmitglieder insgesamt

Die Haltung des Rates des Schweizerischen Evangelisch-reformierten Kirchenbundes (SEK) geht sehr klar hervor aus dessen Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung der Medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) für die Betreuung von Patienten am Lebensende. Vorangestellt ist ein Absatz über «Leitsätze und Grundwerte», in dem einerseits unter Hinweis auf die unveräusserliche Würde des Menschen festgehalten wird, «dass die Einstellung jedes und jeder Einzelnen dem eigenen Tod gegenüber zu respektieren ist». Andererseits wird betont, dass die Frage des Lebensendes nicht nur das Individuum betrifft, sondern vielmehr «in ihrer Tragweite und in ihren Auswirkungen … eminent gesellschaftsrelevant» ist, insofern Menschen in der letzten Lebensphase besonderer Solidarität bedürfen. In diesem Sinne steht der Rat des SEK den Richtlinien der SAMW insgesamt positiv gegenüber und billigt deren Geist.

[28] Für eine erste Hinführung vgl. H. Wittwer: Über Kants Verbot der Selbsttötung, in: Kant Studien 92/2 (2001), S. 180–209.
[29] Immanuel Kant: Metaphysik der Sitten, W. Weischedel (Hg), Frankfurt a.M.: 1991, Tugendlehre, §6, S. 555

Das betrifft auch «die durchdachte und nuancierte Position der SAMW in der Frage der Beihilfe zum Suizid», insbesondere die Feststellung, dass die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Begründet wird diese Haltung vor allem mit der Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Es wird betont, dass kraft seiner Funktion der Arzt nicht befugt ist, dem Patienten Beihilfe zum Suizid anzubieten. Aber der Rat des SEK geht mit der SAMW einig, «dass es dem Arzt unter bestimmten, klar definierten Bedingungen möglich sein müsse, einer Bitte um Beihilfe zum Suizid nachzukommen». Allerdings müsse der Arzt auch das Recht haben, einem Patienten die Beihilfe zum Suizid zu verweigern. Ausserdem wird vorgeschlagen, die von der SAMW vorgesehenen Mindestanforderungen für eine Suizidbeihilfe (der Tod ist nahe, alternative Hilfsmöglichkeiten sind ausgeschöpft und der Wunsch ist frei und wohlerwogen) um zwei Anforderungen zu ergänzen. So sollen zusätzlich die Voraussetzungen gegeben sein, dass die Krankheit des Patienten zu unerträglichen seelischen oder körperlichen Leiden führt und dass der Patient zur Willensäusserung fähig ist und seinen Sterbewunsch unmissverständlich geäussert hat. Betont werden die gesellschaftliche Verantwortung und die Notwendigkeit der Überwachung der Suizidbeihilfe durch Gesetze und gesellschaftliche Institutionen.

Anders ist die Haltung gegenüber der Beihilfe zum Suizid auf katholischer Seite. Sie findet sich in differenzierter Form im Pastoralschreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und Sterbebegleitung mit dem Titel «Die Würde des sterbenden Menschen». Sie beginnt mit Überlegungen zum «Ernst des menschlichen Sterbens», die den Sinn des Sterbens in religiöser Sicht sowie drei Dimensionen des menschlichen Sterbens, nämlich die biografische Dimension, die soziale Dimension und die religiöse Dimension vergegenwärtigen. Dazu gehört auch ein Abschnitt über Versuche zur Bewältigung des Sterbens, durch die wissenschaftliche Erforschung des Sterbevorganges, die Verdrängung und Banalisierung des Sterbens, das selbstbestimmte Sterben in Gestalt des Freitodes und die religiöse Bewältigung des Sterbens. Ausführlich widmet sich das Pastoralschreiben dann der «christlichen Würde des Sterbens» und der «Würde des sterbenden Menschen». Hier wird insbesondere das Verhältnis von Selbstbestimmung und Abhängigkeit erörtert. Selbstbestimmung gebe es nur auf der Grundlage und in den Grenzen der fundamentalen Abhängigkeit menschlicher Existenz. «Aufgabe jeder Sterbehilfe muss es sein, den Übergang in die letzte und unaufhebbare Fremdbestimmtheit des Sterbens leichter zu machen», wobei dies durch eine religiöse Grundhaltung erleichtert werde, die auch das eigene Sterben noch in der Hand Gottes wisse.

Im Abschnitt über die Suizidbeihilfe wird festgestellt, dass der Unterschied zur aktiven Sterbehilfe minimal sei, da alle vorbereitenden Handlungen vom Sterbehelfer organisiert würden und der Patient nur noch die letzte, zum Tod führende Handlung auszuführen habe. «Es ist schwierig, in diesem kleinen Unterschied mehr als eine juristische Spitzfindigkeit zu sehen.» Wesentlich schwerwiegender sei ein anderer Unterschied, der darin liege, dass «die Tötung auf Verlangen nur als *ultima ratio* in einer unerträglichen finalen Leidenssituation in Frage kommt», während «der Suizid mit Beihilfe als Handlungsvariante oft lange vor einem finalen Sterbeprozess gewählt» werde. Gegen den assistierten Suizid sprächen einerseits innere Gründe wie die Tatsache, dass der Wunsch dazu häufig nicht auf einem wirklich freien Willensentscheid beruhe. Oft werde die Entscheidung zum Suizid unter schwerem Leidensdruck getroffen. Auch äussere Gründe in Gestalt *sozialethischer Konsequenzen,* die eine verbreitete Suizidpraxis nach sich ziehen könne, sprächen gegen die Suizidbeihilfe. Genannt werden ein

Nachahmungseffekt sowie eine Banalisierung des Todes im Zusammenhang mit einer «irrigen Ideologie menschlicher Selbstbestimmung», die auftretenden grösseren Schwierigkeiten durch Beendigung des Lebens aus dem Weg gehen wolle. Verwiesen wird auf mögliche Effekte in Bezug auf schwer behinderte Menschen, die sich vor die Frage gestellt sehen, ob sie ihr Leben beenden lassen sollen, statt eine teure und aufwändige Pflege in Anspruch zu nehmen.

«Wegen ihrer Nähe zur Tötung auf Verlangen lehnen wir Bischöfe deshalb die Beihilfe zum Suizid kategorisch ab.» Die Bischöfe plädieren dafür, die im schweizerischen Strafrecht bestehende Lücke bezüglich der Beihilfe zum Suizid möglichst bald zu beheben, die insbesondere in Bezug auf die Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Menschen und die gewerbsmässig betriebene Suizidbeihilfe besteht.

II.3 Soziologie des Suizids

Im 19. Jahrhundert wird der Suizid auch zum Untersuchungsgegenstand der Sozialwissenschaften. Sie befassen sich nicht in erster Linie mit der Frage, ob es für den Menschen zulässig sei, das eigene Leben zu vernichten, oder nicht. Vielmehr wenden sie sich primär den von der Gesellschaft selbst erzeugten *Ursachen* und *Gründen* von suizidalen Handlungen zu.

Émile Durkheim, der bedeutendste Vertreter dieses neuen Forschungszweiges, darf in einer Diskussion zur Thematik nicht fehlen. Seine Analyse des Suizides übt bis zum heutigen Tag ihren Einfluss aus. Wer heute das 1897 erstmals erschienene Werk «Der Selbstmord» («Le suicide») lesen will, erwartet möglicherweise eine entzauberte und klinisch reine Sicht auf das Phänomen. Doch das Gegenteil ist der Fall: Durkheim legt seine Überzeugungen in aller Deutlichkeit dar, begnügt sich jedoch nicht mit der simplen Behauptung, der suizidale Akt sei in jeder wie auch immer gearteten Gesellschaft schädlich.[30] Dass die «primitiven» Gesellschaften in ihrer Beurteilung des Suizides und in dessen Bekämpfung permissiver sind als die mittelalterlichen oder modernen Gesellschaften – für diesen Tatbestand bietet er eine komplexe Erklärung an. Nach Durkheim ist dieser Einstellungswandel darauf zurückzuführen, dass sich die modernen Gesellschaften der *Heiligkeit der menschlichen Person* bewusst seien und ihr gegenüber eine Haltung des Respekts entwickelt hätten, die Vernichtung jeder Art ausschliesse. Diese Einstellung könne sich auch dann halten, wenn sich die religiösen Überzeugungen der Menschen in den Industriegesellschaften mehr und mehr von den Lehren der jüdisch-christlichen Tradition entfernten. Den Suizid eines ihrer Mitglieder empfinde die Gesellschaft als einen Bruch, der ihr soziales Netz verletze, und sie fühle sich deshalb schutzlos. Zum eigenen Schutz müssten die modernen Gesellschaften folglich reagieren und ihre moralische und soziale Missbilligung der Suizidhandlung zum Ausdruck bringen, allerdings ohne die in archaischen Gesellschaften vorgesehenen Strafen gegen Suizidentinnen und Suizidenten wieder einzuführen. Damit die Individuen gemäss Regeln und nicht in der Normlosigkeit (Anomie) handelten, müsse sich die Gesellschaft um ein Gleichgewicht zwischen Kollektiv- und Individualneigung bemühen und so die Bedingungen dafür schaffen, dass das Individuum im Konfliktfall nicht den Suizid als letzten Ausweg in Erwägung ziehe.[31]

Im Vordergrund der Suizidsoziologie des 20. Jahrhunderts standen in einer ersten Phase die psychologisch und psychiatrisch kodierten Diskurse, während die Diskussion der moralischen Argumente in den Hintergrund geriet; in einer zweiten Phase nun gelangt diese Diskussion wieder vermehrt in den Fokus, was wesentlich mit der Problematik der von Krankheit und Schmerzen geprägten Endphase eines menschlichen Lebens zu tun hat.

[30] Émile Durkheim: Der Suizid. Übers. v. S. und H. Herkommer. Frankfurt a. M. 1983.
[31] Vgl. ebd., S. 336

Die soziologische Forschung hat seither bestätigen können, dass Menschen, die Krankheiten, Stress, traumatischen Lebensereignissen, Missbrauch oder anderen schwerwiegenden persönlichen Problemen ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten aufweisen. Nur eine Minderheit der Angehörigen dieser verschiedenen Hochrisikogruppen unternimmt aber tatsächlich Suizidversuche oder begeht Suizid. Deshalb kann nicht alleine mit den individuellen Risikofaktoren erklärt werden, weshalb sich viele oder wenige in diesen Gruppen tatsächlich töten. Die Frequenz des Suizids muss, wie es schon Durkheim angenommen hatte, durch das moralische oder psychologische Klima bestimmt sein, das in der betreffenden Gesellschaft herrscht. Vorherrschende Normen und Werte, Verhaltensmuster und Problemlösungsmodelle, die in der Gesellschaft produziert und vermittelt werden, müssen als Erklärungsgründe herangezogen werden. Durkheims allgemeine Regel, dass die Suizidfrequenz mit dem Grad variiere, in dem Individuen in die Gemeinschaft integriert seien, wurde allerdings durch verschiedene weitere gesellschaftliche Faktoren ergänzt.

Das gesellschaftliche Klima besteht, wie I. H. Mäkinen argumentiert hat, vor allem in einem kulturell-normativen System, zu dem die Gesetze, die kulturellen Haltungen, aber auch die Religion gehören. Er hat auf Talcott Parsons' Gesellschaftstheorie zurückgegriffen und dargestellt, wie kulturelle Symbolsysteme individuelle Bedürfnisdispositionen erzeugen können. Diese engen die vorstellbaren Handlungsalternativen ein und beeinflussen die Motivationen sowie die Formen des vorgezogenen Problemlösungsverhaltens. Menno Boldt hat auf die Rolle von gesellschaftlich-kulturell hervorgebrachten Konzeptionen des Suizids hingewiesen, welche das individuelle Verhalten beeinflussen können. Es spielt eine Rolle, ob die Selbsttötung eine unentschuldbare Sünde, ein psychotischer Akt, ein Menschenrecht, eine rituelle Pflicht, ein undenkbarer Akt oder noch etwas anderes ist.[32]

Christa Lindner-Braun[33] hat für die Suizidforschung im Rahmen einer sozialen Motivationstheorie, die nicht nur Häufigkeiten vergleicht, sondern das Entstehen der Motive qualitativ thematisiert, vier Erklärungsstufen vorgeschlagen. (1) Das Ergebnismodell: Hier wird untersucht, wann eine suizidale Handlung tödlich endet und wann der Handelnde überlebt. (2) Das Handlungsmodell: Darin wird gefragt, wann und warum eine suizidale Handlung durchgeführt wird. (3) Das Instrumentalitätsmodell: Hier wird untersucht, wie es zu Suizidversuchs- oder Suizidbereitschaft kommt. (4) Das Motivationsmodell: Es untersucht, wie Perspektiven der 'Aussichtslosigkeit' entstehen. Lindner-Braun hält daran fest, dass Selbsttötungen und Suizidversuche als ein soziales Phänomen und nicht einfach als ein psychologisch-pathologisches Ereignis angesehen werden müssen. Dies zeigt sich vor allem auf der vierten Erklärungsstufe. Die Faktoren, welche eine 'Perspektive der Aussichtslosigkeit' erzeugen, können jenseits der Einflusssphäre des Individuums liegen.

Auf der individuellen Ebene beobachtet man die Übertragung suizidalen Verhaltens innerhalb von Familien oder kleineren Gruppen. Suizidales Verhalten ist offenbar ganz wesentlich auch erlerntes Verhalten: als eine spezielle Art der Kommunikation und als ein Mittel der Problemlösung. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine Person, die suizidales Verhalten in ihrer Familie erfahren hat, ein höheres Risiko hat, selbst eventuell Suizid zu begehen. Auf der Makroebene beeinflussen Massenmedien die Haltungen der Menschen ganz wesentlich. Sie vermitteln suizidale Ideenwelten und führen zu einer Art Ansteckungseffekt.[34]
Zu den eindrücklichsten Belegen für diese Hypothese gehört der nachgewiesene

[32] Vgl. Übersicht bei U. Bille-Brahe: Sociology and Suicidal Behaviour, in: K. Hawton, K. van Heeringen, eds.: The Internationl Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester 2000, pp. 193-207).
[33] Ch. Lindner-Braun: Soziologie des Selbstmord. Opladen 1990.
[34] Bille-Brahe, a.a.O.

Präventiveffekt einer veränderten Berichterstattung von U-Bahn-Selbstmorden in Wien 1987. Seit ihrer Eröffnung 1978 kam es in der Wiener U-Bahn oft zu Selbsttötungen. Die Frequenz blieb jedoch in den frühen Jahren niedrig. Erst ab 1984 stieg sie rapide an. Das Phänomen konnte nicht auf die Verlängerung des Streckennetzes zurückgeführt werden. Die Medien berichteten aber jeweils über die Selbstmorde auf eine sensationelle und dramatische Weise. 1987 wurden Richtlinien zur Berichterstattung eingeführt, in deren Folge die Zeitungen über die Selbsttötungen nur noch auf kleinem Raum, wenn überhaupt, und kaum auf der ersten Seite berichteten. Die U-Bahn-Selbstmordhäufigkeit fiel auf ungefähr ein Drittel und blieb in den Folgejahren in dieser Grössenordnung konstant.[35]

Bekannt, wenn auch in der empirischen Forschung umstritten, ist der so genannte «Werther-Effekt». Einen überzeugenden Beleg dafür hat man aber in Deutschland gefunden, wo das Zweite Deutsche Fernsehen in den Jahren 1981 und 1982 die TV-Serie *Tod eines Studenten* ausstrahlte, welche einen Eisenbahn-Selbstmord zeigt. Die Suizidraten der 15- bis 29-Jährigen stiegen in der unmittelbaren Folgezeit deutlich an; bei der ersten Ausstrahlung stärker als bei der zweiten.

Die Verknüpfung zwischen der Veränderung des Stils von Berichterstattungen durch die Printmedien und Veränderungen in der Suizidhäufigkeit unterstützt die Hypothese, dass Berichte und die Porträtierung von realem und fiktivem suizidalem Verhalten zusätzliche Suizide auslösen können und zur Imitierung von Suizidmethoden führen.[36] Entsprechend können Veränderungen im Darstellungsstil auch eine präventive Wirkung haben. Potentielle Effekte der vermehrten gesellschaftlichen Akzeptanz und der spezifischen Symbolik von assistierten Suiziden in Sterbehilfeorganisationen und in medizinischen Kontexten auf die Motivation für suizidales Verhalten wurden bis heute noch nicht untersucht.

II.4 Epidemiologie des Suizides[37]

Zur Häufigkeit des Suizides gibt es relativ genaue Zahlen: Etwa ein bis zwei Prozent aller Todesfälle in der Schweiz werden als «Suizid» erfasst.[38] In den Ländern der EU sterben jedes Jahr etwa 58 000 Menschen durch Suizid oder Selbstschädigungen. Das sind mehr Todesfälle als durch Verkehrsunfälle (50 700) und Mord (5 350).[39] Auf der anderen Seite stehen die Suizidversuche. Hierüber sind die Kenntnisse weniger genau. Der Suizidversuch ist ein relativ häufiges Phänomen. Man muss davon ausgehen, dass während ihres Lebens etwa 10 Prozent aller Menschen in der Schweiz einen oder mehrere Suizidversuche begehen.

a) Suizide

In der Schweiz betrug im Jahr 2000 die Suizidrate 19,1 pro 100 000 Einwohner; d.h. es begingen 1’378 Menschen Suizid (Männer: 979; Frauen: 399) Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik zeigt, dass im Jahr 2000 mehr Menschen durch Suizid ums Leben kamen als durch Aids, Drogen und Verkehrsunfälle zusammen (siehe Tabelle). Bei den 15- bis 44-jährigen Männern ist Suizid heute die häufigste Todesursache. Unter den frühzeitigen Todesfällen wird der Suizid nur bei den über 43-jährigen Frauen durch Krebserkrankungen übertroffen.

[35] A. Schmidtke, S. Schaller: The Role of Mass Media in Suicide Prevention. in: K. Hawton, K. van Heeringen, eds.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester 2000, pp. 675–697).
[36] Schmidtke / Schaller, a.a.O.
[37] Als Basis für das Kapitel Epidemiologie des Suizids diente der Bericht des Budesamtes für Gesundheit “Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)”, Bern 2005
[38] Budesamt für Statistik BFS, Todesursachenstatistik
[39] WHO, Europäische Datenbank Gesundheit für alle (GFA), Juni 2004 http://www.euro.who.int/hfadb

Tabelle: Todesursachen im Jahr 2000[40]

(Quelle: Todesursachenstatistik BFS)

Todesursache	Total		Männer		Frauen	
	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle
Suizid	1'378	2.2%	979	3.2%	399	1.2%
Aids	127	0.2%	83	0.3%	44	0.1%
Drogenkonsum	222	0.3%	177	0.6%	45	0.1%
Verkehrsunfall	578	0.9%	419	1.4%	159	0.5%
Alkoholbedingte Todesfälle *	ca. 2'200	ca.3.5%	ca. 1'300	ca.4.3%	ca. 900	ca.2.8%
Todesfälle infolge Tabakkonsum *	ca. 8'800	ca. 14.7%	ca. 6'500	ca. 21.4%	ca. 2'300	ca.7.2%
Total	62'545	100%	30'411	100%	32'134	100%

*Schätzungen der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme aus den Jahren 2001 (Alkohol) und 1999 (Tabak)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass im Jahr 2000 weltweit rund 815 000 Menschen durch Suizid starben. Anders ausgedrückt: pro 100 000 Menschen waren es 14,5 Suizide. Das bedeutet, dass alle 40 Sekunden irgendwo auf der Welt ein Suizid begangen wird.[41] Die entsprechende Suizidrate in der Schweiz liegt mit 19,1 deutlich höher und sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Sie ist zwar niedriger als in Russland, Ungarn, Slowenien, Finnland, Kroatien, Österreich und Belgien, aber höher als in Frankreich, Dänemark und Deutschland und deutlich höher als in den USA, Spanien, Italien, Portugal und Griechenland.[42]

Kantonale Differenzen: In den letzten 30 Jahren haben sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen bezüglich der Suizidrate deutlich verringert. In den Jahren 1990–1999 lagen die jährlichen Suizidraten zwischen ca. 25/100 000 (Appenzell, Basel, Bern) und 15/100 000 (Tessin und Zentralschweiz). Die Reihenfolge spiegelt auch den Anteil der städtischen Bevölkerung wieder: Die Suizidrate ist umso höher, je urbaner der Kanton ist. Einzige Ausnahme: die bislang nicht erklärbare Spitzenposition der ländlichen Kantone Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden.

Soziodemographische Merkmale

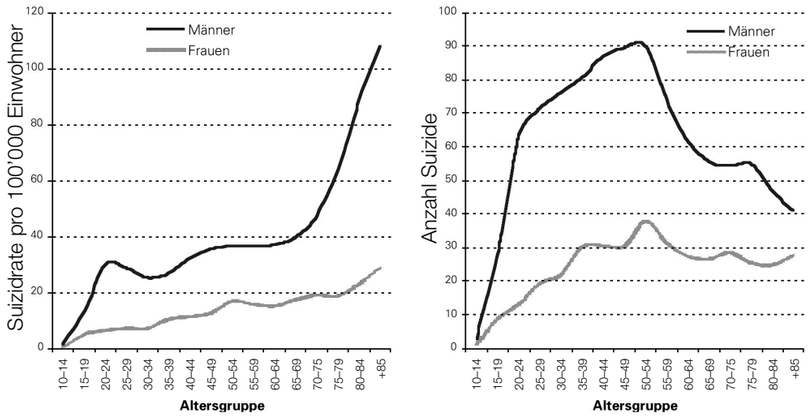
Geschlecht: Bei Männern sind Suizide rund 3-mal häufiger als bei Frauen. Die durchschnittliche Suizidrate zwischen 1995 und 2000 betrug bei den Männern 26.7/100 000 und bei den Frauen 9.3/100 000. Grosse Geschlechterunterschiede sind auch bei den Suizidmethoden zu verzeichnen (siehe unten).

Alter: Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen den Suizidraten von Männern und Frauen bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, wie auch bei den über 75-jährigen Menschen. In diesen Altersgruppen begehen Männer 3,5 bis 4mal häufiger Suizid als Frauen. Die altersspezifischen Suizidraten von Männern und Frauen zeigen aber unterschiedliche Verläufe (vgl. Abbildung unten). Suizide bei älteren Menschen haben stark zugenommen. Angesichts der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen «Alterung» der Gesellschaft wird erwartet, dass die Suizide in den älteren Bevölkerungskreisen zunehmen.

[40] Bundesamt für Gesundheit BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), S. 8, Bern 2005
[41] WHO, Krug EG et al. (Hg.): World report on violence and health, World Health Organization, Genf, 2002.
[42] WHO, 2002, a.a.O.

Abbildungen: Suizidraten und absolute Häufigkeit nach Alter und Geschlecht[43]

(Durchschnittwerte 1996-2000; Quelle: Todesursachenstatistik BFS)



Weitere Einflussfaktoren auf das Suizidrisiko: Der Zivilstand hat, besonders bei Männern, einen starken Einfluss auf das Suizidrisiko. Im Vergleich zu Verheirateten weisen verwitwete, geschiedene und allein lebende Personen ein 1,5- bis 2-mal höheres Suizidrisiko auf. Bildung, Einkommen und Beruf haben einen kleineren Einfluss auf das Suizidrisiko. So zeigt der Schweizer Gesundheitsbericht 1993 für Personen in handwerklichen Berufen und solche ohne Berufsausbildung ein leicht erhöhtes Suizidrisiko.[44]

Suizidmethoden

Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik untersucht auch die Suizidmethoden über die Jahre 1969 – 2000. Daraus geht hervor, dass Männer am häufigsten «harte» Suizidmethoden anwenden (Schusswaffen: 32,2%, Erhängen: 28,1%). Bei den von Frauen angewendeten Suizidmethoden hingegen steht das Vergiften an oberster Stelle (24,5%), gefolgt von Erhängen (19,2%), Ertrinken (17,7%) und Herunterstürzen (16,9%).

b) Suizidversuche

Suizidversuche statistisch zu erfassen, ist schwieriger als vollzogene Suizide zu bestimmen. Aus den Untersuchungen über medizinisch behandelte Suizidversuche lassen sich aber recht zuverlässige Erkenntnisse ableiten. Die WHO/EURO-Multizenterstudie zur Erfassung suizidalen Verhaltens[45] versucht mit Hilfe einer einheitlichen Definition[46] alle Suizidversuche einer ausgewählten Region in verschiedenen europäischen Ländern zu erfassen. In der Schweiz wurden für die Jahre 1989 bis 1995 Daten in der Agglomeration Bern und seit 2003 Daten im Kanton Basel-Stadt erhoben. Aufgrund der Hochrechnung dieser Suizidversuchsdaten muss davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz pro Jahr mehr als 10 000 Suizidversuche medizinisch behandelt werden (ca. 4 000 Männer und 6 000 Frauen). Wegen Mehrfachversuchen heisst dies, dass rund

[43] BAG a.a.O.

[44] T. Spuhler / K. Michel: Suizid, in: W. Weiss (Hg.): Gesundheit in der Schweiz, Zürich, 1993.

[45] WHO, U. Bille-Brahe (Hg.): WHO / Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and Figures. World Health Organization Regional Office for Europe, Kopenhagen, 1999.

[46] "Eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder bei der es absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, die aktuellen oder erwarteten Folgen Veränderungen zu bewirken" (WHO, 1986).

9000 Personen pro Jahr wegen eines Suizidversuchs medizinische Behandlung in Anspruch nehmen. Oder anders ausgedrückt: Während ihres Lebens unternehmen knapp 10% aller Einwohner der Schweiz einmal einen Suizidversuch.

Es ist anzunehmen, dass die Gesamtzahl aller Suizidversuche deutlich über den oben angegebenen 10 000 medizinisch behandelten Suizidversuchen liegt. Die Dunkelziffern sind sehr schwer zu quantifizieren. Entsprechend schwanken auch die verschiedenen Schätzungen stark. Konservative Schätzungen gehen von jährlich 20 000 bis 25 000 Suizidversuchen in der Schweiz aus. Dabei nicht mitgerechnet sind habituelles selbstverletzendes oder selbstschädigendes Verhalten wie exzessives Trinken, Rauchen, massives Übergewicht oder gefährliches Autofahren.

Soziodemografische Merkmale

Im Gegensatz zu den Suiziden sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern. So lag die durchschnittliche Suizidversuchsrate in den Jahren 1989 bis 1995 in der Agglomeration Bern bei 100/100 000 Männern resp. 160/100 000 Frauen. Die Geschlechterdifferenz ist vor allem bei den Jugendlichen stark ausgeprägt. Bei den Schweizer Männern ist die Suizidversuchsrate 4mal höher als die Rate der vollendeten Suizide, bei den Frauen gar 16mal höher.

Wie das Suizidrisiko wird auch das Suizidversuchsrisiko durch den Zivilstand beeinflusst: Alleinlebende und Alleinerziehende haben ein doppelt hohes Suizidversuchsrisiko im Vergleich zu Personen, die in einer Zweieltern-Kind-Familie leben. Gegenüber dem Durchschnitt erhöht ist die Suizidversuchsrate in der Gruppe der Personen mit Grundschulabschluss, bei den Erwerbslosen sowie bei der ausländischen Wohnbevölkerung. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Religionsgruppen sind gering.

Methoden des Suizidversuchs

Im Unterschied zu den Suiziden werden bei gut zwei Dritteln aller Suizidversuche Medikamente und Drogen verwendet. Hierbei machen Psychopharmaka mehr als drei Viertel aller verwendeten Substanzen aus.[47] Männer setzen bei Suizidversuchen mehr als Frauen so genannt «harte Methoden» ein (Schneiden, Erhängen oder Sprung aus grosser Höhe). In einem Viertel der Fälle wird mehr als eine Suizidmethode angewendet.

c) Faktoren, die die Suizidalität beeinflussen: psychologische und psychiatrische Aspekte

Die Suizidforschung hat im 20. Jahrhundert breit abgestützte Ergebnisse zu Voraussetzung, Entwicklung und Auslösung von Suizidalität geliefert. Dazu gehören epidemiologische Befunde, neurobiochemische Ergebnisse sowie klinisch-phänomenologische und tiefenpsychologisch-psychodynamische Beschreibungen. Suizidalität lässt sich heute als komplexes und meist durch mehrere Umstände bedingtes Verhalten verstehen, das grundsätzlich allen Menschen möglich ist. Suizidalität ist keine Krankheit, steht aber erfahrungsgemäss meist mit einer psychischen Erkrankung oder einer krankheitsbedingten, belastenden Lebenssituation in Zusammenhang. Suizidales Verhalten kann Ausdruck eines Autonomiestrebens sein. Meist ist aber aus psychiatrischer Sicht die Freiheit der Entscheidung bei Suizidalität nur bedingt vorhanden. Häufig ist die prinzipiell vorhandene Möglichkeit zur Selbstbestimmung durch die herabgestimmte oder verzweifelte Befindlichkeit, durch unrealistische oder übertriebene Ängste, durch illusionäre

[47] K. Michel, C. Knecht, I. Kohler., M. Sturzenegger: Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133–1139.

oder gar wahnhafte Verkennungen eingeschränkt. Suizidalität ist häufig fluktuierend. Auch geht den Suizidhandlungen oft ein ambivalentes Abwägen voraus. Misslingen Suizidversuche, so werden sie nur in einer Minderheit der Fälle umgehend wiederholt. Meist vermischen sich Todeswünsche mit unerfüllten, aber aufrecht erhaltenen Erwartungen an das Leben.
Nach übereinstimmenden Ergebnissen der Suizidforschung ist Hoffnungslosigkeit ein Hauptmotiv zur Selbsttötung. Andere Motive können Verzweiflung, Einengung des Erlebens, Bedrohtheitsgefühle, Isolation, Scham oder narzisstische Wut sein. Ein Teil der Suizidhandlungen lässt sich als Versuch verstehen, ein bedrohtes Selbstwertgefühl durch eine autonome Tat zu retten oder einen beschämenden antizipierten Untergang durch entschlossenes Handeln zu vermeiden.

Psychische Krankheiten sind der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid. 90 Prozent aller Menschen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung.[48] In psychiatrischen Autopsiestudien konnte retrospektiv bei 40–50 % aller Suizide für den Zeitpunkt des Suizides eine ausgeprägte depressive Verstimmung bei den Verstorbenen nachgewiesen werden. Gleichzeitig wurde in etwa 40% aller Fälle eine Suchterkrankung diagnostiziert, wobei Alkoholabhängigkeit bei etwa einem Fünftel aller Suizide eine Rolle spielt. Bei 10% aller Suizide liegt eine Schizophrenie vor.[49]

Im Gegensatz zu den Suiziden, bei denen in bis zu 90% der Fälle psychische Störungen in der Vorgeschichte gefunden wurden, ist bei den *Suizidversuchen* der Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen weniger offensichtlich. Vor allem bei den einmaligen Suizidversuchen handelt es sich beim auslösenden Moment oft um eine (vorübergehende) Krisensituation und seltener um eine längerfristig therapiebedürftige psychische Störung.[50] Hingegen liegt bei 25% bis 50% aller Suizidversuche (insbesondere bei älteren Menschen) eine schwere körperliche Erkrankung vor, welche oft mit chronischen Schmerzen und physischer Behinderung verbunden ist.[51]

Menschen in einer suizidalen Krise benötigen zuerst und vor allem Verständnis und Einfühlung. Sie brauchen zuhörende Menschen, die verstehen, dass es keine fixen Erklärungen für Suizidhandlungen gibt. Sie sind auf einen persönlichen Zugang angewiesen, ohne dass dieser erzwungen werden kann. Vielen kann zusätzlich durch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der zu Grunde liegenden psychischen Erkrankung geholfen werden. Eine gezielte Prophylaxe – etwa durch das Unterrichten von Hausärzten im Erkennen und Behandeln von Depressionen hat einen deutlichen Rückgang der Suizidrate in der Bevölkerung zur Folge.[52]

II.5 Suizidprävention

Suizid kann als zumindest teilweise vermeidbare Todesursache gelten. Die Schweiz mit ihrer hohen Suizidrate hat einen grossen Präventionsbedarf. Dabei stellen die Schwierigkeiten des Erkennens suizidgefährdeter Personen eine besondere Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Suizide und Suizidversuche sind somit nicht nur ein individuelles Problem, sondern auch ein Thema der öffentlichen Gesundheit und damit eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, der mit entsprechenden Massnahmen zu begegnen ist.

In der Schweiz gelangte 2001/2002 in 0.4% aller Todesfälle Beihilfe zum Suizid zur Anwendung. Gesamtschweizerisch lag die Häufigkeit der Beihilfe zum Suizid zu Beginn der 90er Jahre bei ca. 20 Fällen pro Jahr und hat sich seit dem Jahr 1996 bei ca. 100 Fällen pro Jahr eingependelt: 2002 wurde nach Angaben der Sterbehilfeorganisationen in insgesamt 137 Fällen Beihilfe zu Suizid geleistet (Exit-deutsche Schweiz: 100 Fälle, Dignitas 17 Fälle, Exit-französische Schweiz 20 Fälle). Dies entspricht ungefähr 10% aller Suizide oder 0.2% aller Todesfälle. Zusätzlich leistete Dignitas 2002 bei 59 und 2003 bei 91 Personen, die aus dem Ausland anreisten, Beihilfe zum Suizid.[53]

Beihilfe zum Suizid ist also nur dann als Akt der Sterbehilfe zu bezeichnen, wenn sie von terminal kranken und sterbenden Menschen in Anspruch genommen wird. In der Schweiz wird von den Sterbehilfeorganisationen Beihilfe zum Suizid aber auch bei Menschen durchgeführt, die weder im Sterben liegen, noch an einer tödlichen Krankheit leiden. Eine Analyse der Exit-Fälle der Region Basel aus den Jahren 1992 bis 1997 zeigt, dass bei 11 der 43 untersuchten Fälle weder eine schwere Behinderung noch eine terminale Erkrankung vorlag[54].

Unter Suizidprävention wird die Verhinderung suizidaler Handlungen und Selbsttötungen verstanden. Sie umfasst in zeitlicher Hinsicht folgende Ebenen:

1. Die *primäre Suizidprävention* versucht die Risiken für Suizidhandlungen durch sozial-präventive Massnahmen generell einzudämmen. Primäre Suizidprävention geschieht z.B., wenn mittels Aufklärung oder anderer Massnahmen angestrebt wird, das Auftreten ernsthafter psychischer Erkrankung (wie Depressionen, Alkoholmissbrauch) in einer Gesellschaft zu vermindern.
2. Die *sekundäre Suizidprävention* versucht bei bereits eingetretenen Belastungssituationen oder bei schon aufgetretenen psychischen Erkrankungen das dadurch erhöhte Risiko von Suizidhandlungen durch geeignete Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen zu verringern.
3. Die *tertiäre Suizidprävention* sucht die Prognose von Menschen, die bereits einmal Suizidhandlungen begangen haben, durch geeignete Vorsichts-, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen zu verbessern.

Die primäre Prävention wird in der Schweiz vor allem in Familien, Schulen, Kirchen und anderen sozialen Einrichtungen geleistet. Die Aufklärung über die Suizidproblematik hat in den letzten Jahren sowohl im Schulunterricht als auch in höheren Ausbildungsinstitutionen Fortschritte gemacht. Der Erfolg der primären Prävention ist auch von den sozialen Lebensbedingungen abhängig.

[53] vgl. dazu:
K. Faisst , S. Fischer, U. Zellweger, G. Bosshard, W. Bär, F. Gutzwiller: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84:1676–1678.
Bosshard/Ulrich/Bär: 748 cases of suicide (s. Anm. 3), S. 310–317.

[54] A. Frei,T. A. Schenker, A. Finzen, K. Krauchi, V. Dittmann, U. Hoffmann-Richter: Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Medical Weekly 2001; 131: 375–380.

Die Erschwerung des Zugangs zu Suizidmitteln (wie Hausgasentgiftung, erschwerter Zugang zu Faustwaffen, regulierte Abgabe und Einsatz von weniger toxischen Medikamenten etc.) stellt eine gesellschaftliche Massnahme dar, die sowohl primär wie sekundär präventiv wirkt. Auch die Telefonseelsorge ist im Bereich zwischen Primär- und Sekundärprävention anzusiedeln. Sie sucht suizidale Krisen durch Gesprächsangebote zu vermeiden, bietet aber auch Betroffenen Gespräche an, wenn bereits derartige Krisen aufgetreten sind.

Die am meisten verbreitete und am besten untersuchte Massnahme der Sekundärprophylaxe ist die pharmako- und/oder psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen, die mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Mit einer geeigneten Medikation kann in Krisensituationen der Handlungsdruck gedämpft und eine gewisse Entspannung erreicht werden. Mit gezielter Pharmakotherapie können depressive Episoden, Angsterkrankungen oder psychotische Störungen behandelt und die mit ihnen einher gehende Suizidalität vermindert werden. Neben solchen medikamentösen Hilfestellungen sind aber vor allem das dialogische Eingehen auf suizidale Patienten und eine tragende Beziehung zu ihnen wichtig und präventiv hilfreich.

Betreuungs- und Rehabilitationsangebote, die sich in spezifischer Weise so genannter Hochrisikogruppen wie älteren und sozial isolierten Menschen, Drogenabhängigen oder stationär behandelten psychisch Kranken annehmen, haben auch eine tertiärprophylaktische Wirkung. Bei der tertiären Prävention geht es hauptsächlich um Reintegrationshilfen für Betroffene nach Suizidversuchen. Hierzu gehören auch längerfristige Psycho- und Pharmakotherapien.

Die Wirkung der einzelnen spezifischen Prophylaxemassnahmen ist bisher noch wenig dokumentiert. Sicher ist, dass Menschen, die nach einem ernsten Suizidversuch geeignete Hilfe bekommen, sich später mehrheitlich nicht suizidieren. Eine moderne Suizidprävention hat sowohl gesellschaftliche wie medizinisch-psychiatrische und weltanschauliche Faktoren zu berücksichtigen.

Die Entwicklung der internationalen Suizidraten in verschiedenen europäischen Ländern (s. Bopp und Gutzwiller 2003) belegt, dass die Suizidhäufigkeit nicht unveränderlich ist. Auch dank Präventionsanstrengungen haben Länder mit traditionell hohen Suizidraten wie Deutschland und Dänemark eine deutliche Abnahme der Suizidrate zwischen 1955 und 1999 erreicht. Für die Zukunft sind folgende drei Defizite anzugehen: die Erkennung von Suizidalität, die professionelle Betreuung von suizidalen Personen und die Präventionsforschung.

Aus dieser Feststellung ist nicht die absolute Pflicht zur Verhinderung jedes möglichen Suizides abzuleiten, aber wenigstens die Pflicht, diejenigen zu verhindern, die eindeutig mit einer psychischen Erkrankung wie z.B. einer tiefen Depression zusammenhängen. Präventionspflicht meint auch nicht, dass jedes mögliche Mittel zur Verhinderung eines Suizides angewendet werden muss. In der aktuellen Diskussion zeichnet sich ein gewisser Konsens ab: In jedem Fall ist der Grundsatz der *Verhältnismässigkeit* zu berücksichtigen. Zwangsmassnahmen wie der fürsorgerische Freiheitsentzug sind nur bei psychisch erkrankten Personen mit beeinträchtigter Urteilsfähigkeit zu vertreten. .

Es geht also um eine angemessene Suizidprävention. Dabei gilt es, die Autonomie urteilsfähiger Personen nicht zu verletzen und Personen nicht zum Weiterleben um jeden Preis zu zwingen. Diese angemessene Prävention ist auf Langfristigkeit angelegt und muss in der Kindheit oder in der Adoleszenz einsetzen und nicht erst in der Folge erster suizidaler Krisen im Erwachsenenalter.

Der Suizid entzieht sich jeder durchgängigen Theoretisierung. Dieser Schluss erweist sich angesichts der Vielfalt der Interpretationsmuster der Suizidproblematik wie der Pluralität der ethischen Diskurse als notwendig. Es gibt hier eine schwer fassbare tragische Seite; diese manifestiert sich auch in der Bruchstückhaftigkeit, mit der das Recht auf die Problematik reagiert und sie, wenn nicht zu regeln, so doch wenigstens in eine Form zu bringen versucht.

II.6 Entstehung, Auslegung und Kontext der Strafnorm in Art. 115 StGB

a) Entstehungsgeschichte

Im 18. Jahrhundert manifestierte sich im kontinental-europäischen Rechtsraum ein Umdenken in Bezug auf die strafrechtliche Beurteilung der Suizidproblematik. Das mittelalterliche (kirchlich und ständisch geprägte) Dogma vom Selbstmord als Verbrechen wurde, wie bereits angedeutet, im Zeitalter der Aufklärung allmählich aufgegeben. Mit der Entstehung des modernen Strafrechtes setzte in der Tat ein Prozess der rechtlichen Entpönalisierung der Selbsttötung ein, der sich in einer Vielzahl von Gesetzen niederschlug.[55] Die Suizidbeurteilung in der Schweiz folgte diesem Wandel des Rechtes. So schrieb Carl Stooss – «Vater» des Schweizerischen Strafgesetzbuches[56] – in seiner strafrechtlichen Darstellung aus dem Jahr 1893: «Eine Bestrafung des Selbstmörders, dessen Versuch misslungen ist, sehen die schweizerischen Gesetze mit Recht nicht vor; in den meisten Fällen liegt der That Geistesstörung zu Grunde, in allen ein Zustand, der Mitleid und nicht Strafe herausfordert.»[57] Das Prinzip der Straflosigkeit des Suizides oder Suizidversuches war in diesem Sinne unbestritten.[58] Anders beurteilt wurde die Teilnahme an der Selbsttötung. Ende des 19. Jahrhunderts dominierte – in der Schweiz wie in zahlreichen anderen Staaten – die Auffassung, dass die Beteiligung anderer an einer Selbsttötung zu bestrafen sei. Dem Zeitgeist entsprechend notierte Viktor Wellauer in seiner 1896 erschienen Monografie: «Anstiftung und Beihülfe zum Selbstmord ist jedoch eine solche unsittliche Tat und es enthalten die Handlungen der Teilnehmenden eine solche Verletzung der Rechtsordnung, dass sich eine besondere Strafandrohung auf dieselbe empfiehlt.»[59] Ähnlich argumentierte auch Carl Stooss in seiner Stellungnahme von 1894: «Wer aber den Unglücklichen [Selbstmörder] zu der That bestimmt oder ihm dabei Hülfe geleistet hat, ist strafwürdig; denn die Gründe, welche eine Bestrafung des Selbstmörders ausschliessen, bestehen für den Teilnehmer nicht.»[60] Diese Grundgedanken bildeten die argumentative Ausgangsbasis für die Schaffung eines Sondertatbestandes der Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung. Bereits vor Inkraftsetzung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (1. Januar 1941) bestanden auf kantonaler Ebene[61] Strafgesetze, die eine Bestrafung der Suizidteilnahme vorsahen. An diesen «Vorbildern» orientierte sich auch der Stooss'sche Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch von 1893; zur Suizidproblematik äus-

[55] Für die rechtshistorischen Hintergründe siehe K. Schüttauf: Suizid im Recht, in: G. Brudermüller/W. Marx/K. Schüttauf (Hg.): Suizid und Sterbehilfe. Würzburg 2003, S. 82–91. Vgl. auch A. Bondolfi: Ethische Wertungen des Suizids im Laufe der Geschichte: Übertretungen des Tötungsverbots, Pathologie ...?, in: H.-B. Peter/P. Mösli (Hg.): Suizid...?: aus dem Schatten eines Tabus. Zürich 2003, S. 37–48.

[56] Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR 311.0.

[57] C. Stooss: Die Grundzüge des Schweizerischen Strafrechts. Basel/Genf 1893, S. 15.

[58] Siehe z. B. folgende Äusserung eines renommierten Zürcher Strafrechtsprofessors: «Das Strafrecht bekümmert sich nicht um den Selbstmord [...]»; E. Hafter: Schweizerisches Strafrecht. Besonderer Teil. Erste Hälfte: Delikte gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit, gegen das Geschlechtsleben, gegen die Ehre, gegen das Vermögen. Berlin 1937, S. 26. Eindeutig auch der Kommentar von P. Logoz: «Car celui qui se suicide n'attente qu'à sa propre vie. Son acte relève de la religion, non du droit pénal»; Commentaire du Code pénal suisse. Partie spéciale. Bd. 1. Neuenburg/Paris 1955

[59] V. Wellauer: Der Selbstmord: insbesondere Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord (Diss. jur. Fak.). Bern 1896, S. 94 (Hervorhebung im O.).

[60] C. Stooss: Schweizerisches Strafgesetzbuch: Vorentwurf mit Motiven. Basel 1894, S. 26.

[61] Formen der Strafbarkeit im Zusammenhang mit der Suizidteilnahme waren in den Kantonen Schaffhausen, Tessin, Bern, Freiburg und Neuenburg vorgesehen.

serte sich dieser wie folgt: «Wer jemanden vorsätzlich zum Selbstmord bestimmt oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Gefängnis von drei Monaten bis zu einem Jahr bestraft.»[62] Das Prinzip der Strafbarkeit der Teilnahme am Suizid wurde von den mit der Ausarbeitung eines Vorentwurfs betrauten Expertenkommissionen bestätigt. Man war sich grundsätzlich darüber einig, dass das rechtliche Dilemma zwischen Straflosigkeit des Suizides und Strafwürdigkeit der Teilnahme durch die Schaffung eines Sondertatbestandes aufzulösen sei – mit den Worten des Genfer Professors Alfred Gautier: «Car s'il n'en était pas fait mention expresse, ces actes échapperaient à toute peine, le suicide n'étant pas un délit, de sorte que l'assistance et l'incitation au suicide ne sauraient être, à défaut d'une disposition expresse, envisagées comme des actes de complicité dans un délit.»[63]

Grundsatzdiskussionen löste allerdings die Frage nach den Voraussetzungen der Strafbarkeit aus. So war man sich nicht darüber einig, ob der Tatbestand der Teilnahme am Selbstmord ein Handeln «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfordere. Gegen eine solche Einschränkung sprach sich namentlich der Berner Professor Philipp Thormann aus.[64] Schliesslich setzte sich aber in der Expertenkommission die Auffassung durch, diese Einschränkung des Tatbestandes sei notwendig, um eine «Überdehnung» der Strafbarkeit zu verhindern: «Si elle [la restriction] est biffée, l'article pourra devenir une application plus fréquente, mais alors il frappera surtout des personnes qui ont agi par des mobiles loyaux et honorables, les hommes, par exemple qui auront par amitié facilité le suicide d'un camarade perdu d'honneur.»[65]

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch die Position des prominenten Strafrechtlers Ernst Hafter. Dieser plädierte für eine grundsätzliche Strafwürdigkeit der Suizidteilnahme: Wer an der Selbsttötung eines anderen mitwirke, setze «Bedingungen für die Vernichtung eines fremden Menschenlebens», weshalb ein Strafbedürfnis grundsätzlich bestehe.[66] Dabei sollte nach Hafters Ansicht allerdings nur das Handeln aus «selbstsüchtigen Beweggründen» strafbar, die uneigennützige Beihilfe zum Suizid hingegen straflos sein: «Es widerstrebt einem feineren menschlichen Empfinden, den Freund zu strafen, der dem von der Welt durch ein Verbrechen ehrlos gewordenen, in seiner Existenz vernichteten Freund das Mittel zum Selbstmord verschafft, gleichgültig ob im einzelnen Fall Anstiftung oder Beihilfe vorliegt. Es widerstrebt der Gerechtigkeit, den Gehilfen zu strafen, der einen unrettbar Kranken, zum Tod Entschlossenen in seinem Entschluss, sich selbst den Tod zu geben, bestärkt und ihm die Mittel dazu in die Hand gibt.»[67]

Ausgehend von dieser Argumentation formulierte der Bundesrat seinen Regierungsentwurf von 1918. Art. 102 des Entwurfes lautete: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hülfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.» Der Bundesrat kommentierte diese Bestimmung mit den Worten: «[...] die Überredung zum Selbstmord und die Beihilfe bei einem solchen kann eine Freundestat sein, weshalb hier nur die eigennützige Verleitung und Beihilfe mit Strafe bedroht wird, so z. B. die Überredung einer Person zum Selbstmord, die der Täter zu unterstützen hat oder die er zu beerben hofft [...].»[68]

[62] Art. 52.

[63] «Denn würden sie nicht eigens erwähnt, würden diese Handlungen sich jeder Strafe entziehen; da der Suizid kein Delikt ist, könnten die Beihilfe und die Verleitung zum Suizid bei fehlender ausdrücklicher Bestimmung nicht als Gehilfenschaft bei einem Delikt gelten»; Schweizerisches Strafgesetzbuch. Protokoll der zweiten Expertenkommission, Bd. 2. September–Oktober 1912. Lugano 1912, S. 170. Zu den historischen Hintergründen vgl. auch A. Pedrazzini: L'omicidio del consenziente ed il suicidio nel diritto contemporaneo: con particolare riguardo al Codice penale svizzero (Diss. Bern). Locarno 1949.

[64] Dies u. a. mit der Begründung, «dass es in vielen Fällen ausserordentlich schwierig sein dürfte, die Motive des Anstifters zum Selbstmord festzustellen»; Protokoll der zweiten Expertenkommission (s. Anm. 60), S. 171.

[65] «Wird sie [die Einschränkung] gestrichen, wird der Artikel häufiger zur Anwendung kommen, aber dann wird er vor allem Personen treffen, die aus loyalen und ehrenwerten Gründen handelten, Männer beispielsweise, die aus Freundschaft den Suizid eines ehrlos gewordenen Kameraden erleichtert hätten»; so der Neuenburger Staatsrat Albert Calame; vgl. Protokoll der zweiten Expertenkommission (s. Anm. 60), S. 172.

[66] Hafter: Schweizerisches Strafrecht, S. 26.

[67] Ders.: Zum Tatbestand: Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord, in: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 8 (1912), S. 398–399.

[68] Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Schweizerischen Strafgesetzbuches, vom 23. Juli 1918, BBl 1918 IV, S. 32.

Der vom Bundesrat vorgelegte Entwurf eines Sondertatbestandes der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord fand schliesslich als Art. 115 StGB Aufnahme im Schweizerischen Strafgesetzbuch. In den parlamentarischen Debatten löste dieser Tatbestand keine intensiven Diskussionen aus, während andere Themen (so z. B. die Abtreibung) sehr kontrovers debattiert wurden.[69]

b) Konzept und Interpretation

Art. 115 StGB präsentiert sich als Mittelweg zwischen zwei «Extremen» –absolute Straflosigkeit und undifferenzierte Strafbarkeit. Hierbei handelt es sich um eine Kompromisslösung: Die Strafwürdigkeit der Beihilfe zum Suizid wird grundsätzlich anerkannt, zugleich aber die Strafbarkeit auf Handlungen aus selbstsüchtigen Beweggründen begrenzt, was einer Einschränkung der allgemeinen Teilnahmeregeln (Art. 26 StGB) gleichkommt.

Im Einzelnen lassen sich (wie in Kap. I.1 erwähnt) folgende Tatbestandsmerkmale unterscheiden:[70]

Objektiver Tatbestand: Erstes und wichtigstes Tatbestandsmerkmal ist die wirkliche Selbsttötung und damit der Freitod. Das Opfer verursacht alleine und vorsätzlich den eigenen Tod (Tatherrschaft). Hat hingegen ein anderer das Tötungsgeschehen in der Hand (z. B. wenn jemand durch schwere Misshandlung zum Suizid getrieben wird oder wenn ein Dritter dem Sterbewilligen das tödliche Gift injiziert), so handelt es sich nicht um Selbsttötung, sondern um vorsätzliches Töten eines Menschen (strafbar nach Art. 111–114 StGB). Die Tathandlungen der «Verleitung» (= Anstiftung nach Art. 24 StGB) oder «Beihilfe» (= Gehilfenschaft nach Art. 25 StGB) sind nur dann strafbar, wenn der Suizid ausgeführt oder mindestens versucht worden ist.

Subjektiver Tatbestand: Der subjektive Tatbestand erfordert den Vorsatz, den Entschluss zum Selbstmord hervorzurufen oder dessen Ausführung zu unterstützen. Die fahrlässige Mitwirkung ist hingegen nach herrschender Lehre nicht strafbar.[71] Überdies muss der Mitwirkende aus «selbstsüchtigen Beweggründen» gehandelt haben.

Komplexe Auslegungsfragen stellen sich insbesondere im Zusammenhang mit folgenden Problemaspekten:

Urteilsfähigkeit: Voraussetzung für die Anwendung von Art. 115 StGB ist, dass der Suizidwillige in der Lage ist, die Bedeutsamkeit seines Vorhabens zu erkennen und sich entsprechend dieser Erkenntnis zu verhalten.[72] Ist dies nicht der Fall, können die Beteiligten gegebenenfalls wegen eines Tötungsdeliktes nach Art. 111 ff. StGB bestraft werden. Fraglich erscheint die Möglichkeit einer freien und überlegten Selbsttötung z. B. bei erkennbaren psychischen Krisen und Krankheiten. Allerdings kann Art. 115 StGB trotz des Vorliegens einer Geisteskrankheit Anwendung finden, wenn der Suizidwillige in einem lichten Augenblick *(lucidum intervallum)* zurechnungsfähig ist.[73] Bei Kindern wird grundsätzlich nicht von einer freien Willensbildung ausgegangen; diese Lösung sollte auch bei Jugendlichen Anwendung finden.[74] Im Einzelfall sind die konkreten Umstände des Suizides oder

[69] Vgl. Stenographisches Bulletin. Nationalrat 39, 1929, S. 1–22; Stenographisches Bulletin. Ständerat 41, 1931, S. 481–484.

[70] Vgl. insbesondere M. Schubarth: Kommentar zum schweizerischen Strafrecht: Schweizerisches Strafgesetzbuch. Besonderer Teil, 1. Bd. Bern 1982, N 12–41 zu Art. 115; J. Rehberg/N. Schmid/A. Donatsch: Strafrecht III. Zürich 82003, S. 14–16; M. Steinmann: Art. 115 StGB als schweizerische Besonderheit, in: J.-B. Ackermann (Hg.): Strafrecht als Herausforderung: zur Emeritierung von Professor Niklaus Schmid. Zürich 1999, S. 339–343; G. Stratenwerth/G. Jenny: Schweizerisches Strafrecht. Besonderer Teil I. Bern 62003, S. 38–42.

[71] Vgl. Stratenwerth/Jenny: Schweizerisches Strafrecht (s. Anm. 67), S. 41.

[72] Zu diesem Problemkomplex vgl. F. Riklin: Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe: zum Stand der Reformdiskussion in der Schweiz, in: A. Holderegger (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben, S. 322–344, bes. 333–334.

[73] Stratenwerth/Jenny: Schweizerisches Strafrecht, S. 40.

[74] So Schubarth: Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, S. 112.

Suizidversuches abzuklären. Dabei ist die Suizidhandlung alleine kein ausreichender Grund, um die Urteilsfähigkeit auszuschliessen.[75]
Nichthinderung eines Suizides: Hier stellt sich die Frage nach der Strafbarkeit des Garanten (z. B. des Ehegatten oder Arztes), der es unterlässt, das Leben des Suizidwilligen zu retten. Zur Debatte steht, ob eine Rettungspflicht zumindest ab jenem Zeitpunkt besteht, da der Suizident die Herrschaft über seine Handlungen verliert (z. B. bei Bewusstlosigkeit). Vorherrschend dürfte in diesem Punkt die Auffassung sein, dass die Strafbarkeit nur bei Vorliegen selbstsüchtiger Beweggründe (Art. 115 StGB) gegeben ist. Einleuchtend ist die Begründung von Stratenwerth/Jenny: «Sonst dürfte der Ehemann seiner schwer leidenden Frau zwar die Mittel zum Suizid verschaffen, wenn er nicht selbstsüchtig handelt, so dass Art. 115 ausscheidet, müsste aber, wegen seiner Garantenpflicht aus ehelicher Lebensgemeinschaft, verhindern, dass sie davon Gebrauch macht!»[76]

Tatmotiv: Ein Handeln aus «selbstsüchtigen Beweggründen» liegt nicht nur dann vor, wenn der/die Mitwirkende einen materiellen Vorteil verfolgt. Vielmehr ist von einem weit gefassten Begriff auszugehen; im Gesetzestext wird dies dadurch unterstrichen, dass nicht der (an anderer Stelle erwähnte) Ausdruck «gewinnsüchtig» verwendet wird. In diesem Sinn fällt unter den Begriff «selbstsüchtige Beweggründe» auch die Befriedigung affektiver Bedürfnisse (z. B. Hass, Rachsucht, Bosheit). Es genügt, dass ein selbstsüchtiger Beweggrund vorliegt. Der französische Gesetzestext *(«Celui qui, poussé par un mobile égoïste [...]») ist in dieser Hinsicht präziser als die deutsche und die italienische Fassung («Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen [...]»; «Chiunque per motivi egoistici [...]»).*[77] Bei vollkommener Gleichgültigkeit liegt keine Strafbarkeit nach Art. 115 StGB vor. Überholt ist heute die Lehrmeinung, dass nur derjenige straflos bleibe, der «aus reiner Gesinnung, aus achtungswerten Beweggründen» gehandelt habe.[78]

c) Die Teilnahme am Suizid im medizinischen Kontext

Hinsichtlich der Entstehungsgeschichte von Art. 115 StGB, fällt auf, dass medizinische Aspekte des assistierten Sterbens kein Diskussionsthema waren. Die rechtliche Debatte um die Suizidproblematik konzentrierte sich weit gehend auf das komplexe Verhältnis von Straflosigkeit des Suizides und (begrenzter) Strafbarkeit der Suizidbeihilfe und verleitung. Wie sich aus der Lektüre der Gesetzesmaterialien (Protokolle der Expertenkommissionen, parlamentarische Beratungen, Botschaft des Bundesrates) ergibt, wurden spezifische Fragen im Zusammenhang mit dem medizinisch assistierten Suizid nicht thematisiert.[79]

Dieser Verzicht auf eine medizinische Problematisierung des Tatbestandes war keineswegs symptomatisch für die gesamte rechtliche Debatte. Medizinische Aspekte wurden beispielsweise im Zusammenhang mit dem Tatbestand der Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) thematisiert. So hat bereits Carl Stooss auf die medizinischen Hintergründe dieser Strafbestimmung hingewiesen. Als Beispiel für einen «achtenswerten Beweggrund» nannte er den Fall medizinischer Schmerzlinderung: «Ein Arzt giebt einem Todkranken auf seine Bitte eine starke Dosis Morphium, um ihn von den Schmerzen zu erlösen [...].»[80]

[75] Riklin: Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe, S. 334.
[76] Stratenwerth/Jenny: Schweizerisches Strafrecht, S. 40.
[77] Vgl. Steinmann: Art. 115 StGB als schweizerische Besonderheit (s. Anm. 67), S. 341 f.
[78] So noch Hafter: Schweizerisches Strafrecht, S. 27. Vgl. auch François Clerc: Cours élémentaires sur le code pénal suisse. Partie spéciale, Bd. 1, art. 11–186 CP. Lausanne 1943, S. 29.
[79] In diesem Sinn bestätigt sich hier die These von S. A. Hurst und A. Mauron: Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, in: BMJ 326 (Februar 2003), S. 271.
[80] Stooss: Schweizerisches Strafgesetzbuch, S. 26.

Die rechtliche Debatte um Art. 115 StGB bezieht sich weniger auf die medizinische Realität, reflektiert vielmehr eine für das 19. Jahrhundert typische Mentalität. Aufschlussreich ist in diesem Sinn der Rekurs auf romantisierende Bilder und Vorstellungen aus einer «anderen Epoche». So erwähnt der Bundesrat in seinem Regierungsentwurf von 1918 den «klassischen» Fall der unglücklich Liebenden, um die Suizidproblematik zu erläutern.[81] Der Rückgriff auf Eugenik und «Rassenhygiene», wie er sich im ausgehenden 19. Jahrhundert in verschiedenen Kreisen der Medizin und Psychiatrie etablierte, lässt sich im Zusammenhang mit der rechtliche Debatte um die Suizidteilnahme nicht bestätigen. Wie bereits erwähnt, orientierte sich hier die Diskussion nicht an biologisch-medizinischen Paradigmen; dies im Unterschied zu anderen Bereichen strafrechtlicher Regelung, die von pseudowissenschaftlichen Entgleisungen im Sinne der Eugenik und Rassenhygiene nicht verschont blieben.[82]

Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin ergeben sich neue Fragestellungen in Bezug auf Suizid und Sterbehilfe. Dabei setzen Zweck und Wertungen der gesetzlichen Regelung (ratio legis) die Rahmenbedingungen für die rechtliche Bewertung des medizinisch assistierten Suizides. Folgende Aspekte und Abgrenzungsprobleme stehen dabei im Zentrum der strafrechtlichen Diskussion:[83]

Aktive Sterbehilfe: Die zielgerichtete Tötung eines Patienten (direkte aktive Sterbehilfe) ist – selbst bei Einwilligung des Sterbenden – als Tötungsdelikt nach Art. 111 ff. StGB strafbar. Tötet der Arzt einen Menschen «auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen», fällt die Bestrafung weniger hart aus, sofern er aus «achtenswerten Beweggründen» handelt (Art. 114 StGB). Werden zur Linderung des Leidens eines Sterbenden Mittel eingesetzt, die als mögliche Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen (indirekte aktive Sterbehilfe), so bleibt der handelnde Arzt nach herrschender Auffassung straflos, sofern der Patient sein Einverständnis gegeben hat. In solchen Fällen liegt im Grunde eine eventualvorsätzliche Tötung vor, weshalb es für die Straflosigkeit eines Rechtfertigungsgrundes bedarf; dabei wird in der Rechtslehre unter anderem auf das erlaubte Risiko, die ärztliche Berufspflicht (Art. 32 StGB) oder auf den rechtfertigenden Notstand (bzw. die Pflichtkollision) verwiesen. Verschafft der Arzt dem eigenverantwortlich handelnden Suizidwilligen lediglich die Mittel zur Selbsttötung, so ist er nicht strafbar, es sei denn, er handle aus selbstsüchtigen Beweggründen (Art. 115 StGB).

Passive Sterbehilfe: In diesem Fall verzichtet der Arzt auf lebensverlängernde Massnahmen (z. B. Reanimation, Antibiotika, Zufuhr von Nährstoffen). Unter bestimmten Voraussetzungen wird die passive Sterbehilfe für zulässig erachtet – dies mit dem Argument, es könne dem Arzt nicht zugemutet werden, «verlöschendes Leben bis zu den äussersten Grenzen des technisch Möglichen zu verlängern, sofern dem überwiegende Interessen vor allem des Betroffenen selbst entgegenstehen»[84]. Entspricht der Abbruch der medizinischen Behandlung dem ausdrücklichen Willen des Patienten, ist die Strafbarkeit immer dann ausgeschlossen, wenn der Betroffene seinen Entscheid in eigenverantwortlicher Weise und frei von äusserem Druck getroffen hat. Ist der Patient nicht mehr fähig, seinen Willen zu äussern, etwa im Falle von

[81] Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuches vom 23. Juli 1918, BBl 1918 IV, S. 32.
[82] Erwähnt sei hier nur folgender Kommentar, der sich auf den Tatbestand der Abtreibung bezieht: «Straflosigkeit des künstlichen Aborts aus rassenhygienischer Indikation in besonderen Fällen, falls aus der Beschaffenheit der Erzeuger (Idioten, Träger erblicher Krankheiten), nach dem Befund einer amtlichen Kommission die Minderwertigkeit des Nachwuchses von vornherein mit grösster Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss [...]»; Gutachten des Gesundheitsamtes Baselstadt, zit. in: E. Zürcher: Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafgesetzbuches. Vierte Fortsetzung 1912–1923. Bern 1924, S. 66.
[83] Für eine vertiefte Diskussion vgl. etwa A. Donatsch: Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: M. Mettner (Hg.): Wie menschen würdig sterben?: Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung. Zürich 2000, S. 126–131; Riklin: Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe (s. Anm. 72), S. 322–335; K. Seelmann: Sterbehilfe: Die Rechtslage in der Schweiz, in: Brudermüller/Marx/Schüttauf (Hg.): Suizid und Sterbehilfe (s. Anm. 52), S. 135–146.
[84] Stratenwerth/Jenny: Schweizerisches Strafrecht (s. Anm. 67), S. 24.

Bewusstlosigkeit oder einer progressiven Gehirnkrankheit, sollten relevante Erklärungen (z. B. Patientenverfügungen), welche der (damals noch urteilsfähige) Patient zu einem früheren Zeitpunkt abgegeben hat, massgeblich sein. Fehlen solche Stellungnahmen, richtet sich die ärztliche Handlungs- bzw. Unterlassungspflicht nach dem mutmasslichen Willen des sterbenden Patienten; dabei empfiehlt es sich, die dem Kranken nahe stehenden Menschen und das Pflegepersonal zu konsultieren.

Suizidverhinderung: In der herrschenden Rechtslehre wird der Standpunkt vertreten, dass der Garant (der Arzt oder eine andere Pflegeperson) den freien Entschluss des suizidwilligen Patienten zu achten hat. Danach besteht eine Suizidverhinderungspflicht jedenfalls dann, wenn ein frei verantwortlicher Wille zumindest fraglich ist. Im Einzelfall sind die konkreten Umstände (persönliche Situation, Alter, Gesundheitszustand, gesellschaftliches Umfeld, Lebensperspektiven usw.) zu beachten.[85]

II.7 Die aktuelle Debatte (1970–2004) zu Art.115 StGB

Die Debatte um die Problematik des herbeigeführten Todes (Suizidbeihilfe oder assistierter Suizid) steht auch im Zusammenhang der Debatten um Patientenverfügungen und den Aufschwung der Intensivpflege, aber auch der Diskussion um den Begriff der Lebenserhaltung um jeden Preis *(acharnement thérapeutique).*[86]

Der Aufschwung der Intensivmedizin setzte in den 1960er Jahren ein: ein wichtiger Schritt in der Geschichte der Medizin, der eine Reihe ineinander verwobener Fragen aufwirft. Dank der Intensivstationen (auch Reanimationszentren genannt – die Etymologie verweist auf deren Ziel: dem Patienten «wieder eine Seele einhauchen» oder ihn «wiedererwecken») können die bisher zu einem baldigen Tod verurteilten Patienten im Laufe der Jahre immer länger überleben. Die Frage nach den Grenzen der medizinischen Behandlung gewinnt daher an Bedeutung. Ziel lebenserhaltender Massnahmen ist es, den Patienten in einer kritischen Lage zu stabilisieren, um die Weiterführung der Behandlung im Hinblick auf eine Heilung zu gestatten. Doch wo liegt hier die Grenze zur Lebenserhaltung um jeden Preis? Leider sind Patientinnen und Patienten vielfach gar nicht in der Lage, sich zu äussern, namentlich was die Fortsetzung oder den Abbruch einer zusehends vergeblicheren Therapie betrifft. Die Bedeutung der Patientenverfügung liegt darin, dass sie für den Patienten ein Mittel darstellt, um vorsorglich seine Wünsche zu formulieren für den Fall, dass er dazu später nicht mehr in der Lage sein sollte.

In den 1970er Jahren erwachte sowohl bei den Angehörigen von Heilberufen als auch in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für diese Problematik. In den meisten Kliniken der Schweiz wurden damals hoch spezialisierte Abteilungen für Intensivmedizin eingerichtet; dort werden Patienten in schweren Notsituationen aufgenommen, die indes nicht unbedingt kurz vor dem Tod stehen. Die undifferenzierte Einweisung von Patienten führte zu schwierig zu bewältigenden Situationen. Die Ärzteschaft sah sich gezwungen, Verhaltenskriterien festzulegen.

1976 erliess die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstmals Richtlinien zur Sterbehilfe, die dann 1981 überarbeitet wurden (zu jener Zeit hatte der Begriff der Sterbehilfe in der Schweiz keine negative Konnotation, bezog er sich doch auf eine Reihe von Massnahmen zur Erleichterung des Sterbens). In diesen Richtlinien wird das Thema Patientenverfügung erstmals ausdrücklich behandelt.

[85] Zum Konflikt zwischen strafrechtspolitischen Interessen des Staates und Autonomiegewährleistung vgl. A. Bondolfi: Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme, in: Ethik in der Medizin 12/4 (2000), S. 262–268. Vgl. ferner M. Bahro/J. Strnad: Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe: eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie, in: ebd., S. 257–261.

[86] Vgl. R. Baumann-Hölzle et al. (Hg.): Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin. Bern 2005.

In einer ersten Phase reagierte die Ärzteschaft negativ auf die Patientenverfügungen, und zwar nicht bloss aus moralischen Gründen. Die Ablehnung oder der Vorbehalt hatte damit zu tun, dass das Prinzip des Patientenwillens selbst, auf das sich die Richtlinien bezogen, in der klinischen Abwägung konkreter Situationen die Freiheit des Arztes einzuschränken schien. Schon bald fiel die Reaktion der Ärzteschaft nuancierter aus und sie begann, die in den Richtlinien enthaltene Sorgfaltspflicht zu befürworten. In ihrer Standesordnung anerkennt die Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) indirekt –indem auf die Richtlinien der SAMW verwiesen wird (Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, Punkt 3.4) – die Möglichkeit von Patientenverfügungen.[87]

Andere soziale oder kirchliche Organisationen, so beispielsweise Caritas Schweiz, verfassten Dokumentationen und Texte von ähnlicher Tragweite. Das Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK) erstellte 1992 eine Liste dieser Texte.[88]

Mit dem zeitlichen Abstand wird heute eingeräumt, dass die Reaktion der Ärzteschaft und der Organisationen für Sterbebegleitung mit einer im Auftrag der Sterbehilfeorganisation Exit verfassten juristischen Empfehlung zum Status der Patientenverfügung zu tun hatte. In dieser Empfehlung kam der Jurist Max Keller zum Schluss, dass solche Verfügungen für den behandelnden Arzt als direkt anwendbar zu gelten hätten. Als Reaktion auf diese Stellungnahme beauftragte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zwei andere Juristen, die Professoren Guinand und Guillod, mit einer Gegenexpertise. Diese gelangten zu Schlussfolgerungen, die mit denjenigen der Sterbehilfeorganisation Exit nicht unbedingt im Widerspruch standen, und legten so die in den Patientenverfügungen enthaltenen legitimen Forderungen offen. Die Akademie versuchte, die Forderungen zu berücksichtigen und schlug eine offenere Interpretation der Bedeutung der Patientenverfügung vor, obwohl der Direktor des Bundesamtes für Justiz bis zu jenem Zeitpunkt die juristische Bedeutung dieser Dokumente verneint hatte.[89]

1995 wurden diese Richtlinien erneut revidiert und der Abschnitt über die Patientenverfügung neu formuliert. Die Akademie präzisierte ihre Position: Zum einen verstärkte sie die Bedeutung dieser Dokumente in Bezug auf das Handeln des Arztes; zum anderen begrenzte sie deren Tragweite und stellte klar, unter welchen Voraussetzungen sie anwendbar sind. Eine Verfügung, die vom Arzt die aktive Hilfe zum Suizid oder zur Tötung mit Zustimmung des Patienten verlange, wurde als unzulässig deklariert: «Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.»[90]

In den letzten Jahren intensivierte sich die Diskussion um die Patientenverfügungen, weil die Debatte um die Sterbehilfe und deren Regelung in der Öffentlichkeit zunehmend grosse Beachtung fand. Eine vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eingesetzte Expertenkommission kam 1999 zu folgendem Schluss: «Erfolgt dieser Behandlungsverzicht auf ausdrücklichen Wunsch

[87] Vgl. Art. 17 der Standesordnung FMH (revidierte Ordnung vom 30. April 2003), www.fmh.ch

[88] Vgl. die entsprechende Dokumentation: Patientenverfügungen: eine Materialsammlung. Bern: ISE 1992 (ISE-Texte 1/92).

[89] Neue Zürcher Zeitung, 31. 12. 1987, S. 18.

[90] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Ethisch-medizinische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, in: Schweizerische Ärztezeitung 76 (1995), S. 1226.

des Patienten, ist eine Strafbarkeit des Arztes für dieses Verhalten schon deshalb ausgeschlossen, weil – nach einem allgemein anerkannten Rechtsgrundsatz – jede ärztliche Massnahme der (ausdrücklichen oder mutmasslichen) Einwilligung des Patienten bedarf. Fehlt diese bzw. wurde sie ausdrücklich verweigert, ist der ärztliche Eingriff als eigenmächtig und damit als unerlaubt zu qualifizieren. Dies gilt selbst für lebensverlängernde Behandlungsmassnahmen.»[91]

1994 reichte Nationalrat Victor Ruffy eine Motion mit folgendem Wortlaut ein: «Trotz allen Mitteln, die für Lebensverlängerung heute zur Verfügung stehen, gibt es weiterhin unheilbare Krankheiten, welche mit Fortschreiten der Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen. Angesichts dieser Tatsache haben in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen den Wunsch, selber über ihr Ende mitbestimmen und in Würde sterben zu können. Daher ersuche ich den Bundesrat, einen Entwurf für einen neuen Artikel 115bis des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorzulegen».[92] Anders als zuvor antwortete der Bundesrat auf diesen Vorstoss nicht mit der Aussage, eine derartige Motion widerspreche dem Recht auf Leben. Vielmehr schlug er vor, die Motion in ein Postulat umzuwandeln (ihr also eine weniger verpflichtende Form zu geben). Der Nationalrat stimmte 1996 diesem Vorschlag zu. 1997 beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement eine Arbeitsgruppe, die Lage zu analysieren und Vorschläge auszuarbeiten. Im März 1999 legte die Arbeitsgruppe ihren Bericht unter dem Titel «Sterbehilfe» vor.[93]

Konsens herrschte in der Arbeitsgruppe in folgenden Punkten: Die Möglichkeiten der Palliativmedizin seien nicht bloss zu fördern, sondern voll auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang sei das Recht auf den Verzicht lebenserhaltender Massnahmen zu garantieren. Passive Sterbehilfe und indirekte aktive Sterbehilfe sollten nicht lediglich als zulässig gelten, sondern die entsprechende Praxis sei in einem formalen Gesetz ausdrücklich zu regeln; allerdings verzichtete die Arbeitsgruppe darauf, einen konkreten Vorschlag zu unterbreiten. Die Kosten der medizinischen Pflege dürften in keinem Fall Beweggrund oder Argument für die Legitimierung der Sterbehilfe sein. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe sprach sich dafür aus, Art. 114 StGB (Tötung auf Verlangen) durch einen neuen Absatz mit einer Ausnahmeklausel zu ergänzen: «Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.»[94] Eine Minderheit der Arbeitsgruppe lehnte diesen Vorschlag ab mit dem Hinweis, er sei immer dort überflüssig, wo die Palliativpflege korrekt angewendet werde. Sie verwies auf das «Dammbruch-Argument» und auf die mit einer Lockerung der sittlichen und strafrechtlichen Verbote verbundenen Gefahren.

In Medien und in politischen Parteien wurde der Bericht diskutiert und so die schon seit einigen Jahren laufende öffentliche Debatte intensiviert. Der Bundesrat seinerseits prüfte den Bericht und legte seine Antwort im Juli 2000 vor. Er übernahm den Mehrheitsvorschlag der Arbeitsgruppe nicht, doch sprach er sich angesichts der Alternative des Status quo dafür aus, die Möglichkeiten der Palliativmedizin voll auszuschöpfen. Hinsichtlich der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe vertrat der Bundesrat die Auffassung, es brauche eine gesetzliche Regelung.

[91] Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement. März 1999, S. 14; abrufbar auf http://www.ofj.admin.ch (Bundesamt für Justiz, Rubrik Rechtsetzung).
[92] «Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches» (N 14.3.96), Amtliches Bulletin. Nationalrat, 1996, S. 362.
[93] Bericht der Arbeitsgruppe. März 1999 (s. Anm. 88).
[94] Ebd. S. 35.

Hingegen schloss er die Möglichkeit einer Ausnahmeklausel für den Tatbestand der Tötung auf Verlangen kategorisch aus: «Selbst eine sehr restriktiv formulierte Ausnahme von der Strafbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe, wie sie von der Mehrheit der Arbeitsgruppe ‹Sterbehilfe› vorgeschlagen wird, käme einer Lockerung des Fremdtötungsverbotes gleich und würde somit ein Tabu brechen, das in unserer christlichen Kultur tief verankert ist.»[95] In den Medien waren die Meinungen geteilt; im Parlament wurde die Debatte fortgesetzt, wobei zwei parlamentarische Initiativen eine wichtige Rolle spielten. Die erste wurde von Franco Cavalli, Onkologe, Mitglied der Sozialdemokratischen Partei und Präsident der Krebsliga Schweiz, die zweite von der Appenzeller Freisinnigen Dorle Vallender eingereicht. Die erste Initiative wollte die Vorschläge der Mehrheit der Arbeitsgruppe des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes aufnehmen und sie in ein Verfahren eingliedern, welches das Privileg der Straflosigkeit allein jenen Ärzten erteilen würde, denen der Patient ausdrücklich das Mandat erteilt hatte, seinem Leben ein Ende zu setzen.[96] Die zweite Initiative, eingereicht von Dorle Vallender, regte die Präzisierung von Art. 115 StGB an, der die Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid vorsieht, wenn keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen. Zu klären sei seine Anwendung in kritischen Bereichen, namentlich in der Psychiatrie.[97]

Die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission für Rechtsfragen befürwortete die parlamentarische Initiative Cavalli und lehnte die Initiative Vallender ab. Der Nationalrat hingegen entschied anders und lehnte beide Initiativen ab, wenn auch aus unterschiedlichen Überlegungen und mit gegensätzlichen Argumenten.[98]

Erneut aufgenommen wurde die parlamentarische Debatte im Juni 2004 mit der Annahme der von der ständerätlichen Kommission für Rechtsfragen (RK-SR) eingereichten Motion «Sterbehilfe und Palliativmedizin» durch den Ständerat.[99] Die Motion beauftragte den Bundesrat, Vorschläge für eine gesetzliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe zu unterbreiten und Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen.

Am 4. Juli 2003 beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, die Gesamtproblematik der Sterbehilfe unter ethischem und rechtlichem Aspekt zu prüfen und bis zum Frühjahr 2004 einen Bericht und einen Entwurf der gesetzlichen Regelung auszuarbeiten. Die Kommission hatte (aus eigenem Entschluss) schon 2002 begonnen, sich mit den Fragen der Sterbehilfe und der *end-of-life decisions* zu befassen und setzte ihre Arbeit mit erster Priorität im Bereich der Suizidbeihilfe fort. Wie in Kap. I.2 erwähnt, wurde dieser Auftrag aber vom neu zusammengesetzten Bundesrat 2004 wieder rückgängig gemacht.

Am 10. März 2004 nahm jedoch der Nationalrat die Motion der ständerätlichen Kommission für Rechtsfragen «Sterbehilfe und Palliativmedizin» an.[100] Der Bundesrat wird also die Forderungen der Motion prüfen müssen: mit der Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe, den Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin sowie mit dem Problem des «Sterbetourismus».

[95] Bericht des Bundesrates zum Postulat Ruffy, Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches (Juli 2000), S. 15.
[96] Parlamentarische Initiative «Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung», am 27. 09. 2000 im Nationalrat eingereicht (00.441).
[97] Parlamentarische Initiative «Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung. Neufassung von Artikel 115 StGB», am 14. 03. 2001 im Nationalrat eingereicht (01.407).
[98] Amtliches Bulletin. Nationalrat, 2001, S. 1835.
[99] Motion RK-SR «Sterbehilfe und Palliativmedizin», am 11. 04. 03 im Ständerat eingereicht (03.3180); Amtliches Bulletin. Ständerat, 2003, S. 618.
[100] Amtliches Bulletin. Nationalrat, 2004, S. 266

In jüngster Zeit haben Exit und weitere Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas versucht, ihre Praxis in zwei Richtungen auszuweiten: Einerseits sollte Sterbehilfe als mögliche Option auch in Altersheimen angeboten werden können, andererseits sollte sie auf Personen ausgedehnt werden, die im strikten Sinn nicht in einem terminalen Stadium sind, jedoch seelisch stark unter ihrer Situation leiden. Diese Entwicklungen gaben Anlass zu Diskussionen. Die Stadt Zürich nämlich, die den Mitgliedern von Exit und vergleichbaren Organisationen bisher verboten hatte, Beihilfe zum Suizid in städtischen Alters- und Krankenheimen zu praktizieren, hat vor kurzem ihre Einwilligung dazu erteilt, wenn auch unter strengen Auflagen.[101] Andere Kantone, namentlich in der Romandie, arbeiten zurzeit ähnliche Regelungen aus; gestattet werden soll der assistierte Suizid in Altersheimen, ohne für diese Praxis zu werben oder die übrigen Pensionäre und Pensionärinnen dieser Heime zu beunruhigen. Diese Debatte ist im Gang; welche Auswirkungen sie in den kommenden Jahren haben wird, ist schwierig abzuschätzen.

II.8 Die Rechtslage in verschiedenen Ländern

In den meisten europäischen Ländern, insbesondere in Österreich, Italien, England/Wales, Spanien, Portugal und Polen, ist die Beihilfe zum Suizid strafbar. Andere Staaten, namentlich Belgien, Schottland, Schweden oder Frankreich, kennen keine explizite Strafbestimmung zur Suizidbeihilfe, gelangen aber durch Interpretation bestehender Gesetze zum selben Ergebnis. Nur wenige Länder Europas – unter ihnen die Schweiz und die Niederlande – gestatten über die rechtliche Regelung oder ihre Gerichtspraxis Ausnahmen und erlauben unter bestimmten Umständen die Beihilfe zum Suizid. Ausserhalb Europas kennt nur der US-Bundesstaat Oregon die erlaubte Suizidbeihilfe.[102]

Deutschland

Das deutsche Strafrecht kennt keinen Sondertatbestand der Suizidteilnahme. Deshalb bleibt die Beteiligung an einer (fremden und eigenverantwortlichen) Selbsttötung grundsätzlich straffrei, solange sie sich auf blosse Förderungshandlungen beschränkt. Ein Äquivalent zu Art. 115 StGB fehlt im deutschen Recht.[103] Fehlt die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen, kann je nach Umständen bereits das Geschehenlassen der Suizidhandlung strafbar sein. Für den Arzt etwa kommt eine strafrechtliche Haftung wegen eines Tötungsdeliktes durch Unterlassen in Betracht, wenn er darauf verzichtet, Massnahmen für die Rettung eines bewusstlosen Suizidpatienten zu ergreifen. Aber auch bei einem freiverantwortlichen Suizidversuch besteht nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes die Pflicht, erforderliche und zumutbare Schadens- und Gefahrenabwehr zu leisten. Gemäss dieser Praxis besteht eine ärztliche Hilfeleistungspflicht, sobald der Patient «nicht mehr Herr des Geschehens» ist (z. B. bei einer Überdosis Schlafmittel). Auf jeden Fall strafbar ist nach deutschem Recht die direkte aktive Sterbehilfe. Hier handelt es sich grundsätzlich um Tötung auf Verlangen, ein gemäss § 216 des Deutschen Strafgesetzbuches strafbarer Tatbestand.

[101] Einblick in das Dossier auf http://www.stzh.ch (unter Stichwort «Sterbehilfe»).

[102] Einen Überblick über die Situation in Europa vermittelt die vom Lenkungsausschuss für Bioethik des Europarates durchgeführte Umfrage (Fragebogen) zu den Sterbehilfepraktiken: Réponses au questionnaire pour les Etats membres relatif à l'euthanasie (20. Januar 2003). Zu konsultieren auf: http://www.coe.int. Einen weltweiten Überblick gibt L. Spinney: Last Rights. New Scientist, 23. April 2005, pp. 46-49.

[103] Zur Rechtslage in Deutschland vgl. K. Ulsenheimer: Ärztliche Sterbehilfe, in: A. Laufs/W. Uhlenbruck/H. Genzel/B.-R. Kern/D. Krauskopf/G. H. Schlund/K. Ulsenheimer (Hg.): Handbuch des Arztrechts, München 21999, S. 1226/1231 f. Vgl. auch den vom Bundesministerium der Justiz verfassten Bericht «Die Rechtslage in Deutschland zur Sterbehilfe» (Juli 2002).

Niederlande

Art. 294 des Niederländischen Strafgesetzbuches legt fest, dass die vorsätzliche Anstiftung zur Selbsttötung, die Hilfe dabei oder die Verschaffung der erforderlichen Mittel mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren bestraft wird. Somit gilt der medizinisch assistierte Suizid im Prinzip als illegale Handlung, die mit Strafe bedroht ist. In den letzten Jahrzehnten etablierte sich allerdings eine Praxis der Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, wonach die ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung dann straffrei sein kann, wenn bestimmte Sorgfaltspflichten (im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes) erfüllt sind.[104]

Gesetzlich verankert wurde diese Praxis im Gesetz «über die Überprüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung», das als erstes europäisches Sterbehilfegesetz am 1. April 2002 in Kraft getreten ist. Nach dieser Regelung bleiben die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung zwar nach wie vor strafbar, doch werden diese Handlungen unter bestimmten Bedingungen «entpönalisiert». Zu diesem Zweck wurden Art. 293 (Tötung auf Verlangen) und Art. 294 (Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord) des Niederländischen Strafgesetzbuches durch einen besonderen Strafausschliessungsgrund ergänzt.

Ein Strafausschliessungsgrund bei Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe ist nur dann gegeben, wenn der Arzt sich an die folgenden Sorgfaltskriterien gehalten hat (Art. 2 des Gesetzes): a) der Patient hat seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt; b) der Zustand des Patienten ist aussichtslos und sein Leiden unerträglich; c) der Arzt hat den Patienten über dessen Situation und Aussichten aufgeklärt; d) gemeinsam mit dem Patienten ist der Arzt zur Überzeugung gelangt, dass es für seine Situation keine bessere Lösung gibt; e) der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen; f) bei der Lebensbeendigung oder Beihilfe zum Suizid wurde mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen.

Fünf regionale Kontrollkommissionen sind beauftragt, jeden deklarierten Sterbehilfe- oder Suizidbeihilfe-Fall zu untersuchen. Kommt die Kommission zum Schluss, dass der Arzt die genannten Sorgfaltskriterien eingehalten, sich also gesetzeskonform verhalten hat, so kommt es im Prinzip nicht zu einer Strafverfolgung.

Belgien

Das belgische Strafrecht kennt keinen spezifischen Tatbestand der Beihilfe zur Selbsttötung. In der Rechtslehre wird generell die Ansicht vertreten, dass im Falle des assistierten Suizides eine Unterlassung der Nothilfe (Art. 422bis des Belgischen Strafgesetzbuches) gegeben ist. Vergebens sucht man allerdings nach entsprechenden Beispielen in der Gerichtspraxis.[105] Vor kurzem hat Belgien die Sterbehilfe gesetzlich erlaubt und geregelt («Gesetz zur Sterbehilfe vom 28. Mai 2002»). Das am 20. September 2002 in Kraft getretene Gesetz schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine «Entpönalisierung» der Sterbehilfe durch einen Arzt unter Beachtung bestimmter Sorgfaltskriterien. Eigens erwähnt sei, dass das Gesetz aus dem Jahr 2002 nur auf die Sterbehilfe (definiert als Herbeiführung des Todes auf Verlangen des Patienten) anwendbar ist. Theoretisch strafbar bleibt mithin die Suizidhilfe, und zwar auch dann, wenn die auf die Sterbehilfe anwendbaren Gesetzesbestimmungen eingehalten werden. Die

[104] Zur Rechtslage in den Niederlanden vgl. J. W. Fokkens: Sterbehilfe im niederländischen Recht, in: Brudermüller/Marx/Schüttauf (Hg.): Suizid und Sterbehilfe (s. Anm. 52), S. 147–167. Vgl. auch M. Conradi: Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrags: eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin (Diss. Mainz). Frankfurt a. M. 2002, S. 307–320.

[105] H. Nys: Country Report Belgium, in: J. Taupitz (Hg.): Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation. Berlin 2000, S. 135–161, bes. S. 148 f.

Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten bleibt straflos, wenn a) der Patient zum Zeitpunkt seines Verlangens volljährig und urteilsfähig ist, b) das Verlangen freiwillig, gut durchdacht und wiederholt zum Ausdruck gebracht worden ist, c) der Patient sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage und in einem Zustand dauernder, körperlich oder seelisch unerträglicher Qualen befindet. Ergänzt und präzisiert werden diese materiellen Grundsätze durch weitere Voraussetzungen und Verfahrensvorschriften (Informations- und Konsultationspflichten, zeitlicher Rahmen, Registrierung usw.).

Dänemark

Nach geltendem dänischem Recht ist die Suizidhilfe ein Straftatbestand. Wer eine solche Handlung vollzieht, wird mit einer Busse oder mit Gefängnis bestraft (Art. 240 des Dänischen Strafgesetzbuches).[106] Nach ständiger dänischer Gerichtspraxis besteht eine Hilfeleistungspflicht für eine Person, die nach einem Suizidversuch bewusstlos ist. Diese Pflicht besteht auch dann, wenn der Suizident seinen Sterbewillen geäussert und um dessen Respektierung gebeten hat. Bleibt hingegen eine urteilsfähige Person nach einem Suizidversuch bei Bewusstsein und lehnt jede Hilfe ab, ist dieser Wille grundsätzlich zu respektieren. Ergänzt wird die strafrechtliche Regelung durch eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, welche sich auf die Problematik des medizinisch assistierten Sterbens beziehen. Von grundlegendem Interesse ist dabei das am 1. Oktober 1998 in Kraft getretene «Gesetz über Patientenrechte». Ziel dieses Gesetzes ist der Schutz der Menschenwürde, Integrität und Autonomie des Patienten, wobei dem Konzept der Selbstbestimmung zentrale Bedeutung zukommt. Im Patientenrechtegesetz vorgesehen ist ein zentrales Register für Patientenverfügungen. Hat ein Arzt die Absicht, lebensverlängernde Massnahmen bei einem Patienten im Endstadium zu ergreifen, muss er sich danach erkundigen, ob eine Behandlungsabbruch-Erklärung registriert wurde.

USA

Die Beteiligung an der Selbsttötung ist in den USA in allen Bundesstaaten mit Ausnahme von Oregon strafbar. In den meisten Staaten wird die Suizidteilnahme durch ein spezielles Gesetz oder einen ausdrücklichen Passus in den strafrechtlichen Regelungen des Totschlages unter Strafe gestellt. In anderen Staaten ist das Common Law Rechtsgrundlage für die Bestrafung.[107] Sterberechtsgruppierungen haben in mehreren Staaten (Kalifornien, Washington, Michigan, Maine, Hawaii und Vermont) versucht, eine Lockerung herbeizuführen, allerdings ohne Erfolg. Verurteilungen wegen Beihilfe zum Selbstmord sind selten. In zwei im Juli 1997 gefällten Entscheiden hat der Supreme Court der Vereinigten Staaten von Amerika festgehalten, es gebe kein verfassungsmässiges Recht auf assistierten Suizid.[108] Gemäss dem Supreme Court stellt es die Verfassung den Bundesstaaten frei, die Suizidhilfe zu legalisieren oder nicht. Die seit 1997 in Oregon geltende Regelung verlangt die Beteiligung von zwei Ärzten und schliesst die Injektion von todbringenden Mitteln aus.

Grossbritannien

Der letzte Versuch, assistiertes Sterben zu legalisieren, wurde 1994 unternommen. Der Gesetzesvorschlag wurde damals aber verworfen. Gegenwärtig liegt ein neuer Vorschlag von Lord Joel Joffe, Mitglied des House of Lords, vor: «The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill» von 2003, der eine Lockerung bei der

[106] Zur Rechtslage in Dänemark vgl. U. Hybel: Country Report Denmark, in: Taupitz (Hg.): Zivilrechtliche Regelungen der Patientenautonomie (s. Anm. 102), S. 491-528, bes. S. 495; J. Vestergaard: Danemark: le droit à l'autodétermination, in: Europarat (Hg.): Regard éthique: l'euthanasie, Bd. 2: Perspectives nationales et européennes. Strassburg 2004, S. 27–42.

[107] Zur Rechtslage in den USA vgl. A. Nussbaum: Right to die: die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland. Berlin 2000, S. 85–94; L. Snyder: États-Unis: euthanasie, suicide assisté et droit de mourir, in: Europarat (Hg.): Regard éthique: l'euthanasie, Bd. 2 (s. Anm. 99), S. 111–129.

[108] Vacco, Quill, in: S. Ct., 117, 2293, 1997; Washington, Glucksberg, in: S. Ct., 117, 2258, 1997.

aktiven Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe bei terminal Kranken vorsieht. Er wurde freundlicher aufgenommen; ein Komitee des House of Lords hat nach ausführlichen Abklärungen und Anhörungen in den Niederlanden, Oregon und der Schweiz[109] im April 2005 empfohlen, dass eine verbesserte Version der Bill im Parlament weiter debattiert werde.[110]

II.9 Die ethischen Argumente in der Debatte[111]

a) Pro

Zur Rechtfertigung des medizinisch assistierten Suizides werden häufig drei ethische Argumente herangezogen: Selbstbestimmung, «Recht auf Sterben» und Fürsorge (im Sinne von bienfaisance/Wohltun).

Der Grundsatz der Selbstbestimmung

Einige Verfechter einer «liberalen Bioethik» sprechen dem Patienten unter Berufung auf das Autonomie- und Selbstbestimmungsprinzip das Recht zu, die Modalitäten und den Zeitpunkt seines Sterbens selbst zu bestimmen. Ihrer Auffassung nach vermag dieses Recht, selbst über das eigene Sterben zu bestimmen, unter bestimmten Umständen die ärztliche Suizidhilfe zu rechtfertigen.

Die Befürworter einer «Liberalisierung» des Suizides bringen neben anderen folgendes Argument vor: Das Recht des Patienten, eine medizinische Behandlung abzulehnen, ist heute in der Regel anerkannt. Entsprechend kann die Hilfeleistung für den zur Selbsttötung entschlossenen Patienten nicht von vornherein unzulässig sein.[112] Der individuelle Autonomieanspruch steht im Zentrum der Interessen, weshalb ärztliche Suizidbeihilfe nur dann moralisch akzeptabel ist, wenn dieser Akt getreuer und letzter Ausdruck des Patientenwillens ist. In dieser Perspektive hat der Patient vor der unwiderruflichen Auslösung des Sterbensprozesses jederzeit das Recht, auf seinen Entscheid zurückzukommen.[113] Gemäss dem liberalen Modell darf der Patient also Suizidbeihilfe verlangen, was von Seiten des Arztes noch keine «Pflicht zur Zusammenarbeit» begründet. In einem individualistischen und pluralistischen System muss die Entscheidungsfreiheit des Arztes ganz im Gegenteil gewahrt sein, was die Anerkennung eines «Verweigerungsrechtes» impliziert.

Ist das moralische Recht auf einen selbstbestimmten Tod einmal anerkannt, ist ein Legalisierungsprozess in Gang zu setzen, der logischerweise auf die Entpönalisierung des medizinisch assistierten Suizides hinausläuft.

Das «Recht auf Sterben»

Die Vorstellung eines «Rechtes auf Sterben» *(right to die)* wird eng an das Autonomie- und Selbstbestimmungsprinzip gekoppelt. Der Begriff selbst steht im biomedizinischen Diskurs der (Post-)Moderne symptomatisch für den Subjektivierungsprozess: Das in seinen persönlichen Entscheidungen grundsätzlich freie moderne Subjekt beansprucht die Herrschaft über das eigene Leben und Sterben. In diesem Sinne werden Sterbehilfe und Suizidhilfe (euphemistisch) als Bekräftigung der menschlichen Freiheit verstanden, als Ausdruck des Rechtes des

[109] Der Report ist veröffentlicht unter: www.publications.parliament.uk/pa/Id/Idasdy.htm

[110] Vgl. Spinney, Last Rights (Anm. 99).

[111] Die einschlägige Literatur ist umfangreich. Vgl. unter anderen N. Aumonier: Évaluation des arguments en présence, in: Europarat (Hg.): Regard éthique: l'euthanasie. Bd. 1: Aspects éthiques et humains. Strassburg 2004, S. 63–76; H. Doucet: Les promesses du crépuscule. Québec 1998; A. Holderegger: Zur Euthanasie-Diskussion in den USA. Erster Teil, in: ders. (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben (s. Anm. 13), S 121–135; M. Reichlin: L'etica della buona morte. Turin 2000.

[112] Zu diesem Punkt vgl. Holderegger: Suizid (s. Anm. 16), S. 135–136.

[113] In diesem Sinne namentlich D. W. Brock: Voluntary active euthanasia, in: ders. (Hg.): Life and death: philosophical essays in biomedical ethics. Cambridge 1993, S. 204.

Menschen auf den eigenen Körper. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang das von Margaret Battin formulierte «Recht auf Suizid». Für Battin ist der Suizid ein für die Menschenwürde konstitutives Grundrecht. Sie unterscheidet indes zwischen dem gewaltlosen, an einer Idealvorstellung von Leben und Würde orientierten Suizid und allen übrigen Formen des «irrationalen» Suizides: Nur im erstgenannten Fall besteht ein eigentliches Grundrecht, das die Suizidhilfe rechtfertigt.[114]

Das Prinzip der Fürsorge/des Wohltuns

Ein drittes Argument zugunsten des medizinisch assistierten Suizides stützt sich auf die ärztliche Verpflichtung, nicht zu schaden und zum Wohl des Patienten dessen Schmerz und Leiden zu vermeiden oder zu lindern. In diesem Zusammenhang stellt sich folgende Frage: Wenn die medizinische Kunst die Lebensbedingungen nicht zu verbessern vermag und das Leben nur noch Leiden ist, rechtfertigt dann das hippokratische Prinzip des *Primum non nocere* nicht die medizinische Suizidhilfe?

Nach Auffassung utilitaristischer Philosophen wie Peter Singer, Helga Kuhse oder James Rachels gründen die sittlichen Entscheidungen über Leben und Tod unvermeidlich auf dem Kriterium der «Lebensqualität». Die traditionelle Ethik habe ihr Fundament in der Heiligkeit des Lebens, während die «neue Ethik» (Singer) einzig und allein auf einer akzeptablen Stufe des Wohlbefindens *(well-being)* gründen könne; fehle Letzteres, erscheine das Leben nicht mehr als lebenswert.[115] Eine solche «Ethik der Lebensqualität» fokussiert auf den Menschen, der sein Leben selbst in die Hand nimmt. Der kranke Mensch braucht eine unglückliche Existenz nicht zu ertragen; gilt ihm das eigene Leben nicht mehr als lebenswert, ist sein Sterbewunsch zu respektieren.

In dieser moralischen Perspektive ist der «gute» Umgang mit dem Sterben selbst dann möglich, wenn der Patient, die Patientin zur Äusserung der eigenen Präferenzen unfähig ist. Dann ist das Kriterium der Lebensqualität anwendbar und es gilt die Frage zu beantworten, ob die Lebensverlängerung für den Patienten «objektiv zuträglich» ist. Fällt die Antwort negativ aus, hält die utilitaristische Denkrichtung die medizinische Sterbehilfe grundsätzlich für annehmbar.[116]

b) Contra

Die Autonomie, verstanden als Abwehr- oder Ablehnungsrecht medizinischer Behandlungen, kann aber, so wird eingewendet, ein Recht auf *Hilfe* zum Suizid noch nicht rechtfertigen. Gegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid werden vor allem drei Hauptargumente angeführt: Heiligkeit des Lebens, berufliche Integrität und Gefahr des Dammbruchs *(slippery slope).*

Die Heiligkeit des Lebens

Argumente theologischer Natur nehmen in der aktuellen Diskussion zur Sterbehilfe und zum medizinisch assistierten Suizid breiten Raum ein. Eines davon ist das Prinzip der Heiligkeit des Lebens *(sanctity of life).* Dieses Prinzip wird theologisch unterschiedlich interpretiert. Eine erste, vom Judentum inspirierte Interpretation hebt ab auf den unendlichen Wert jeden Augenblickes der menschlichen Existenz; dementsprechend sei es Aufgabe des Arztes, das Leben so lange wie möglich zu verlängern. Papst Johannes Paul II. vertrat eine zweite Interpretation: Das Tötungsverbot sei durchgängig absolut zu interpretieren. Eine dritte und letzte Interpretation geht davon aus, dass das Leben heilig sei, und zwar nicht im Sinne eines unantastbaren Objektes, sondern weil es in Beziehung zu Gott stehe. Ob diese letzte Interpretation ein Verbot der Sterbehilfe impliziert, wird in der Theologie allerdings kontrovers diskutiert.[117]

Das Argument der Heiligkeit des Lebens ist in jüngster Zeit von einigen Autoren erneut aufgenommen und auf einen säkularisierten Kontext angewandt worden. Einer dieser Autoren ist Leon R. Kass, Mediziner und Professor an der Universität Chicago. Seine These lautet: Die Heiligkeit des menschlichen Lebens gründet in der Menschenwürde. Nach Kass lässt sich die Sterbehilfe oder der assistierte Suizid mit der Einwilligung des Sterbewilligen nicht rechtfertigen, handelt es sich doch um einen intrinsisch schlechten Akt.[118] Der anglo-amerikanische Jurist und Philosoph Ronald Dworkin bezieht sich ebenfalls auf die Theorie von der Heiligkeit des Lebens, vertritt aber – auf der Basis einer Argumentation «liberalen» Typs – die Auffassung, unter bestimmten Voraussetzungen lasse sich die Sterbehilfe rechtfertigen.[119]

Die berufliche Integrität

Es wird eingewendet, weder Sterbehilfe noch Suizidteilnahme seien mit der Natur der ärztlichen Aufgabe vereinbar. Der assistierte Suizid widerspreche der gesellschaftlichen, moralischen und beruflichen Rolle des Arztes. Aufgabe des Arztes sei es zu heilen. In dieser Perspektive könne dem Todeswunsch nicht der Vorrang vor der pflegenden Handlung zukommen; diese wiederum könne nicht in eine todbringende Handlung verwandelt werden.[120]

Der Philosoph Hans Jonas hat dieses Argument ausgeführt. Seiner Auffassung nach ist es ethisch inakzeptabel, dass der Arzt Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe leistet und so den Tod bringt.[121] Das Verbot jeder Form von Sterbehilfe und Suizidassistenz schütze einerseits den Arzt vor dem Interessenkonflikt zwischen Heilen und Töten und erlaube es andererseits dem Patienten, das Vertrauen in seinen Arzt zu bewahren.

Eine vertiefte Reflexion über die Arztrolle und den Begriff der beruflichen Integrität haben Philosophen wie Edmund D. Pellegrino und Kass initiiert.[122] Nach ihrer Auffassung ist die Medizin nicht schiere technische und neutrale, auf «externen Werten» beruhende Tätigkeit, sondern vielmehr ein moralisch kodierter Beruf, definiert durch seine eigenen «inneren Werte». Intrinsischer und sinnstiftender Wert der ärztlichen Tätigkeit sei die Heilung des Patienten. Nicht die Wünsche oder Rechte des Patienten, sondern dessen Genesungsbedürfnis mache Grund und Wesen der Medizin aus. Praktiziere der Arzt Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe, verletze er die seinem Beruf eingeschriebenen Grundwerte.

[114] M. Battin: Suicide: a «fundamental» human right?, in: dies.: The least worst death. Oxford 1994, S. 277–288.
[115] P. Singer: Leben und Tod: der Zusammenbruch der traditionellen Ethik. Erlangen 1998.
[116] Vgl. Doucet: Les promesses du crépuscule (s. Anm. 102), S. 126–129.

[117] Ebd., S. 85–90.
[118] L. R. Kass: Death with dignity and the sanctity of life, in: J. D. Moreno (Hg.), Arguing Euthanasia. New York 1995, S. 211–236.
[119] R. Dworkin: Die Grenzen des Lebens. Reinbeck b. Hamburg 1994, S. 292–330.
[120] Aumonier: Évaluation des arguments en présence (s. Anm. 108), S. 69.
[121] H. Jonas: The right to die, in: Hasting Centre Report VIII (1978), S. 31–36.
[122] L. R. Kass: Toward a More Natural Science. New York 1985; E. D. Pellegrino: Humanism and the physician. Knoxville (Tenn.) 1979.

Das «Dammbruch-Argument»

Ein drittes Argument gegen den medizinisch assistierten Suizid hebt ab auf das Risiko des sukzessiven Abgleitens in immer unannehmbarere Praktiken. Mit der Metapher des Dammbruches (Engl. *slippery slope;* Fr. *pente savonneuse*) wird veranschaulicht, dass der einmal in Gang gesetzte Prozess vielleicht nicht mehr zu stoppen sei.[123] Das Dammbruch-Argument setzt sich aus zwei Elementen zusammen: Das eine ist logisch-begrifflich, das andere soziologisch-empirisch. Mit der Legalisierung der Suizidhilfe – so das erste Element – sei man aus Kohärenzgründen gezwungen, in verwandten Bereichen, etwa in der Frage der aktiven Sterbehilfe, auch Konzessionen einzugehen. Die Zulassung der Suizidhilfe ziehe – so das zweite Element – auch die Gefahr von Missbräuchen nach sich, namentlich des Abgleitens in die unfreiwillige Sterbehilfe. Der Akzent liegt hier auf einer unterstellten psychosozialen Veranlagung des Menschen, zunehmend Praktiken zu akzeptieren, die es mehr und mehr an Respekt für das menschliche Leben fehlen lassen.[124] Durch die Suizidhilfe könnte, so die Befürchtung, der gesellschaftliche Druck anwachsen, zu sterben, wenn das eigene Leben für andere eine Last darstellt. Eine Liberalisierung des assistierten Sterbens könne dazu führen, dass sich die Gesellschaft auf diesem Weg die Kosten spart, die für eine menschenwürdige Pflege nötig wären.

[123] Reichlin: L'etica della buona morte (s. Anm. 108), S. 164–177.
[124] Doucet: Les promesses du crépuscule (s. Anm. 108), S. 69.

III. Erwägungen der NEK-CNE

Vor dem Hintergrund der in den Kapiteln I und II dargestellten Zusammenhänge hat die NEK-CNE die Bedeutung, die Implikationen und die Grenzen der Regelung der Suizidbeihilfe von Art. 115 StBG in ethischer Hinsicht diskutiert. Welche Gesichtspunkte besondere Beachtung fanden, soll nun dargestellt werden. Manche von ihnen waren für die im Kapitel IV vorgelegten Empfehlungen ausschlaggebend.

III.1 Der Artikel 115 StGB: ein Freiheitsraum

Eine zentrale Frage ist zweifellos, was genau der Art. 115 StGB den Einzelnen gewährt: Ist es ein ‚Recht, Suizidbeihilfe zu leisten', ein ‚moralisches Anrecht auf Hilfe beim Suizid' oder bloss eine ‚eingeschränkte Strafandrohung' ohne spiegelbildliche Grundlegung eines Rechts? Die Kommission hat eine moderate Auslegung am einleuchtendsten gefunden: Der Art. 115 StGB eröffnet einen bestimmten privaten Freiraum zur Entscheidung für die straflose Beihilfe zum Suizid. Für ein ethisch massgebliches ‚Recht auf Suizidbeihilfe' (im aktiven oder passiven Sinn) gibt der Artikel hingegen keine ausreichende Grundlage.

Darauf folgt die ethische Frage, ob es *richtig* ist, dass der Freiraum besteht. Wie unten in der Empfehlung 3 mit einem beschlossenen Wortlaut dargelegt wird, ist die NEK-CNE der Auffassung, dass der Freiheitsraum zu begrüssen ist und bewahrt werden soll. Eine Präzisierung von Art. 115 StGB im Zusammenhang des *medizinisch* assistierten Suizides ist angesichts existierender ethischer Richtlinien für die Angehörigen von Heilberufen nicht vordringlich; der Artikel scheint in seiner heutigen Form angemessen.

Die Gründe für diese Position der NEK-CNE sind verschiedenartig und spiegeln die individuellen Hintergründe der Mitglieder. Ein grosses Gewicht hatte das Argument des Respekts. Auch wenn man die Fürsorgepflicht hoch wertet und einräumt, dass Menschen gegenseitig eine Verantwortung haben, die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass ein Suizidwunsch nicht entsteht (oder wieder verschwindet), sind dennoch Situationen nicht auszuschliessen, in denen Menschen nach frei gefälltem, wohlerwogenem Entschluss aus dem Leben scheiden möchten und für die Ausführung eines Suizids auf die Hilfe von anderen angewiesen sind. Diese Situation zu beurteilen ist nur im Einzelfall möglich und der Entschluss, wenn er auch tragisch und bedauernswert ist, verlangt Verständnis und Respekt. Dies gilt sowohl für den wohlerwogenen Entschluss zum Suizid als auch für den sorgfältig abgeklärten Entschluss zur Mithilfe.

Die NEK-CNE geht aber bei dieser Stellungnahme davon aus, dass sie sich zur ethischen Legitimität des Suizides selbst und der ethischen Legitimität von Suizidassistenz im Einzelfall im Grundsatz nicht zu äussern hat: Das Urteil über die Legitimität des Suizides ist und bleibt dem Individuum anheim gestellt.

Mit ihrer Unterstützung des Freiheitsraumes, wie er durch den Art. 115 in der gegenwärtigen Form gewährt wird, beabsichtigt die NEK-CNE keine Förderung der Suizidbeihilfe und ist selbstverständlich der Auffassung, dass der Suizid auch Gegenstand der Prävention sein muss.

Die NEK-CNE ist sich auch bewusst, dass diese Gesetzesbestimmung das Risiko von Missbrauch und Pervertierung in sich birgt. Sie erachtet es deshalb als notwendig, ausserhalb des Strafrechts eine Anzahl einschränkender Bedingungen zu formulieren, um die Wohlerwogenheit und die Sorgfalt der Abklärung zu garantieren;

dies betrifft die ärztliche Praxis, die entsprechenden Institutionen und die Praxis der Sterbehilfeorganisationen.

III.2 Die ethische Ambivalenz der Beihilfe zum Suizid

Die Suizidbeihilfe erzeugt einen schweren moralischen Zielkonflikt. Dieser lässt sich nicht ohne weiteres damit ausräumen, dass allein auf die persönliche Freiheit des Suizidenten fokussiert wird. Immer wieder besteht ein Widerstreit zwischen der Achtung der Selbstbestimmung Suizidwilliger und der Hilfeleistungspflicht für eben diese Personen, wenn sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Die persönliche Autonomie als Selbstbestimmung wird einerseits als Kern eines gelingenden Lebens angesehen und Einschränkungen werden von den Betroffenen als Beeinträchtigungen ihres Wohls und als Verletzung des Respekts erlebt. Entsprechend müsste die Selbstbestimmung auch im Bezug auf die Entscheidungen über das Ende des Lebens geschützt und unterstützt werden. Auf der anderen Seite ist aber ebendiese Selbstbestimmung nicht losgelöst von den Beziehungen zu Anderen sowie von den sozialen und biologischen Bedingungen zu verstehen. Die persönliche Freiheit und Autonomie macht erst Sinn, wenn sie aus diesen Beziehungen heraus verstanden wird. Beziehungen beinhalten, dass uns der Tod der anderen nicht gleichgültig ist. Dieses ethische Dilemma kann nicht theoretisch aufgelöst werden.

Es macht aber deutlich, weshalb die Suizidbeihilfe keine Frage ist, die auf moralischer Ebene generell zu regeln ist, sondern dass dieses Aufeinanderprallen zweier persönlicher Freiheiten und die Auslegung der Aufgabe ihrer Beziehung stets singulär sind. Deshalb darf die Suizidbeihilfe auf keinen Fall eine Routine oder die Anwendung einer Regel auf Grund von formellen Bedingungen werden. Sie kann nicht formalistisch geregelt und administratorisch organisiert werden.

Das Dilemma begegnet uns wieder auf der Ebene der Institutionen: Auf der einen Seite kann Suizidbegleitung bei unsorgfältiger Durchführung tragischerweise in eine Tötungshandlung umschlagen, auf der anderen Seite können aber Suizide nicht vollzogen werden, nur weil sich Institutionen dagegen wenden. Das stellt zwar Art. 115 StGB im Grundsatz nicht in Frage, beweist aber, dass seine Anwendungsbedingungen genauer präzisiert werden sollten.

Ein individueller Entscheid ergibt sich im individuellen Lebenskontext, er steht aber immer auch in einem gesellschaftlichen Kontext. Der individuelle Entscheid beeinflusst diese Kontexte, wie er auch von ihnen beeinflusst wird. Deshalb sind die Rahmenbedingungen, unter denen ein konkreter Suizidwunsch entsteht, daraufhin zu hinterfragen, inwieweit sie einen freien Entscheid ermöglichen. Werden z.B. die Möglichkeiten der Palliative Care ausgeschöpft? Ist das Individuum vor sozialem Druck, z.B. der Gesellschaft oder Familie nicht zur Last fallen zu dürfen, geschützt?

Die sozialethische und die individualethische Perspektive können also in vielfältiger Weise in Spannung zueinander geraten. Dies spiegelt sich auch im schweizerischen Recht, in dem einerseits mit Art. 115 StGB ein Freiheitsraum des Individuums verteidigt wird, und andererseits mit Art. 10 Bundesverfassung der Staat auch die Aufgabe hat, die körperliche und geistige Unversehrtheit eines Menschen zu schützen. Inwieweit die individuelle Freiheit der Entscheidung über assistierten Suizid das gesellschaftliche Klima und damit auch die Entscheidungen anderer Menschen beeinflussen darf, ist eine Ermessensfrage. Während die

Mitglieder der NEK-CNE prinzipiell darin übereinstimmen, dass ein Mensch die Freiheit zum Suizid hat, ohne dass seine Handlung vom säkularen Staat moralisch abqualifiziert werden darf und deshalb den Art. 115 bejahen, gehen ihre Meinungen bezüglich der individuellen und sozialen Rahmenbedingungen weit auseinander. Entsprechend fallen auch die Klugheitsabwägungen bezüglich der Freiheit zur Suizidbeihilfe unterschiedlich aus und es werden andere Konsequenzen für die Regelung der Suizidbeihilfe gezogen.

Im Wunsch nach Beihilfe zum Suizid können drei strukturell verschiedene ethische Dilemmata auftreten:

- *individualethisch* das Dilemma zwischen dem Freiheitsanspruch des Suizidwilligen und demjenigen, der die Beihilfe zum Suizid leisten soll;
- *sozialethisch* das Dilemma zwischen der Verpflichtung des Staates zum Schutz der körperlichen und geistigen Integrität seiner Bürgerinnen und Bürger und der Gewährung eines individuellen Freiheitsraums für Suizidwillige;
- *sozialethisch* das Dilemma zwischen der Verpflichtung des Staates zum Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor gesellschaftlichen Zwängen und misslichen Lebensbedingungen und der Anerkennung eines individuellen Freiheitsanspruchs von Suizidwilligen.

III.3 Art. 115 StGB im deontologischen Kontext von Medizin und Pflege

Der Ort der Entstehung von Art. 115 StGB ist ganz eindeutig nicht das medizinische Umfeld. Dennoch wirft seine Anwendung in einem medikalisierten Kontext eine Reihe von speziellen Problemen ethischer und deontologischer Ordnung auf. Wir sehen mindestens zwei Gründe für diese Medikalisierung der Beihilfe zum Suizid. Zum einen ist die ärztliche Verantwortung insofern involviert, als das tödliche Medikament nur mit ärztlicher Verordnung in einer Apotheke gekauft werden kann; zum anderen findet in unserer Gesellschaft das Sterben mehr und mehr an Orten statt, die schwach oder stark medikalisiert sind.

Diese beiden Gründe sind namentlich den Ärztinnen und Ärzten (aber nicht bloss ihnen) Anlass für schwerwiegende deontologische Konflikte. Stellt ein Arzt eine Verordnung aus, deren Zweck der Suizid des Patienten ist, muss er gezwungenermassen Stellung beziehen zum Hippokratischen Imperativ, seinem Patienten niemals Gift zu verabreichen und ihm, in einem weiteren Sinn, nicht zu schaden. Dieser Zielkonflikt radikalisiert sich, wenn sich die Anfrage an den Arzt nicht «bloss» auf die Ausstellung einer Verordnung, sondern konkret auf den persönlichen Akt der Suizidbeihilfe selbst bezieht.

Sind Angehörige medizinischer Berufe in das Geschehen involviert, ergeben sich drei Probleme: *Erstens* ist das ärztliche und pflegerische Ethos betroffen, wenn professionelle ärztliche oder pflegerische Handlungen involviert sind. *Zweitens* findet das Sterben ziemlich häufig, wenn auch nicht immer, in einem spezialisierten Umfeld, etwa einer Klinik, einem Alters- oder Krankenheim statt. Situationen, in denen keine Angehörigen medizinischer Berufe in das Vorhaben der kranken Person involviert sind (Suizid in den eigenen vier Wänden), sind nicht auszuschliessen. Allerdings ist es höchst wahrscheinlich, dass der Suizid häufig in einem «Pflegemilieu» (Spital) oder in einem medizinisch betreuten «Lebensmilieu» (Alters- und Krankenheim) erwogen wird. *Drittens* schliesslich entstehen im Falle der Suizidhilfe in einem Pflegemilieu, etwa einem Spital, spezielle Probleme.

Diesen traditionell mit der Bewahrung des Lebens betrauten Orten wird eine andere, gegenteilige Aufgabe übertragen: das assistierte Sterben. Die Suizidhilfe in einem Pflegemilieu könnte daher zu einer Verunsicherung der Kranken wie des Pflegepersonals, ja der Gesellschaft überhaupt führen.

Aus diesen Gründen ist die NEK-CNE zur Überzeugung gelangt, dass eine Diskussion über die berufsbezogenen Wertvorstellungen der Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden im Hinblick auf den assistierten Suizid in Gang kommen muss. Die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige von Heilberufen – in dieser oder jener Weise direkt oder indirekt – als Partner fungieren oder wenigstens zur Mithilfe ersucht werden, ist in vielen Fällen gegeben. Bereits der Arzt, der um die Verordnung eines tödlichen Mittels angegangen wird, sieht sich vor ein moralisches Dilemma gestellt, um wie viel mehr aber erst der Pflegende, der um Hilfe bei der Bereitstellung eines tödlichen Mittels gebeten wird. Die moralische Frage verschärft sich noch durch die tragischen Umstände des freiwilligen Todes einer Person, zu welcher der Pflegende in der Regel eine Beziehung entwickelt hat.

Problematisch ist auch die Intervention von Sterbehilfeorganisationen in Kliniken, Alters- oder Krankenheimen. Solche Organisationen tragen in diese Pflegestätten Wertvorstellungen, ja eine gewisse Militanz hinein, die mit dem primären Auftrag der Pflegenden und den dort vertretenen Werten in Konflikt geraten können.

III.4 Selbstbestimmung und Fürsorge

Die Abklärung, ob ein Sterbewunsch wohlerwogen ist, nicht auf einem Irrtum beruht und in einer Relation zur objektiven Situation des Suizidenten steht, erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge. Insofern können hier die Selbstbestimmung eines sterbewilligen Patienten und die Fürsorge derer, die seinen Tod zulassen sollen, in Konflikt geraten.

Dass Selbstbestimmung und Fürsorge häufig in Spannung zueinander gesehen werden, hat nicht zuletzt historische Gründe. Das Postulat der Respektierung der Patientenautonomie wurde im Rahmen der neueren Medizinethik gegen eine im schlechten Sinne «paternalistische» Fürsorge seitens der Ärzte erhoben, die auf den Willen des Patienten keine oder zu wenig Rücksicht nimmt. Darüber kann leicht aus dem Blick geraten, dass die Patientenautonomie die ärztliche Fürsorge auch zur Voraussetzung hat. Erst diese Fürsorge eröffnet Optionen in Gestalt möglicher medizinischer Behandlungen und Massnahmen, über die der Patient selbst bestimmen kann. Weiterhin gehört es zur ärztlichen Fürsorge, dem Patienten dabei zu helfen, die möglichen medizinischen Optionen mit seinem eigenen Lebenskonzept in Verbindung zu bringen und verbleibende Lebensperspektiven auszuloten. «Selbst»-Bestimmung setzt voraus, dass der Patient mögliche Optionen mit seinem Selbst in Zusammenhang bringen und in dieses integrieren kann. Schliesslich ist wirkliche Selbstbestimmung nur möglich, wenn der Patient Entscheidungen nicht unter dem Druck von Angst, Panik oder Verzweiflung trifft. Auch diesbezüglich kann Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen sein.

Es gibt einen breiten gesellschaftlichen Konsens, dass es eine Fürsorgepflicht für suizidgefährdete Menschen gibt. Diese schliesst die Pflicht ein, mit einem urteilsfähigen Suizidwilligen dessen Suizidwunsch zu besprechen und ihm alternative Optionen vor Augen zu stellen: in Gestalt von Möglichkeiten medizinischer Begleitung für die verbleibende Lebensspanne, und zwar unter Einbezug dessen, wie der Patient selbst seine Situation sieht und versteht. Selbstbestimmung setzt

mögliche Optionen voraus, in Bezug auf die jemand sich selbst bestimmt und herausfindet, was er will. Insofern ist eine solche Abklärung nicht paternalistische Einflussnahme, sondern Hilfe zur Selbstbestimmung. Das geht weit über die blosse Abklärung der Urteilsfähigkeit hinaus. Ein solches Besprechen des Suizidwunsches mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal muss nicht, aber kann dazu führen, dass der Suizidwunsch verschwindet. Die Erfahrung z.B. in geriatrischen Kliniken zeigt, dass dies in aller Regel der Fall ist. Darin gründet eines der entscheidenden Bedenken, welche gegen den so genannten Sterbetourismus aus dem Ausland geltend gemacht werden. Ethisch ist es kaum zu begründen, warum man Ausländern die Beihilfe zum Suizid verwehrt, wenn man sie bei eigenen Landsleuten für ethisch vertretbar hält. Das Problem liegt aber darin, dass die Fürsorgepflicht nicht ausreichend wahrgenommen wird, wenn zwischen Anreise und assistiertem Suizid nicht einmal 24 Stunden vergehen.

Fürsorge, so lässt sich zusammenfassen, steht nicht bloss in einem Spannungsverhältnis zur Selbstbestimmung, wie es die Formel «Paternalismus versus Autonomie» nahe legt, sie gehört auch zu den Voraussetzungen wirklicher Selbstbestimmung. Davon sind auch Suizid und Suizidbeihilfe nicht ausgenommen.

III.5 Mögliche ethische Kriterien

a) Warum braucht es Kriterien?

Im gegenwärtigen schweizerischen Kontext ist Art. 115 StGB insofern von ziemlicher Tragweite, als keine einschränkende Bestimmung – ausgenommen das Fehlen eines selbstsüchtigen Beweggrundes – sein Anwendungsfeld begrenzt. Wir haben es hier zudem nicht mit einem positiven Anrecht auf etwas, sondern eher mit einem Freiheitsrecht zu tun. Klare und explizite Kriterien für den Geltungsbereich von Art. 115 StGB fehlen; deshalb wird der Gesetzestext in der Schweiz heute in einem liberalen wie in einem restriktiven Sinn relativ willkürlich und wenig kohärent angewandt. Auf der einen Seite sind auf diesem Gebiet private Organisationen aktiv, die vom Patienten die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen einfordern (etwa Urteilsfähigkeit, ernsthaftes und wiederholtes Verlangen, unheilbare Krankheit, aussichtslose Diagnose, unerträgliches Leiden), während auf der anderen Seite gewisse Institutionen sich weigern, das Verlangen von Patienten oder von Pensionären in Alters- und Krankenheimen überhaupt in Betracht zu ziehen. Die Diskrepanz zwischen diesen beiden Extremhaltungen ruft nach Klärung.

Die heutige Situation ist in zweierlei Hinsicht willkürlich. Willkür herrscht einerseits bezüglich der Behandlung, die abhängig davon ist, ob sich der Suizidwillige an eine Institution oder an eine private Organisation wendet. Willkür herrscht andererseits bezüglich der Folgen, die sich aus der fehlenden demokratischen Debatte über die Einführung der von verschiedenen Organisationen durchgesetzten restriktiven Kriterien ergeben. Nicht zuletzt ergibt die Prüfung dieser Kriterien, dass es ihnen an Folgerichtigkeit und Beständigkeit mangelt: Sie können je nach Organisation verschieden sein und innerhalb ein und derselben Organisation im Verlaufe der Zeit Änderungen erfahren. Schliesslich gründet das Eingehen auf ein Ersuchen meist auf der Entscheidung einer einzigen Person, die so in einer lebenswichtigen Frage völlige Ermessensfreiheit besitzt. Anders als in jenen Ländern, welche die Frage gesetzlich geregelt haben, fehlt hierzulande auch die Verfahrenskontrolle. Das erweitert den Ermessensspielraum noch zusätzlich.

Wer heute in der Schweiz um Suizidbeihilfe ersucht, hat oft in der Praxis nur eine begrenzte Wahl. Wer in einer Institution lebt, ist dem Ermessen der Abteilungsleitung oder der Leitung der Pflegeeinrichtung unterworfen. Wer hingegen nicht in einer Institution lebt, wird sich an Organisationen privaten Rechtes wenden. Im ersten Fall muss der Bittsteller darauf hoffen, dass sein Wunsch auf einen für sein Anliegen offenen Verantwortlichen trifft. In zweiten Fall muss der Bittsteller den von der Organisation geforderten Kriterien entsprechen.

Nicht zu unterschätzen sind schliesslich die mit der Funktionsweise gewisser Sterbehilfeorganisationen zusammenhängenden Gefahren. Bei ihnen kann es zur Überschreitung der selbst gesetzten Grenzen kommen. Dieses Risiko ist gerade deshalb vorhanden, weil diese Organisationen keiner externen Kontrolle unterliegen.

Die Situation entwickelt sich nicht unbedingt zugunsten des Respekts vor den Patientinnen und Patienten und vor unseren Mitbürgerinnen und Mitbürgern überhaupt. Deshalb verlangt die NEK-CNE eine präzisere Regelung der Bedingungen, unter denen der assistierte Suizid vollzogen wird.

Tatsache ist, dass die Pflegeinstitutionen in dieser Angelegenheit eine unterschiedliche Politik verfolgen. Die NEK-CNE erachtet mehr Transparenz von Seiten der einschlägigen Institutionen und Organisationen als wünschenswert.

Dabei ist auch die sozialethische Perspektive im Auge zu behalten: Ein behinderten und schwachen Menschen gegenüber feindliches gesellschaftliches Klima mit den dazugehörigen Zwängen entwickelt sich schleichend und ist schwer wahrnehmbar. Beunruhigend erscheint insbesondere, dass Überlegungen zur Suizidbeihilfe naheliegenderweise auch mit finanziellen Überlegungen verbunden werden können.[125] Es ist daran festzuhalten, dass jeder Mensch existentiell einen Würde- und Autonomieanspruch hat, unabhängig von seinen tatsächlichen Autonomiefähigkeiten. Daraus erwächst die moralische Pflicht, Menschen ihrem Würde- und Autonomieanspruch entsprechend zu behandeln und zu betreuen. Dies geschieht, indem ihre Autonomiefähigkeiten gefördert werden und – wenn dies irreversibel nicht mehr möglich ist – nach ihrem mutmasslichen Willen gehandelt wird.[126]

b) Braucht es ethische oder rechtliche Kriterien?

Die Formulierung ethischer Empfehlungen bietet den Vorteil, dass in gesetzlichen Bestimmungen darauf verwiesen werden kann (einige kantonale Gesundheitsgesetze verweisen beispielsweise auf die Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW); zudem sind Empfehlungen anpassungsfähiger und flexibler als verbindliche Gesetze. Für die betroffenen Berufsleute stellen ethische Empfehlungen Orientierungspunkte ohne prinzipiellen Zwangscharakter dar: Denkbar ist, dass je nach Fall Ausnahmen zu rechtfertigen sind.

Der Nachteil ethischer Richtlinien ist indes das Fehlen formeller Sanktionen für diejenigen, die sich nicht an sie halten. Unter diesem Gesichtspunkt brächte eine rechtlich verbindliche Vorschrift den Vorteil einer unmittelbaren und unwiderruflichen Sanktion von Zuwiderhandlungen mit sich. Zweck einer späteren normativen flankierenden Bestimmung von Art. 115 StGB wäre es, Missbräuche zu verhindern und verlässliche Daten zur Thematik zu erhalten. Vorstellbar ist auch eine Kombination beider Ebenen:

[125] Vgl. F. Th. Petermann: Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention, Aktuelle juristische Praxis AJP/PJA 9 (2004): S. 1111-1136: „In Anbetracht der Tatsache, dass ... durch die Folgen der missglückten Suizidversuche – zurückhaltend geschätzt – Kosten in der Höhe von 2,37 Milliarden Franken entstehen, ist die Suizid-Problematik ein bisher offenbar nicht erkannter Kostenfaktor in unserer Sozial- und Gesundheitspolitik"

[126] Vgl. R. Baumann-Hölzle: Ethische Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin, in: Leben um jeden Preis? – Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin. (Hg. R. Baumann-Hölzle et al.) Bern: Lang 2004, S. 117-147.

Eine gesetzliche Bindung an Sorgfaltskriterien (über eine staatliche Aufsicht) und die Formulierung dieser Kriterien in ethischen Richtlinien.

c) Zu berücksichtigende Kriterien

Urteilsfähigkeit

Die Suizidbeihilfe beruht auf der Entscheidung eines autonomen Subjektes: Das Recht fasst die Entscheidungsautonomie im Begriff der Urteilsfähigkeit. Aus diesem Grund nimmt die Urteilsfähigkeit, wenn es darum geht, dem Verlangen nach Suizidbeihilfe stattzugeben, eine zentrale Stellung ein.

Im Geist von Art. 16 ZGB ist die Urteilsfähigkeit nicht ein zu einem bestimmten Zeitpunkt für alle Zeiten erworbenes Merkmal. Im Sinne des Gesetzes ist grundsätzlich jede erwachsene Person urteilsfähig; wer das Gegenteil behauptet, hat den Beweis dafür zu erbringen (die im Gesetz vorgesehenen Gründe reichen von Geistesschwäche bis zur Trunkenheit). Im Gegensatz zur Mündigkeit – sie wird im Prinzip mit vollendetem 18. Lebensjahr erreicht und mit ihr wird die Handlungsfähigkeit erlangt – ist die Urteilsfähigkeit fluktuierend und themenbedingt im Bezug auf eine bestimmte Entscheidung zu sehen. Zwei Voraussetzungen müssen zwingend erfüllt sein, um jeden Zweifel an der Urteilsfähigkeit einer Person auszuschliessen: die kognitive Komponente (Fähigkeit, die Folgen der eigenen Entscheidungen angemessen zu erfassen) und die Willenskomponente (keinerlei Druck von Seiten einer Drittperson).

Leiden

Wird das Leiden zur Rechtfertigung des Ersuchens um Suizidbeihilfe herangezogen, ist es ein bedeutsames Beurteilungskriterium. Für das körperliche und seelische Wohlbefinden muss alles (ärztliche Behandlung wie Aufmerksamkeit für die Person) getan werden. Gerade unter diesen Umständen ist die Palliativpflege zu unterstützen, im Wissen allerdings, dass Leiden nicht in jedem Fall mit den medizinischen Mitteln dieser Disziplin bekämpft werden kann. Nicht weniger wichtig ist die Unterscheidung zwischen Schmerz und Leiden: Schmerz gehört in den Bereich der Physis, mit Leiden hingegen ist eine mehr moralische, mentale, psychosoziale, ja spirituelle Dimension verbunden.

Es kann hier keinesfalls darum gehen, Schmerzen auf Kosten des Leidens zu diskriminieren, oder umgekehrt. Die Aussage will lediglich anzeigen, dass der Schmerz durch wissenschaftliche Mittel eher in den Griff zu bekommen ist, während das Leiden der intimen und persönlichen Sphäre des leidenden Menschen angehört. Alleiniger und letzter Richter über die Erträglichkeit des Leidens bleibt das Individuum. Der einzige Handlungsspielraum der Angehörigen medizinischer Berufe besteht darin, Mittel zur Leidenslinderung zur Verfügung zu stellen. Hier könnte insofern der Eindruck einer paradoxen Situation entstehen, als Leiden geradezu eine Voraussetzung zu sein scheint, um dem Verlangen nach Suizidbeihilfe stattzugeben. Zum einen ist einzuräumen, dass in einem medikalisierten Umfeld kaum die Möglichkeit besteht, ohne Leidensdruck auf das Verlangen einzugehen; zum anderen ist schwer einsehbar, wie und durch wen das Verlangen in Frage gestellt werden könnte, ist doch der Patient alleiniger Richter über die Erträglichkeit seines Leidens. In diesem Argumentationszusammenhang sei eigens erwähnt, dass jede Person, die den Suizid als einzigen Ausweg im Leben betrachtet, wahrscheinlich genügend leidet, um Suizidbeihilfe zu erbitten.

Diagnose einer tödlichen oder schwer beeinträchtigenden Krankheit

Hier geht es meist um Situationen, in denen sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden und keine medizinische Lösung mehr in Aussicht steht. Eine Anzahl Krankheiten (z. B. degenerative Gehirnerkrankungen) lässt eine medikamentöse Betreuung noch zu, während der unaufhaltsam näher rückende Verlust der Bewegungsautonomie den Suizid nur noch in einer zeitlich begrenzten Frist möglich erscheinen lässt. Zu erwähnen sind auch die Fälle schwerstbehinderter, aber selbstbestimmter Patientinnen und Patienten. Nicht auszuschliessen ist, dass einige von ihnen aus Verzweiflung um die Beendigung ihres Lebens bitten.

Diese Situationen führen zu mehreren Schwierigkeiten. Gedacht ist hier in erster Linie an die mit der Diagnose verbundene Ungewissheit, dann aber auch an die von den Ängsten der Angehörigen wie der Pflegenden geprägten Krankheitsvorstellungen.

Gleichwohl bleibt das Subjekt selbst alleiniger Richter über die Tolerierbarkeit des Wartens auf den tödlichen Ausgang. An ihm liegt es auch, die von den Behandelnden vorgebrachten statistischen Daten zu berücksichtigen, oder dies nicht zu tun.

Domizil

Probleme wirft auch das Domizil auf. Je nachdem, ob sich der Suizidwillige in einem Alters- oder Krankenheim oder in einem Akutspital befindet, präsentiert sich die Lage anders. Die Pensionärin oder der Pensionär eines Alters- oder Krankenheimes ist zumeist in der Institution wohnhaft; diese ist Pflege- und Lebensort zugleich. Der in einem Akutspital hospitalisierte Patient hingegen behält fast immer sein Privatdomizil. Aus diesem Grund ist die Pensionärin, der Pensionär eines Alters- oder Krankenheimes meist nicht in der Lage, die Suizidabsicht im gewohnten Lebensmilieu zu realisieren. Es bleiben höchst unbefriedigende Lösungen wie das Hotelzimmer oder – wie in einem Westschweizer Kanton geschehen – die Flucht in einen Wohnwagen. Auf den ersten Blick erscheint die Lage des in einem Akutspital hospitalisierten Patienten einfacher, weil er – im Prinzip – an sein Domizil zurückkehren kann, um eine Suizidhandlung zu vollziehen. Diese Situation führt indes, das werden wir weiter unten sehen, zu moralischen und psychologischen Problemen anderer Art.

Dass der assistierte Suizid in einer Institution in der Regel nicht willkommen ist, ist offenkundig. Das hat mit dem schlechten Image zu tun, das er von der Institution vermittelt, und mit den Ängsten, die er bei den anderen Pensionären bzw. Patienten eines Alters- oder Krankenheimes oder einer Klinik auslösen könnte. Hierin liegt denn auch eine der wesentlichen Herausforderungen der Debatte. Unbewiesen bleibt zudem, dass sämtliche Patienten mit einem offiziellen privaten Domizil in ihren eigenen vier Wänden die für die Realisierung ihres Vorhabens erforderliche Umgebung finden.

Sollte die Entscheidung, auf das Verlangen nach assistiertem Suizid einzutreten oder nicht, einzig und allein auf den banalen Grund abstellen, dass der Bittsteller ein privates Domizil besitzt, wäre dies eine moralisch schwer zu begründende Lösung – denn das würde, von der bereits erwähnten Ungerechtigkeit einmal abgesehen, bedeuten, dass die Institution im Falle eines Patienten mit einem «Zuhause» von der Last seines Ersuchens *ipso facto* befreit wäre. Genau so aber präsentiert sich zurzeit in etwa die Lage in der Schweiz und genau dies ist einer der Gründe für das Unbehagen der Angehörigen medizinischer Berufe. Manche orten hier eine Ungerechtigkeit oder aber sie sind der Auffassung, sie würden den ihnen anvertrauten Patienten in einem entscheidenden Lebensmoment sich selbst überlassen. Diese wenig stimmige Haltung stürzt die Berufsleute im Gesundheitswesen unter Umständen in einen Gewissenskonflikt zwischen beruflicher Aufgabe und geteiltem Menschsein. In solchen Fällen könnten Institutionen versucht sein, Berufsleute, die ihren Patienten bis ans Ende betreuen möchten, dazu aufzufordern, diesen ausserhalb der Arbeitszeit und ausserhalb der Institution zu begleiten. Diese durchaus realen Situationen sind in unseren Augen moralisch inkohärent.

Ethische und psychologische Spannungen können schliesslich auch in einem Akutspital auftreten, nämlich immer dann, wenn dort ein Patient, der um einen assistierten Suizid ersucht, weil ihm die Palliativpflege nicht oder nicht mehr genügend Linderung bringt, im Endstadium nach Hause geschickt wird. Spannungen sind möglich auf Seiten des Patienten, weil er sich von seinen Therapeuten verlassen fühlt, zu denen er eine oft intensive Beziehung aufgebaut hat. Spannungen auf Seiten der Pflegenden können entstehen, weil sie das Gefühl haben könnten, sie würden ihren Patienten in einem entscheidenden Lebensmoment im Stich lassen.

Die Frage nach dem geeigneten Ort für die Suizidhandlung zählt nach Auffassung der NEK-CNE mit zu den schwierigsten. Erforderlich ist eine nuancierte und differenzierte Antwort mit folgenden Brennpunkten:

1. Die NEK-CNE ist der Auffassung, dass sich die Problematik für Institutionen der Langzeitpflege und für Akutspitäler unterschiedlich darstellt.

Institutionen der Langzeitpflege: Wenn ein Bewohner den assistierten Suizid wünscht und er über keinen anderen Lebensort verfügt als diese Institution, müsste er seinen Akt an diesem Ort durchführen können. Davon ausgenommen bleibt der Fall einer Institution, die spezifisch und explizit nur Bewohner annimmt, die zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme ausdrücklich zugestimmt haben, dass die betreffende Institution in ihren Räumen keine Suizidbeihilfe duldet. Das Reglement der Institution muss offen darlegen, auf welche Werte sie sich bezieht; dazu gehört auch, ob die Suizidbeihilfe in der Institution entweder ausdrücklich erlaubt oder verboten ist. Das Personal der Institutionen der Langzeitpflege kann aber nicht dazu gezwungen werden, an einer Suizidbeihilfe teilzunehmen (Vorbehalt der Ablehnung aus Gewissensgründen). Schliesslich muss die Institution, die innerhalb ihrer Mauern die Suizidbeihilfe zulässt, ein Dispositiv zur Achtung der Gewissensfreiheit aller involvierten Akteure (Bittsteller, Personal, Begleitperson) umsetzen; nicht zu vergessen, die garantierte Intimität (ja Geheimhaltung) für die zum Suizid entschlossene Person.

Akutspitäler: Jede Institution sollte sich festlegen, ob sie den assistierten Suizid als Möglichkeit für ihre Patienten zulassen will oder nicht. Sie sollte diesen Entscheid auch transparent machen. Wenn sie diese Praxis erlaubt, müsste die Institution natürlich auch die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, damit der Akt unter den bestmöglichen Voraussetzungen durchgeführt werden kann. Aber auch hier ist die Gewissensklausel für das gesamte betroffene Personal zu respektieren. Tritt die Institution auf einen Wunsch nicht ein, sollte sie die Möglichkeit bieten, den Patienten an eine andere Pflegeeinrichtung zu überweisen, die in der Lage ist, seinem Begehren nachzukommen. Ein Konflikt kann bei öffentlichen Spitälern entstehen, die für die Allgemeinversicherten, die keine freie Spitalwahl besitzen, einen Behandlungsauftrag haben.

2. In beiden Fällen legt die NEK-CNE den Akzent auf die transparente und explizite Politik einer Institution in Sachen assistierter Suizid, sei dieser nun gestattet oder nicht, sowie auf die Pflicht der Institution, die Qualität der vorgesehenen Verfahren zu überprüfen. Diese Pflicht schliesst eine eventuelle psychologische Nachbetreuung der an diesen Handlungen beteiligten Berufsleute ein, aber auch die Unterstützung von Personen, deren Wunsch nach Selbsttötung nicht stattgegeben werden kann.

Frist zwischen Ersuchen und Akt sowie Zweitmeinung

Diese Vorsichtsmassnahmen einer Frist zwischen Ersuchen und Akt bzw. das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung dienen der Überprüfung des authentischen Willens des Suizidkandidaten. Es ist vorstellbar, dass ein einmal geäussertes Ersuchen auf Umstände zurückzuführen ist, die sich wandeln können. Schwerer fällt es, ein lang anhaltendes, wiederholtes und begründetes Verlangen in Zweifel zu ziehen. Es geht keineswegs darum, die Wahrhaftigkeit oder Gültigkeit der Bitte in Frage zu stellen, vielmehr darum, mit grösstmöglicher Gewissheit auszuschliessen, dass sie lediglich aus momentaner Entmutigung geäussert wurde. Hingegen scheint es schwierig, weil allzu willkürlich, ein absolutes Zeitintervall zwischen den einzelnen Ersuchen festzusetzen: Je nach Krankheit und deren Schweregrad, aber auch je nach Temperament und Gemütsverfassung des Patienten kann eine gegebene Frist im einem, nicht aber im anderen Fall berechtigt sein.

Psychiatrisches Gutachten

Eine psychiatrische Beurteilung kann dazu verhelfen, eine psychische Erkrankung als Ursache des Todeswunsches zu erkennen oder auszuschliessen. Nach epidemiologischen Untersuchungen erfolgt die grosse Mehrheit der Suizidversuche und Suizide im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung. Werden psychisch Kranke, die bereits Suizidhandlungen durchgeführt haben, in geeigneter Weise psychiatrisch und/oder psychotherapeutisch behandelt, so zeigen Verlaufsstudien, dass die grosse Mehrheit dieser Menschen nicht an Suizid, sondern eines natürlichen Todes sterben.

Eine psychiatrische Untersuchung durch einen Facharzt oder einen entsprechend geschulten Arzt ist immer dann zu empfehlen, wenn bei einem suizidalen Menschen Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht. Beihilfe zum Suizid soll aus ethischer Sicht auf keinen Fall erfolgen, wenn die Suizidalität Symptom oder Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist. Schwieriger sind jene eher seltenen Situationen zu beurteilen, wo das Abklingen einer psychischen Erkrankung nicht zum Abklingen des Suizidwunsches führt. Hier ist zu fragen, ob die Stigmatisierung psychisch Kranker in unserer Gesellschaft zum Weiterbestehen des Suizidbegehrens beiträgt oder ob eine andere sozial bedingte Not (etwa eine finanzielle) den Suizidwunsch aufrechterhält. Spielen solche Einflüsse eine wesentliche Rolle im Suizidbegehren, so erscheint es primär nötig, die Not dieser Menschen zu lindern bzw. ihnen zu helfen, mit der sozial belastenden Rolle eines psychisch Kranken zurechtzukommen. Jedenfalls darf die gesellschaftliche Benachteiligung psychisch Kranker nicht dazu führen, dass die Forderung nach formaler Gleichbehandlung beim assistierten Suizid in zynischer Weise als Ausweg aus dieser sozialen Ungleichbehandlung postuliert wird.

Andererseits darf bei psychisch Kranken, deren Suizidwunsch – beispielsweise im Krankheitsintervall – nicht direkter Ausdruck ihrer Erkrankung ist, die Selbsttötung nicht mit Zwang verhindert werden. Psychisch Kranke sollen sowohl das Recht auf Fürsorge und Behandlung wie auch bei Urteilsfähigkeit das Recht, über ihr Lebensende zu entscheiden, in Anspruch nehmen können. Allerdings ist zunächst und vor allem darauf hin zu arbeiten, dass sie im Alltag und im Versicherungsrecht den körperlich Kranken gleichgestellt werden und ihre soziale Benachteiligung nicht dazu beiträgt, dass sie angesichts ihres schamvollen Leidens den Ausweg in den Tod wählen.

Das erwünschte psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräch mit suizidalen Menschen darf sich im Übrigen nicht auf ein psychopathologisches Assessment beschränken. Es muss ebenso zum Ziele haben, die betroffenen Menschen in ihrer Situation zu verstehen und über dieses Verständnis zu ihrer Entlastung beizutragen. Manche suizidale Menschen fühlen sich in ihrem Todeswunsch allein gelassen und wünschen aufmerksame und vorurteilsfreie Zuhörende. Es geht also im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräch nicht um eine Pathologisierung des Suizidwunsches, sondern um eine Annäherung an die Lebenssituation der Betroffenen. Für eine solche offene Begegnung sind vorgefasste Meinungen wenig hilfreich. Auch abstrakte Regeln (wie das Gebot von Autonomie oder von Fürsorge) helfen im Einzelfall kaum weiter. Mehr bieten Gespräche, in denen suizidale Menschen ihre Schwierigkeiten und Wünsche darlegen oder ihre Gefühle wie Scham, Verzweiflung, Wut, Traurigkeit oder Resignation zum Ausdruck bringen können.

Tiefe und langjährige Vertrautheit

Die Dauer einer Beziehung zu einem (Haus-)Arzt sagt v.a. bei älteren Menschen wenig über deren Qualität aus. Die «Langjährigkeit» einer Beziehung scheint wünschenswert, kann aber kaum allgemein gefordert werden. Wer unter einer schweren Krankheit mit tödlichem Verlauf leidet, wird vermutlich eine Anzahl Spezialisten konsultieren, denen er vor dem Ausbruch der Krankheit kaum je begegnet ist. Deshalb ist die Forderung nach einer langjährigen Beziehung zwischen Patienten und Arzt undenkbar. Hingegen wäre es in hohem Masse angezeigt, dass es so schnell wie möglich zu einer Kontaktnahme zwischen dem Facharzt und dem behandelnden Arzt kommt, um das für jede therapeutische Beziehung konstitutive Vertrauen herzustellen.

Die Dauer der therapeutischen Beziehung scheint zudem bloss eine notwendige, aber nicht unbedingt hinreichende Bedingung zu sein, denn ebenso unerlässlich wie die Dauer ist die Tiefe der therapeutischen Beziehung. Es kann vorkommen, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut erst seit kurzem besteht, aber von derartiger Qualität ist, dass eine Entscheidung zur Suizidhilfe in Kenntnis der Sachlage getroffen werden kann.

Psychologische Unterstützung und pharmakologische Ausbildung

Die psychologische Unterstützung der Suizidbegleiter und die technisch-pharmakologische Ausbildung sind ergänzende Elemente. Kaum möglich sind zum jetzigen Zeitpunkt Aussagen darüber, ob die Sterbehilfeorganisationen über ausreichende Unterstützung (Debriefing oder externe Supervision) und eine angemessene pharmakologische Ausbildung verfügen. Letztere ist im Übrigen im medizinischen Grundstudium nicht vorgesehen. Bedeutende Anstrengungen sind auf der Ebene der Grundausbildung der Angehörigen medizinischer Berufe noch nötig, sollen

bestehende Lücken geschlossen werden. Den Pflegeeinrichtungen, welche die Suizidbeihilfe in ihren Räumlichkeiten für zulässig erklären wollen, können die konkreten Umstände dieser Praktiken nicht gleichgültig sein. Ohne die Verantwortung für die Suizidbeihilfe zu übernehmen, müssten sie Suizidwillige wie Personal vor Praktiken schützen, die mit der Menschenwürde unvereinbar sind. Gestattet eine Institution den assistierten Suizid, ist sie auch gehalten, die mit den Verantwortlichkeiten der Akteure verbundenen Rechtsfragen zu regeln.

Alter

Das Alter allein kann mit Ausnahme von Kindern, die als nicht urteilsfähig im Sinne des Gesetzes gelten, nicht als restriktive Bestimmung von Art. 115 StGB interpretiert werden. Es kann höchstens als verstärkendes Kriterium gelten, etwa bei wiederholtem Verlangen oder bei der bestätigten Diagnose einer unheilbaren Krankheit mit tödlichem Verlauf. Die Ausübung strikt persönlicher Rechte hängt nicht vom Alter, sondern von der Urteilsfähigkeit der Person ab. Deshalb gibt es keinen prinzipiellen Grund, weshalb das Alter eine entscheidende Rolle spielen sollte. Mit der Frage der Minderjährigen werden wir uns weiter unten eingehender befassen.

III.6 Sonderfälle

a) Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken

Die Suizidbeihilfe bei Kranken mit schwerem psychischem Leiden wirft eine spezifische, in den Kreisen der Psychiatrie nicht einheitlich beantwortete Frage auf. Bei der Erörterung der Kriterien wurde schon oben auf diese Problematik eingegangen. Die meisten Psychiater vertreten die Auffassung, die Suizidhilfe sei nicht statthaft, denn das entsprechende Verlangen sei bei diesen Kranken in jedem Fall gerade Ausdruck der psychischen Störung. Nach Auffassung anderer Psychiater kann die psychische Krankheit bei gewissen Patienten ein nicht zu linderndes Leiden bewirken, das das Eingehen auf das Ersuchen rechtfertigt.

Wenige empirische Studien befassen sich mit diesem Thema, obwohl die entsprechende Debatte die Angehörigen der Heilberufe nicht gleichgültig lässt – nach den zahlreichen Leitartikeln, Kommentaren und Leserbriefen zum Thema zu schliessen. Die Frage sollte für sämtliche Spezialisten für seelische Krankheiten von Belang sein, doch in psychiatrischen Kreisen sind es offenbar vor allem die Liaisonpsychiater und die Psychogeriater, die mit dieser Problematik effektiv konfrontiert sind.[127] In der Schweiz[128] zeigt eine Untersuchung der Tätigkeit von Exit, dass zwischen 1990 und 2000 3 % der assistierten Suizide in direktem Zusammenhang mit einer rein psychischen Störung standen, während bis 18 % der Aktivitäten dieser Organisation somatisch Kranke mit gleichzeitiger schwerer psychischer Störung betrafen.

Drei verschiedene Kategorien psychisch Kranker sind von der Frage der Suizidbeihilfe betroffen:

1. Kranke ohne schweres somatisches Leiden, die wegen einer schweren psychischen Störung nach assistiertem Suizid verlangen;
2. Kranke mit einer schweren psychischen Störung, die wegen einer schweren somatischen Krankheit nach assistiertem Suizid verlangen;
3. Patienten im geriatrischen Alter (Psychogeriatrie).

[127] B. Kelly u. a.: Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box, in: British Journal of Psychiatry 181 (2002), S. 278.
[128] Bosshard/Ulrich/Bär: 748 cases of suicide (s. Anm. 3), S. 310.

Bei dementen Kranken können die Autonomiefähigkeiten fast ganz erloschen sein. Es ist aber zu betonen, dass ihr Würde- und Autonomieanspruch dadurch nicht angetastet wird und sie wie alle Menschen den Schutz der Menschenrechte geniessen. Juristisch gesprochen sind sie nicht urteilsfähig; für sie kann Beihilfe zum Suizid nicht in Erwägung gezogen werden.

Zu 1.: Kranke ohne schweres somatisches Leiden, die wegen einer schweren psychischen Störung nach assistiertem Suizid verlangen

In den Niederlanden hat das höchste Gericht 1994 entschieden, der assistierte Suizid könne im Fall von unerträglichen, nicht somatischen sondern psychischen Leiden erlaubt sein. Anders als in der Schweiz ist in den Niederlanden ein Verlangen auf assistierten Suizid nur dann zulässig, wenn es von einer Ad-hoc-Kommission akzeptiert worden ist. Diese Instanz erklärt ein Ersuchen nur dann für statthaft, wenn der Gesuchsteller, die Gesuchstellerin sich einer – namentlich im Kontext einer Depression – als wirksam anerkannten Behandlung erfolglos unterzogen hat. Das Argument, mit dem in den Niederlanden der assistierte Suizid bei psychischen Störungen als grundsätzlich statthaft erklärt wird, ist die Weigerung, die in der Gesellschaft schon vielfach benachteiligten psychisch Kranken zusätzlich zu stigmatisieren. Nur 2 % der Ersuchen um assistierten Suizid aus psychischen Gründen werden indes als zulässig erklärt. Dem stehen 37 % bewilligte Ersuchen aus somatischen Gründen gegenüber.[129] Anders als in der Schweiz, wo die Suizidbeihilfe ausserhalb der Sphäre ärztlicher Tätigkeit gestattet ist, ist der assistierte Suizid in den Niederlanden im Umfeld einer ärztlichen Tätigkeit verankert. Die Hälfte der befragten niederländischen Ärzte hält diese Praxis für akzeptabel; eine Minderheit war bereits an einem assistierten Suizid beteiligt.[130] Eine Analyse der veröffentlichten Daten über die ganz wenigen Kranken, die an den Folgen eines assistierten Suizides aus psychischen Gründen gestorben sind, zeigt indes, dass praktisch sämtliche Patienten neben ihrer psychischen Krankheit unter schwerwiegenden somatischen Störungen litten. Werden ausserdem die Beweggründe für das Verlangen nach assistiertem Suizid bei depressiven Kranken untersucht, beeindruckt die Tiefe ihrer Motivation, zugleich aber drängt sich die Frage auf, ob alles Mögliche getan worden sei, um das Leiden dieser Patienten zu lindern. Schliesslich zeigen die empirischen Daten, dass bei depressiven Patienten die Einstellung dem assistierten Suizid gegenüber im Laufe der Zeit stärker fluktuiert als bei Patienten, die aus rein somatischen Gründen einen assistierten Suizid in Erwägung ziehen.[131]

Im Allgemeinen wird nicht empfohlen, auf das Verlangen nach einem durch psychische Störungen motivierten assistierten Suizid einzugehen. Die Gründe dafür sind folgende:

a. Eine verlässliche Prognose bei psychischer Krankheit ist schwierig zu erstellen, selbst wenn heutzutage in der Beschreibung und vielleicht sogar in der Erkenntnis ihrer biologischen Ursache beträchtliche Fortschritte erzielt werden konnten. Bei Depression oder Psychosen etwa erweisen sich Prognosen über die Reaktion auf eine Behandlung – sei sie pharmakologischer oder psychotherapeutischer Natur – im Einzelfall als äusserst schwierig.[132] Ausserdem fluktuieren die Meinungen dieser Kranken in Bezug auf den assistierten Suizid beträchtlich.[133] Eigens erwähnt sei, dass neurodegenerative Krankheiten wie Alzheimer oder Chorea Huntington nicht unbedingt unter diese Regel fallen müssen, denn ihr neuropsychiatrischer Verlauf ist bekannt und relativ stereotyp, gekennzeichnet durch den langsamen, aber unausweichlichen Abbau der geistigen Fähigkeiten der Erkrankten.

[129] J. Groenewoud u. a.: Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands, in: New England Journal of Medicine 336 (1997), S. 1795.
[130] Ebd.
[131] E. Emanuel u. a.: Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers, in: JAMA 284 (2000), S. 2460.
[132] R. Schoevers u. a.: Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in Netherlands, in: Psychiatric Services 49 (1998), S. 1475.
[133] Emanuel et.al.: Attitudes and desires (s. Anm. 128), S. 2460.

b. Psychisch kranke Menschen stehen unter grossem Leidensdruck. Unter schwierigen Bedingungen kämpfen sie gegen ihre Krankheit und ihre Betreuer und Betreuerinnen helfen ihnen motiviert, zu eilen auch ohne nennenswerte positive Resultate feststellen zu können. Eine weit gefasste und liberale Handhabung des assistierten Suizides könnte eine Demotivierung der Therapeuten sowie eine gefährliche Resignation der Kranken wie der Pflegenden erzeugen.[134]
c. Das Verlangen nach Suizidbeihilfe von Seiten psychisch Kranker ist meist Ausdruck oder Symptom ihrer Krankheit. Es ist schwerlich definitiv auszuschliessen, dass diese behandelbar ist.

Zu 2.: Kranke mit einer schweren psychischen Störung, die wegen einer schweren somatischen Krankheit nach assistiertem Suizid verlangen

Bei einer schweren unheilbaren somatischen Krankheit kommt es verständlicherweise häufig zu Depressionen und zum Sterbewunsch. Doch wie sich somatische Krankheiten auf die Psyche auswirken – darüber fehlt der wissenschaftliche Nachweis.[135] Ein depressiver Zustand, etwa als Reaktion auf einen Trauerfall, ist häufig und den Umständen entsprechend «normal». Aus den meisten Studien geht hervor, dass Schmerz und vor allem Hoffnungslosigkeit der dominante Faktor für die Niedergeschlagenheit der Kranken ist.[136] Dank Fortschritten in der Psychiatrie wie in der Biopharmakologie und in den Psychotherapien sind auf dem Gebiet dieser Krankheiten bedeutende Erfolge erzielt worden. Ausserdem spielt hier auch die Palliativmedizin eine sehr wichtige Rolle.

Gibt es aber somatisch Kranke mit gleichzeitiger psychischer Störung, bei denen die Frage eines assistierten Suizides dennoch zulässig ist? Hier kann es keine generelle Position, sondern nur Einzelfälle mit entsprechend individuellen Entscheidungen geben.[137]

Zu 3.: Betagte Kranke – Umgang mit der Suizidbeihilfe in Psychiatrie und Geriatrie

Betagte Kranke weisen zwei Merkmale auf, die den Umgang mit der Suizidbeihilfe auf Verlangen potenziell beeinflussen: hohe Häufigkeit von Comorbidität und eine hohe Zahl von Patienten, die in Alters- oder Krankenheimen wohnen, deren Lebens- und Pflegeort also identisch ist.

Aus folgenden Gründen beeinflussen diese beiden Faktoren die Überlegungen der NEK-CNE zum assistierten Suizid ganz wesentlich:

a. Die Urteilsfähigkeit für diese Krankenpopulation kann partiell sein und im Laufe der Zeit fluktuieren.
b. Das Risiko von wirtschaftlichen, oft unausgesprochenen oder verborgenen institutionellen oder familiären Pressionen ist nicht völlig auszuschliessen. Diese könnten dazu führen, dass der assistierte Suizid unterstützt wird. Für die Angehörigen, die Pflegeinstitution, ja gar die Gesellschaft könnte es «selbstsüchtige Beweggründe» geben, die es als vorteilhaft erscheinen liessen, den Kranken, die Kranke rasch sterben zu lassen. Solche Pressionen wären ethisch verwerflich. Zwar existiert dieses Risiko auch beim rein somatisch Kranken, aber dieser ist zu einer realistischeren Lageeinschätzung fähig. Ganz anders präsentiert sich die Situation bei einem Kranken mit schwerer psychischer Störung. Bei kranken und geistig verwirrten Hochbetagten ist gegenüber einem Verlangen nach assistiertem Suizid höchste Zurückhaltung angebracht. Dennoch können solche Patienten in ihren ganz persönlichen Entscheidungen urteilsfähig sein, so dass in seltenen Fällen der assistierte Suizid erwogen bzw. einer Bitte stattgegeben werden könnte.

[134] L. Ganzini u. a.: Psychiatry and assisted suicide in the United States, in: N Engl J Med 336 (1997), S. 1824.
[135] H. M. Chochinov et al.: The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations, in: Can J Psychiatry 41 (1996), S. 315.
[136] B. Rosenfeld: Assisted suicide, depression and the right to die. Psychol Public Law 6 (2000), S. 467.
[137] Kelly u. a.: Euthanasia (s. Anm. 124), S. 278.

In einer breiteren Perspektive hat sich die Kommission immer wieder mit der folgenden Frage beschäftigt: Sollen die Psychiater bei der Bewilligung des assistierten Suizides die Funktion des «gatekeeper» ausüben? Aus empirischen Daten geht hervor, dass zwar 64% der britischen Psychiater der Auffassung sind, es sei wichtig, dass ein Arzt ihrer Fachrichtung die Ersuchen um assistierten Suizid evaluiere, dass aber 65% nicht gewillt sind, diese Tätigkeit selbst auszuüben.[138] Gleiches gilt für die Niederlande, wo etwa die Hälfte der befragten Psychiater nicht beabsichtigt, an einem assistierten Suizid von Psychiatriepatienten teilzunehmen.[139] Dass die Fachleute selbst (das heisst die Psychiater) die Ersuchen um assistierten Suizid nicht als Experten evaluieren wollen, legt die Schlussfolgerung nahe, dass sie diese Aktivität vor eine existenzielle Frage stellt, die schwer zu handhaben ist.

b) Assistierte Suizide von Unmündigen?

Im Falle von Minderjährigen sind es praktisch immer medizinische Umstände, die sie dazu bewegen, um einen assistierten Suizid zu ersuchen. Offenbar stellte sich die Frage bisher nur bei unmündigen Personen, die an einer unheilbaren Krankheit (meist onkohämatologischer Art) leiden, und dies nach dem Scheitern von stark belastenden Therapien. Undenkbar ist, dass ein unheilbares psychisches Leiden diagnostiziert wird, das zu einem assistierten Suizid auf Verlangen führen könnte, ohne dass zuvor eine mehrjährige Beobachtungszeit beachtet würde, bei deren Abschluss die minderjährige Person zwangsläufig ihre Mündigkeit erreicht hätte.

Minderjährige stellen uns vor besondere rechtliche Probleme. Das Einverständnis zu einem medizinischen Eingriff (in diesem Kontext kann der assistierte Suizid einem medizinischen Eingriff analog gesetzt werden) bei einer unmündigen Person wird im Prinzip von deren gesetzlichem Vertreter (Vater, Mutter, Vormund) erteilt. Eltern aber haben kein Recht über Leben und Tod ihres Kindes. Wenn die Entscheidungen der gesetzlichen Vertreter des unmündigen Patienten für diesen schwerwiegende Folgen haben, kann sich der Arzt, die Ärztin an die Vormundschaftsbehörde wenden. In Notfällen ist der Arzt sogar befugt, einen von ihm als notwendig beurteilten medizinischen Eingriff durchzuführen, wenn dessen Unterlassung für die unmündige Person ein tödliches Risiko nach sich zöge.

Die zweite Präzisierung betrifft die urteilsfähige unmündige Person. Dazu Olivier Guillod: «Im schweizerischen Recht hängt die Fähigkeit des Unmündigen, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, von seiner Urteilsfähigkeit ab. Gemäss Art. 19 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vermögen urteilsfähige unmündige Personen ‹Rechte auszuüben, die ihnen um ihrer Persönlichkeit willen zustehen›.»[140] Lehre und Rechtsprechung sind sich aber einig, dass die Fähigkeit, einem medizinischen Eingriff zuzustimmen (oder ihn abzulehnen) zu diesen Persönlichkeitsrechten gehört.

[138] H. Shah et al.: National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet 352 (1998), S. 1360.
[139] Groenewoud et al.: Physician-assisted death (s. Anm. 126), S. 1795.
[140] O. Guillod: Le consentement éclairé du patient. Neuenburg 1986, S. 201–257.

Die Definition der Urteilsfähigkeit findet sich in Art. 16 ZGB: «Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.» Dazu eine wichtige Präzisierung: Die Urteilsfähigkeit wird immer mit Bezug auf eine bestimmte Handlung, hier den assistierten Suizid, geäussert. Im Übrigen liegt es am Arzt, die Urteilsfähigkeit eines Menschen zu evaluieren. Besteht Zweifel an der Urteilsfähigkeit, muss eine Fachperson (also ein Arzt, meist ein Psychiater) eine entsprechende Abklärung durchführen.

Es sei daran erinnert, dass in der Schweiz die Mündigkeit und die Ehefähigkeit seit dem 1. Januar 1996 mit dem zurückgelegten 18. Altersjahr erreicht ist. In Anwendung von Art. 13 ZGB ist jede mündige und urteilsfähige Person handlungsfähig. Folglich ist dieses mündige Individuum fähig, sich mit Handlungen gegenüber der Gesellschaft zu verpflichten. Die Mündigkeit verleiht mithin die Handlungsfähigkeit; die Trennung zwischen Urteilsfähigkeit und Mündigkeit stellt indes eine Besonderheit des schweizerischen Rechtes dar. Von einem jungen Erwachsenen wird angenommen, er sei urteilsfähig, eine noch nicht 18-jährige Person hingegen muss ihre Urteilsfähigkeit unter Beweis stellen. Es ist also keineswegs ausgeschlossen, dass eine unmündige Person urteilsfähig ist, aber sie muss es beweisen. Nebenbei sei erwähnt, dass ein Kind mit zurückgelegtem 16. Altersjahr gemäss Art. 303 Abs. 3 ZGB selbstständig, also ohne Einflussnahme der Eltern, über sein religiöses Bekenntnis entscheiden kann.

Die Urteilsfähigkeit von «älteren» unmündigen Personen – in der Regel geht es hier um Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren – kann nicht ohne weiteres als nicht vorhanden oder vernachlässigbar gelten. Der zentrale Punkt dieser Überlegungen ist die Frage, ob eine «ältere unmündige Person» in Bezug auf eine lebenswichtige Frage – in Rechtsbegriffen ausgedrückt – urteilsfähig ist oder nicht oder ob sie – im allgemeinen Sprachgebrauch – in der Lage ist, ihre Entscheidungsautonomie auszuüben.

Die Problematik des assistierten Suizides bei einer urteilsfähigen, unmündigen Person ist in der Tat sehr heikel, und zwar im Wesentlichen deshalb, weil die Reife von Jugendlichen in Bezug auf existenzielle Fragen in der Regel von einer Vielzahl von Variablen abhängig ist und nicht bloss vom Alter. Im Besonderen kann die Haltung eines Jugendlichen, der um einen assistierten Suizid nachsucht, unterschiedlich interpretiert werden. Es kann sich entweder um eine besonders reife und von der Richtigkeit der vorgebrachten Argumente überzeugte Person handeln – dies umso mehr, als sie allein in der Lage ist, den Grad des eigenen körperlichen oder seelischen Leidens wirklich einzuschätzen. Dann ist der Entscheid einer unmündigen Person, einen assistierten Suizid zu verlangen, ebenso achtbar wie der Entscheid einer urteilsfähigen und entschlossenen erwachsenen Person in einer vergleichbaren Lage (unerträgliche Schmerzen im Kontext einer unheilbaren Krankheit). Oder aber es kann sich um eine unmündige oder adoleszente Person handeln, die angesichts der Schwere der zu treffenden Entscheidung, der von den Eltern oder dem Umfeld ausgeübten Zwänge, aber auch der für diese Lebensphase typischen charakterlichen Instabilität verunsichert ist. Unter solchen Umständen kann es keine generelle, auf sämtliche Situationen anwendbare Position geben. Eine «medizinische Mündigkeit», die festlegen würde, dass eine unmündige Person mit Erreichen einer bestimmten Altersschwelle urteilsfähig wäre, gibt es nämlich nicht. Zudem zeigt die Erfahrung der Pädiater, dass die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen je nach Persönlichkeit ganz unterschiedlich verläuft.

Zu bedenken ist hier die Situation einer unmündigen Person in der Adoleszenz. Diese Person ist vielfältigen, mehr oder weniger starken, positiven oder negativen Einflüssen ausgesetzt, welche die Familie oder andere Instanzen ausüben. Adoleszente können in ihrer eigenen Willensbildung noch stark abhängig sein, wenn dies auch nicht allgemein behauptet werden darf. Äussere Einflüsse formen dann im Angesicht der äusserst schwierigen Frage von Leben oder Sterben das Urteil und die Persönlichkeit der Adoleszenten. In diesem ganz besonderen Kontext stellt sich die eigentliche Frage nach der Einschätzung der Urteilsfähigkeit einer unmündigen Person und dem Grad ihrer Entscheidungsfreiheit. Diese Einschätzung benötigt Zeit, will wohl überlegt sein und bedarf oft der Meinung mehrerer in diesem Bereich kompetenter Personen.

c) Organisierte Suizidbeihilfe

Eine eigene ethische Problematik stellt sich für die Suizidbeihilfe, wenn sie von spezialisierten Organisationen angeboten wird, wie sie in diesem Land auf der Grundlage von Art. 115 StGB existieren können. Innerhalb dieser Organisationen (wie Exit) können sich ein bedeutendes Fachwissen und ein Erfahrungsschatz herausbilden, der für die Qualität der Durchführung von Suizidbeihilfe förderlich ist. Auf der anderen Seite verändert sich die Situation für einen suizidalen Menschen entscheidend, wenn er weiss, dass er nicht auf unsichere Methoden zurückgreifen muss, weil es eine solche Organisation gibt, die ihm seinen Wunsch sicher und schmerzfrei erfüllen kann. Daraus entsteht für die Angehörigen der Organisation eine besondere menschliche Verantwortung. Sie haben es mit ihnen unbekannten Antragstellern zu tun und sie sind vor die Aufgabe gestellt, die Anliegen abzuklären, um zu entscheiden, ob sie in diesem Fall ihre Hilfe zum Suizid anbieten wollen oder ob sie anderweitig zu helfen versuchen.

Das Schweizerische Recht erlaubt es allen, entsprechende private Organisationen zu gründen. Solange sie nicht mit dem Art. 115 StGB in Konflikt kommen, gibt es keine Möglichkeit, an die Praxis der Organisationen Qualitätsbedingungen zu stellen. Dies scheint angesichts des Schweregrades der Frage von Leben und Tod kaum angemessen. Deshalb ist der entscheidende Schritt, eine gesetzliche Basis zu schaffen, um diese Qualitätsanforderungen für alle verlangen und durchsetzen zu können. Es muss deshalb im ersten Schritt darum gehen, Sterbehilfeorganisationen unter eine staatliche Aufsicht zu stellen. Im zweiten Schritt müssen die anzuwendenden Qualitätskriterien ausgearbeitet werden, vor allen hinsichtlich der Abklärung der Antragstellenden. Es wird ein Vorteil sein, bei der Erstellung dieser Qualitätskriterien mit den grossen Sterbehilfeorganisationen zusammenzuarbeiten, um ihre Erfahrungen mit einzubeziehen. Dies ist grundsätzlich durch eine Weiterentwicklung des Bundesrechts oder durch kantonales Recht möglich. Aber wegen der Kleinräumigkeit der Schweiz und der Möglichkeit, dass eine Organisation einfach wenige Kilometer weit in den Nachbarkanton ausweicht, hätte eine Lösung auf der Ebene Bund einen evidenten Vorteil.

d) «Sterbetourismus»

Die Sonderlösung der Schweiz in der Frage der Suizidbeihilfe zieht es nach sich, dass auch Menschen aus anderen Ländern in die Schweiz reisen, um Suizidbeihilfe durch eine Organisation, welche in ihrem Land verboten wäre, hier legal in Anspruch zu nehmen. Dieser Zustand wird aus verschiedenen Motiven beklagt. Weil die Fallzahlen ansteigen, gibt es Anlass, ernsthaft über eine Regelung nachzudenken, die dieser spezifischen Problematik gerecht wird.

Aus ethischer Sicht ist zuerst zu klären, worin eigentlich das Problem besteht. Ist es – erstens – die Tatsache der Reisen aus dem Ausland, mit dem Ziel, in der Schweiz zu sterben, welche Anstoss erregt? Ist es zweitens der Umstand, dass die Schweiz zu einem Refugium für Selbsttötungen wird? Oder ist es drittens die durch die Distanz und die zeitlichen Gegebenheiten der Reise entstehende Schwierigkeit, eine adäquate Abklärung der Hintergründe des Suizidwunsches der Anreisenden vorzunehmen, die es ermöglichen würde, einen individuellen Gewissensentscheid für oder gegen die Gewährung der Hilfe zum Sterben verantwortlich zu fällen?

In ihren Überlegungen hat die NEK-CNE eindeutig die dritte Interpretation favorisiert. Die Nationalität oder der Wohnort einer sterbewilligen Person kann aus ethischer Sicht nicht ausschlaggebend dafür sein, ob es möglich ist, im Einzelfall einen verantwortlichen Gewissensentscheid für oder gegen die Suizidbeihilfe zu fällen. Es wäre aus Gerechtigkeitsüberlegungen kaum vertretbar, den einfachen Weg zu wählen und ein nationales Kriterium festzulegen. Der zweite Grund ist eher psychologischer und politischer Natur als von ethischer Relevanz. Wenn aber für Menschen aus dem Ausland, einfach aus den Umständen der Distanz und den zeitlichen Gegebenheiten der Anreise, niedrigere Anforderungen an die Qualität der Abklärungen bestehen, so ist dies ein ethisch relevanter Grund zur Besorgnis.

Die Lösung, welche die Kommission aus diesen Überlegungen heraus empfiehlt, ist somit nicht, eine Wohnsitzpflicht für Suizidwillige einzuführen oder ein Nationalitätskriterium festzusetzen, sondern die der Sicherung der hohen Qualität der Abklärung. Damit fallen die Massnahmen, welche die Kommission für den so genannten Sterbetourismus empfiehlt, mit denen zusammen, die sie für die Beaufsichtigung und Qualitätssicherung der Sterbehilfeorganisationen generell für empfehlenswert hält. Die Sicherung der Qualität der Abklärung vor einen Entscheid über die Beihilfe zum Suizid kommt allen Personen zugute, die nach assistiertem Sterben suchen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz leben oder nicht, und unabhängig von ihrer Nationalität. Dass durch die Qualitätsanforderung die Suizidbeihilfe für Menschen aus dem Ausland aufwändiger und voraussichtlich auch weniger häufig wird, ist eine mögliche Begleitwirkung dieser Lösung.

IV. Empfehlungen zum Thema Suizidbeihilfe

Verabschiedet an der Kommissionssitzung vom 27.4.2005

1 – Zwei Pole (einstimmig)

Die ethischen Fragen, welche die Suizidbeihilfe aufwirft, ergeben sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits. Empfehlungen, Richtlinien und rechtliche Regelungen müssen beiden Polen in diesem Spannungsverhältnis Rechnung tragen.

Es gibt in der Gesellschaft eine breit geteilte Überzeugung, dass suizidgefährdete Menschen Hilfe zum Leben erhalten und in bestimmten Fällen vor sich selbst geschützt werden sollen. Daher werden erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen. Um Suizidwünschen vorzubeugen, die aus einer ungenügenden Betreuung entstehen, soll beispielsweise die Palliativbetreuung ausgebaut werden. Der Suizid eines Menschen lässt die meisten Mitmenschen nicht gleichgültig: Für die nächsten Angehörigen kann eine Selbsttötung traumatische Folgen haben. Ist ein Suizid geschehen, erleben viele Angehörige in der Folge Schuld und Ohnmacht: Es ist nicht gelungen, einen Menschen am Leben zu halten. Richtlinien und Regelungen liegt deshalb die Motivation zugrunde, Verhältnisse zu schaffen und zu erhalten, in denen der Wunsch nach Suizid möglichst nicht aufkommt und in denen das Leben von Mitmenschen als höchstes Gut angesehen wird.

Dem gegenüber steht der Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen Menschen, insbesondere der Respekt vor dem Wunsch nach einem würdigen Sterben. Dieser Respekt entspricht einem liberalen Grundverständnis, das in der Schweiz eine starke Tradition hat. Er erfährt seine Bewährungsprobe bei Handlungen eines Anderen, die wir selbst vielleicht bedauern oder für falsch halten. Und er schliesst die Bevormundung eines Anderen aufgrund eigener Moralvorstellungen aus, solange dieser nichts tut, was mit der Gefährdung Dritter verbunden ist. Wohl die meisten Menschen legen Wert darauf, in Fragen, die Krankheit und Sterben betreffen, selbst zu bestimmen, was mit ihnen geschehen soll.

Aus dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines zum Suizid entschlossenen Menschen entsteht indes kein Motiv, ihm bei der Durchführung zum Suizid zu helfen. Es braucht ein anderes, zusätzliches Motiv für die Suizidbeihilfe, das über den blossen Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen hinausgeht. Dieses Motiv kann sein, einen Menschen, der zum Suizid entschlossen ist, nicht alleine zu lassen und ihm beizustehen. Das Alleinelassen eines Menschen könnte das Risiko in sich bergen, dass er seinem Leben auf eine schreckliche und auch für andere Leid bringende Weise ein Ende macht. Dieses Motiv kann einen Grenzfall der Fürsorge darstellen: Fürsorge für einen Menschen in einer Grenzsituation. Bei dem Respekt vor der Selbstbestimmung geht es deshalb auch um den Respekt vor der Selbstbestimmung derer, die der suizidwilligen Person beistehen. Aus beiden ethischen Anliegen – der Fürsorge und dem Respekt vor der Selbstbestimmung - ergibt sich das Spannungsverhältnis für alle Regelungen und Richtlinien. Würde nur das eine berücksichtigt, liefe das auf eine erhebliche Verschiebung in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen hinaus.
Die Fürsorgeverpflichtung des Staates besteht aber nicht nur individualethisch gegenüber dem suizidwilligen Individuum, sondern auch in sozialethischer Hinsicht gegenüber den gesellschaftlichen Entwicklungen und den damit ausgelösten Folgen für andere Menschen: Die Praxis des Suizids und der Suizidbeihilfe darf nicht die Entscheidungsfreiheit anderer Menschen einschränken, indem sie z.B. zum Druck für behinderte und kranke Menschen wird, der Gesellschaft nicht zur Last fallen zu dürfen und den Suizid oder die Suizidbeihilfe einfordern zu müssen. Der Würde- und Autonomieanspruch und damit der Anspruch auf Entscheidungsfreiheit und auf Menschenrechte gilt uneingeschränkt für alle Menschen, unabhängig von den Eigenschaften und Fähigkeiten, die sie mitbringen.

2 - Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen (einstimmig)

Die Mitwirkung bei der Selbsttötung sollte in ethischer Sicht unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen.

Die Tötung auf Verlangen berührt die gesellschaftlich verbreitete Überzeugung, dass der Tod eines Menschen nicht durch Andere gezielt herbeigeführt werden darf. Beim assistierten Suizid führt der Suizidwillige selbst seinen Tod herbei. Diese Unterscheidung führt in Diskussionen um die Sterbehilfe insgesamt, insbesondere auch in die Diskussionen um die indirekte aktive Sterbehilfe. Dazu sind weiterführende Reflexionen notwendig, die nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sind.

3 - Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung (einstimmig)

Die Beihilfe zum Suizid bleibt nach Auffassung der NEK-CNE aus ethischen Gründen zu Recht straflos, sofern sie nicht aus eigennützigen Motiven durchgeführt wird. Die Kommission empfiehlt, am geltenden Art. 115 StGB keine Änderungen vorzunehmen.

Es gilt hier der liberale Grundsatz, dass die Entscheidungen sowohl des Suizidwilligen als auch dessen, der ihm beisteht, zu respektieren sind und der Staat sich darin nicht einzumischen hat. Ausgenommen davon sind Fälle, bei denen eigennützige Motive im Spiel sind.

Der Respekt vor der Entscheidung der am Suizid Beteiligten ist nicht zu verwechseln mit der moralischen Bewertung dieser Entscheidung. Hinsichtlich der moralischen Bewertung des Suizids und der Suizidbeihilfe gibt es in der Gesellschaft unterschiedliche Auffassungen.

Indem der Staat die uneigennützige Suizidbeihilfe straflos lässt, wird gleichwohl die Pluralität von Moralauffassungen in der Gesellschaft bezüglich des Suizids und der Beihilfe zum Suizid anerkannt.

4 – An der Person orientierte Entscheidungen (einstimmig)

Eine Entscheidung zur Suizidbeihilfe muss sich an der Person und an der Situation des Suizidwilligen orientieren und darf nicht zu einer bloss aus Regeln abgeleiteten Entscheidung werden.

Kriterien können immer nur den Charakter von notwendigen Bedingungen haben, die spezifizieren, wann überhaupt Beihilfe zum Suizid in Betracht kommen kann. Derartige Kriterien sind jedoch niemals hinreichend, um die Beihilfe zum Suizid im Einzelfall zu begründen.

Der Beistand, von dem die Rede ist, ist immer Beistand für eine bestimmte Einzelperson. Daher muss die Entscheidung zur Beihilfe zum Suizid immer an der individuellen Person und ihrer Situation orientiert sein. Diese Entscheidung ist mehr als nur ein Fall der Anwendung bestimmter Kriterien und Regeln. Sie erfordert eine eingehende Kenntnis der Person und ihrer Situation, des individuellen Hintergrundes ihres Suizidwunsches, der Konstanz dieses Wunsches und sie setzt das Besprechen möglicher alternativer Perspektiven, Optionen usw. voraus.

Es wäre fatal, wenn die Beihilfe zum Suizid aufgrund von Routinen erfolgen würde: Diejenigen, welche die Kriterien erfüllen, könnten sich u. U. sogar unter Rechtfertigungsdruck fühlen, wenn sie die Hilfe nicht in Anspruch nehmen wollen. Das betreuende Personal könnte sich seinerseits unter Rechtfertigungsdruck sehen, wenn es auf Grund seiner persönlichen Haltung keine Suizidbeihilfe leisten will. Schwer kranke Menschen äussern sich zum eigenen Sterben oft ambivalent und inkonstant. Wenn Suizidhilfe zum normalen Angebot würde, könnte sich diese Ambivalenz eher in einen Sterbewunsch wandeln.

Dennoch ist es gerade im Interesse eines solchen Beistands unabdingbar, bestimmte notwendige (nicht hinreichende) Bedingungen und Kriterien zu formulieren. Diese legen fest, wann überhaupt Beihilfe zum Suizid in Betracht kommen kann. In diesem Sinne sind die drei Bedingungen, welche die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrem Richtlinienentwurf für die Sterbebegleitung formuliert hat, und auch die hier von der NEK-CNE formulierten Bedingungen zu verstehen.

5 – Sterbehilfeorganisationen (einstimmig)

Art 115 StGB schützt de facto die Selbstbestimmung der am Suizid Beteiligten, indem er diese straffrei lässt. Diese grundsätzlich liberale Haltung soll nicht in Frage gestellt werden. Im Hinblick auf die herrschende Praxis der Suizidbeihilfe bedarf es aber bei den Sterbehilfeorganisationen der Ergänzung.

Das geltende Recht lässt die Beihilfe zum Suizid straflos, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Es enthält keine Bestimmungen hinsichtlich des Schutzes suizidgefährdeter Menschen, deren Suizidwunsch möglicherweise nur vorübergehend ist, und für die es vielleicht noch andere Perspektiven gibt. Durch die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen, die es sich zur Aufgabe machen, Suizidwilligen zum gelingenden und schmerzlosen Suizid zu verhelfen, entsteht für Suizidgefährdete eine neue Situation. Es geht im Fall der Sterbehilfeorganisationen auch nicht um die Suizidbeihilfe durch nahe Bezugspersonen, sondern um ein allgemeines Angebot an fremde Menschen. Es liegt in der Natur ihrer Mission, dass solche Organisationen dahin tendieren können, von den beiden Polen – Lebenshilfe einerseits und Respektierung der Autonomie eines Suizidwilligen andererseits – den zweiten Pol, die Selbstbestimmung, zum Leitmotiv ihrer Aktivitäten zu machen. Daher bedarf es rechtlicher Vorgaben, die sicherstellen, dass der erste Pol ausreichend Berücksichtigung erfährt. Die selbst gegebenen Regeln von Sterbehilfeorganisationen reichen diesbezüglich nicht aus, da Verletzungen dieser Regeln durch die Sterbehilfeorganisationen selbst – solche sollen tatsächlich vorgekommen sein – rechtlich nicht einklagbar und sanktionierbar sind. Das Gebot der Fürsorge für suizidgefährdete Menschen erfordert daher eine Ergänzung des geltenden Rechts, welche diese Organisationen einer staatlichen Aufsicht unterstellt.

6 – Psychische Krankheiten (einstimmig)

Bei psychisch kranken Menschen sind Todes- und Suizidwünsche häufig Ausdruck oder Symptom ihrer Erkrankung. Deshalb bedürfen Suizidwillige, die unter psychischen Krankheiten leiden – alleine oder in Kombination mit somatischen Krankheiten – in erster Linie einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden.

Die Suizidforschung hat übereinstimmend herausgearbeitet, dass das Suizidrisiko durch eine psychische Erkrankung stark erhöht wird. Suizidalen Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist zuerst und vor allem mit psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung zu helfen. Suizidalität kann unmittelbar als Symptom der psychischen Erkrankung auftreten. Menschen in einer suizidalen Krise benötigen zuerst und vor allem Verständnis und Einfühlung. Sie brauchen zuhörende Menschen, die verstehen, dass es keine fixen Erklärungen für Suizidhandlungen gibt. Psychische Krankheiten gehen mit einer Einbusse an Lebensqualität einher, bedeuten aber nicht das Lebensende. Die Prognose psychischer Störungen ist häufig offen.

Daher ist der assistierte Suizid in der Regel auszuschliessen. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine Ausnahme dieser Regel ist das Auftreten von Suizidwünschen, die nicht Ausdruck oder Symptom der psychischen Erkrankung sind und z. B. im symptomfreien Intervall einer bisher chronisch verlaufenden Krankheit auftreten. (Unter «Ausdruck» der Krankheit ist ein direkter Zusammenhang des Suizidwunsches mit der psychischen Erkrankung gemeint und nicht z. B. ein Leiden an einer Lebenssituation, die von einer Erkrankung mit beeinflusst sein kann.)

Da psychiatrische Institutionen den Auftrag haben, psychische Krankheiten und deren Folgen – wie Suizidalität – zu behandeln, sollen assistierte Suizide nicht in solchen Institutionen stattfinden.

7 – Kinder und Jugendliche

Mehrheitsposition:
Bei Kindern und Jugendlichen kommen die in der Gesundheitspflege generell geltenden rechtlichen und ethischen Regeln zur Anwendung. Den in Empfehlung 4 formulierten Überlegungen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

In der Regel übt der urteilsfähige Minderjährige das höchstpersönliche Recht, Pflege zu akzeptieren oder abzulehnen, frei aus. Die Urteilsfähigkeit ist im Einzelfall abzuwägen. Diese Grundsätze sind auf ein mögliches Ersuchen um Beihilfe zum Suizid anwendbar. Denn so wie Kinder auch bei unheilbar terminalen Krankheiten medizinische Behandlungen verweigern können, so kann nicht ausgeschlossen werden, dass in terminaler Situation auch einem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid entsprochen werden kann.

Schwer kranke Kinder und Jugendliche, die ein Anliegen um Hilfe beim Suizid vorbringen könnten, sind je nach Umständen beeinflussbar und für die Meinung von Drittpersonen empfänglich. Häufig ist ihr Selbstverständnis noch ungefestigt. Begleitpersonen haben sich sorgfältig darüber zu vergewissern, dass die Betroffenen ihre Situation und die entsprechende Prognose richtig und umfassend einzuschätzen vermögen.

Minderheitsposition:
Bei Kindern und Jugendlichen soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden.

Bei Kindern und Jugendlichen, die ein Anliegen zur Suizidbeihilfe vorbringen, besteht die Hoffnung, dass sich der Sterbewunsch in späteren Lebensphasen auflöst. Kinder und Jugendliche sind in besonders ausgeprägter Weise durch äussere Umstände und Meinungen beeinflussbar. Oft ist ihr Selbstkonzept noch fragil, so dass äussere Belastungen oder innere Konflikte sie schwerwiegend erschüttern können. Daher sind sie für suizidale Durchbruchhandlungen besonders gefährdet. Auch bei unheilbar terminalen Krankheiten im Kindesalter muss der Pol der Lebenshilfe Vorrang haben.

8 – Spitäler und Heime (ohne Gegenstimme)

Akutspitäler und Pflegeinstitutionen sind auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Lebensqualität auch am Lebensende und nicht auf die Herbeiführung des Todes ausgerichtet. Der Suizid führt in diesen Institutionen deshalb zu einem erheblichen Konflikt.

A – **Institutionen der Langzeitpflege: Wenn ein Bewohner den assistierten Suizid wünscht und er über keinen anderen Lebensort verfügt als diese Institution, sollte er nach Möglichkeit den Akt auch an diesem Ort durchführen können.** Eine besondere Situation besteht im Fall einer gänzlich privaten Institution, die nur Bewohner annimmt, die zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme darüber informiert wurden, dass die betreffende Institution in ihren Räumen die Suizidbeihilfe ablehnt. Das Personal der Institutionen der Langzeitpflege kann aber in keinem Fall dazu gezwungen werden, an einer Suizidbeihilfe teilzunehmen (Vorbehalt der Ablehnung aus Gewissensgründen).

B – **Akutspitäler: Jede Institution soll klar festlegen, ob sie für ihre Patienten die Möglichkeit des assistierten Suizids zulassen will oder nicht. Die Institution soll ihren Entscheid den Patientinnen und Patienten gegenüber erklären können.** Wenn sie diese Praxis erlaubt, sollte die Institution auch die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, damit der Akt unter den bestmöglichen Voraussetzungen durchgeführt werden kann, ohne die anderen Patienten in Mitleidenschaft zu ziehen. Aber auch hier ist der Vorbehalt der Ablehnung aus Gewissensgründen für das gesamte betroffene Personal zu respektieren.

C – **Bezüglich des Suizids in psychiatrischen Institutionen wird auf Empfehlung 6 verwiesen.**

Der wohl erwogene persönliche Entschluss zum Suizid soll nicht an Regeln einer Institution, dem persönlichen Gewissensentscheid eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Betreuungsgruppe scheitern müssen. Es sollte die Möglichkeit gewährt werden, auf Wunsch einem anderen Arzt zugewiesen oder in eine andere Institution verlegt zu werden.

9 – Angehörige von Heilberufen (einstimmig)

Für Ärztinnen und Ärzte, sowie für Pflegende entsteht vor dem Hintergrund des medizinischen Ethos ein Konflikt, weil medizinischer Beistand Fürsorge zum Leben bedeutet und nicht Beistand zu dessen Beendigung. Aus diesem Grund kann Suizidbeihilfe nicht als etwas begriffen werden, was zum Auftrag der Angehörigen von Heilberufen gehört. Wo Ärztinnen und Ärzte dennoch Suizidbeihilfe leisten, fällt dies in ihre persönliche Entscheidung.

Würde die Suizidbeihilfe zum ärztlichen Auftrag gehören, so wäre jeder Arzt dazu verpflichtet, wenn ein urteilsfähiger Patient ihn darum bittet. Was zum ärztlichen Auftrag gehört, misst sich an den Zielen, auf welche die ärztliche Tätigkeit gerichtet ist. Ziele und Tätigkeit bestehen in der Heilung, Linderung und Begleitung. Auch dann, wenn ein Arzt bei einem assistierten Suizid von seinen ärztlichen Kompetenzen Gebrauch macht, gilt doch, dass er nicht im Sinne dieser Ziele und folglich im Sinne des ärztlichen Auftrags tätig ist. Von dieser Differenzierung hängt Entscheidendes ab für das Verständnis des ärztlichen Auftrags und im weitesten Sinne für das Verständnis der Aufgabe der Medizin.

Berufsleute im Gesundheitswesen sollen nach einem Gewissensentscheid für oder gegen die Suizidbeihilfe keine moralische Missbilligung und keine Sanktionen durch ihren Berufsstand erfahren.

Berufsleute im Gesundheitswesen sind für die Pflege am Lebensende angemessen auszubilden. Im Rahmen dieser Ausbildung sollen auch die ethischen Fragen und Dilemmasituationen des Suizids und der Suizidbeihilfe thematisiert werden.

10 – Suizidwillige aus dem Ausland (ohne Gegenstimme)

Es gibt keinen ethischen Grund, Suizidwillige aus dem Ausland generell vom assistierten Suizid in der Schweiz auszuschliessen. Ein besonderes ethisches Problem bei dieser Personengruppe besteht jedoch in der Sicherstellung einer ausreichenden Abklärung und der diesbezüglichen Sorgfaltspflichten. Für Suizidwillige aus dem Ausland sollte genauso wie für Suizidwillige aus der Schweiz sichergestellt werden, dass die in Empfehlung 4 formulierten Bedingungen erfüllt sind.

Es ist davon auszugehen, dass die Gründe, weshalb Suizidwillige aus dem Ausland den Weg in die Schweiz suchen, keine anderen sind als bei Suizidwilligen aus der Schweiz. Wenn man daher (aus ethischen Erwägungen) der Ansicht ist, dass es für Letztere die Möglichkeit des assistierten Suizids geben soll, dann lässt es sich nicht ethisch, sondern allenfalls gesellschaftspolitisch rechtfertigen, Erstere von dieser Möglichkeit auszuschliessen.

Das ethische Hauptproblem beim assistierten Suizid für Suizidwillige aus der Schweiz wie aus dem Ausland ist die Sicherstellung einer ausreichenden Abklärung. Für sie ist eine eingehende Kenntnis der Person und Situation des Suizidwilligen, der Konstanz ihres Suizidwunsches usw. erforderlich. Dafür genügt in der Regel nicht ein einmaliger, zeitlich begrenzter Kontakt zwischen Anreise und Ausführung des Suizids.

11 – Gesellschaftliche Tendenzen und Risiken (ohne Gegenstimme)

Der Suizidprävention soll künftig grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden, besonders angesichts von gesellschaftlichen Entwicklungen, die das Risiko bergen, Menschen in Grenzsituationen zur Annahme eines organisierten Angebotes der Suizidbeihilfe zu veranlassen.

Eine dieser Entwicklungen ist die sich verändernde demographische Zusammensetzung der Gesellschaft (Alterspyramide). Wenn der Anteil der älteren Menschen steigt, steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen. Eine zweite Entwicklung ist die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, besonders im Bereich der Pflege. Beide Tendenzen zusammen können zu einem von Betroffenen empfundenen sozialen oder/und familiären Druck führen. Schuldgefühle können daraus entstehen, anderen (z.B. der Familie) finanziell und im Sinn der pflegerischen Abhängigkeit zur Last zu fallen. Dies kann zu Suizidwünschen führen.

Pflegebedürftige Menschen sind diesem Risiko besonders stark ausgesetzt. Ihre Freiheit und Selbstbestimmung könnte durch den empfundenen Druck auf der einen Seite und durch das nahe gebrachte Angebot für eine gesellschaftlich akzeptierte «Sterbebegleitung» andererseits gefährdet sein - auch wenn diese pflegebedürftigen Menschen den Kriterien der Urteilsfähigkeit genügen und die Sterbehilfeorganisation nicht eigennützig handelt.

Die Gesellschaft steht in einer besonderen Verantwortung gegenüber den pflegebedürftigen und abhängigen Menschen. Die Verhältnisse der Betreuung, vor allem in der Langzeitpflege, müssen so eingerichtet werden, dass sie das Entstehen von Suizidwünschen nicht fördern. Diese präventive Verantwortung beinhaltet auch eine Unterstützung für die Pflegenden, damit sie ihre fürsorgliche Arbeit ohne Selbstaufopferung und mit gesellschaftlicher Anerkennung verrichten können.

12 - Rechtlicher Regelungsbedarf

Die heutige Rechtslage bedarf der Ergänzung durch Bestimmungen, die sicherstellen, dass

a) vor der Entscheidung zum assistierten Suizid für jeden Einzelfall hinreichende Abklärungen vorgenommen werden;
b) niemand verpflichtet werden kann, Suizidbeihilfe zu leisten;
c) keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird, wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist;
d) im Falle von Empfehlung 7, Minderheitsposition: bei Kindern und Jugendlichen keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird;
e) die Sterbehilfeorganisationen einer staatlichen Aufsicht unterstellt werden.

Gerade weil die Entscheidung zum assistierten Suizid eine an der Person und Situation des Suizidwilligen orientierte Einzelfallentscheidung sein muss, bedarf es hier sorgfältigster Abklärungen. Anlässlich dieser Abklärungen müssen nicht nur die Urteilsfähigkeit, die Freiheit von sozialem Druck, der Grund und Hintergrund des Suizidwunsches sowie dessen Konstanz ermittelt und sichergestellt werden, sondern im Sinne der Fürsorge für das Leben auch mögliche andere Perspektiven und Optionen mit dem Suizidwilligen erwogen und geprüft werden. Das ist nur im Rahmen einer eingehenden und länger andauernden Beziehung möglich und nicht auf Grund eines kurzen oder einmaligen Kontaktes mit dem suizidwilligen Menschen.

Niemand kann einem Anderen gegenüber ein Recht haben, dass dieser ihm zur Selbsttötung verhilft. Alle haben umgekehrt ein Recht, sich der Mitwirkung an einem Suizid zu verweigern. Die Beihilfe zum Suizid kann nur auf Grund eines höchstpersönlichen Entscheides erfolgen. Dieser Entscheid kann von niemandem vorgeschrieben werden, weder von Institutionen noch von Personen im Umkreis des Suizidwilligen, noch vom Suizidwilligen selbst. Besonders wichtig ist diese Gewissensklausel für Angehörige von Heilberufen und für Mitarbeitende in Institutionen des Gesundheitswesens. Die Beihilfe zum Suizid stellt etwas dar, das ausserhalb der Tätigkeiten bleibt, auf die ein Patient oder eine Patientin mit Verweis auf das professionelle Können der Betreuenden Anspruch haben kann.

V. Bibliographie

Verschiedene Quellen / Diverses références

Accompagnement en fin de vie: prise de position de l'Association Alzheimer Suisse (ALZ): résumé + rapport complet. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):207–208.
Assistance au décès: les directives de l'ASSM de 1995 restent valides. Bulletin ASSM 2002;(2):3.
Assistance au décès : Rapport du Groupe de travail au Département fédéral de justice et police. 1999
BAG, Bundesamt für Gesundheit BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), Bern 2005
Bulletin officiel du Conseil des Etats 1931, S. 41 ss
Bulletin officiel du Conseil des Etats 2003, S. 618 ss
Bulletin officiel du Conseil National 1929, S. 11 ss
Bulletin officiel du Conseil National 1996, S. 362 ss
Bulletin officiel du Conseil National 2001, S. 1835 ss
Bulletin officiel du Conseil National 2004, S. 266 ss
Code de déontologie de la FMH (version révisée du 30 avril 2003)
Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe: Réponses au questionnaire pour les Etats membres relatif à l'euthanasie (20 janvier 2003)
Conseil de l'Europe (éd.), L'Euthanasie, Collection Regard éthique, Strasbourg 2004
Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes (ASSM)
Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie (ASSM)
Dispositions de fin de vie. Bulletin des médecins suisses 1990; 71(33):1338.
Euthanasie: la position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). Lausanne: SSMSP; 2001
Feuille fédérale 1918 IV 32, 35–36, Message du Conseil fédéral du 29 juillet 1918
Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique: repères pour la pratique. Paris: Fondation de France; 2002.
Initiative parlementaire « Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles Dispositions », déposée le 27.09.2000 au Conseil National (00.441)
Initiative parlementaire « Incitation et assistance au suicide. Modification de l'Art. 115 », déposée le 14.03.2001 au Conseil National (01.407)

L'assistance au suicide dans les établissements de soins / Avis de la Commission d'éthique (CE) de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). Médecine et Hygiène 2002; 2416:2328–2332.
Les EMS face à l'assistance au suicide / Etat de la question et recommandations / Ordre professionnel de l'AVDEMS, chambre de l'éthique. 2002.
Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999; 281:937–941.
Patientenverfügungen. Eine Materialsammlung, Bern: Institut für Sozialethik 1992 (ISE-Texte 1/92)
Prise en charge des patients en fin de vie. Directives médico-éthiques de l'ASSM (1ère publication pour la consultation du corps médical). Bulletin des médecins suisses 2004; 85(6):294–297.
Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy (juillet 2000)
Rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police, Assistance au décès, mars 1999
Schweizerisches Strafgesetzbuch, Procès-verbal de la Deuxième Commission d'Experts, vol. II, Lugano 1912
Supreme Court of the United States, 117, 2293, 1997, Vacco c. Quill
Supreme Court of the United States, 117, 2258, 1997, Washington c. Glucksberg
Total colonic aganglionosis (with or without ileal involvement): A review of 27 cases. Journal of Pediatric Surgery 1986; 21(3):251–254.

Abrahm JL. Everyday practice at the end of life. Penn Bioethics 1998; 5(1):1–4.
Anderson JG, Caddell DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. Soc Sci Med 1993; 37(1):105–114.
Asch DA, DeKay ML. Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes, and social and professional correlates. Med Care 1997; 35(9):890–900.
Avery D. Assisted suicide seekers turn to Switzerland. Bull World Health Organ 2003; 81(4):310.
Bachman JG, Alcser KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. N Engl J Med 1996; 334(5):303–309.
Baertschi B. Il faut libéraliser l'euthanasie. La Recherche 1996; 284:101–103.
Bannink M, Van Gool AR, van der Heide A, van der Maas PJ. Psychiatric consultation and quality of decision making in euthanasia. Lancet 2000; 356(9247):2067–2068.
Barrelet L, Cassani U, Mauron A, Roulin D. Assistance au suicide: Des balises nécessaires aux médecins / Le point de vue de la pénaliste / La médecine et les dilemmes immémoriaux de la mort volontaire / Quelle attitude doit adopter le médecin traitant du patient face à cette demande d'assistance au suicide. Médecine et Hygiène 1997; 55:614–621.
Bascom PB, Tolle SW. Responding to requests for physician-assisted suicide: «These are uncharted waters for both of us...». JAMA 2002; 288(1):91–98.
Bayard C. La relation médecin-malade dans la fin de vie. 1999.
Ref Type: Unpublished Work
Bayard C. Propos sur l'euthanasie. UNKNOWN 1998;20–21.
Bayard C, Venetz AM. Un centre de soins palliatifs et d'approche de la mort en Valais: L'antenne François-Xavier Bagnoud. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117:255–260.
Berner D. Position de la Commission cantonale d'éthique par rapport à l'assistance au suicide. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):209–210.
Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2002; 10(4):265–271.

Blackhall LJ, Murphy ST, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995; 274(10):820–825.
Bleiberg H. Considérations éthiques chez les patients présentant un cancer avancé. Médecine et Hygiène 2001; 59(2352):1400–1402.
Boisseau N. Euthanasie et soins palliatifs aux Pays-Bas. Presse Med 2004; 33(6):368–372.
Bondolfi A. Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme. Ethik Med 12 (2000): 262-268.
Bosshard G, Wettstein A, Bar W. [How stable is the attitude of aged people towards life-extending measures? Results of a 3-year follow-up in nursing home residents]. Z Gerontol Geriatr 2003; 36(2):124–129.
Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. Swiss Med Wkly 2003; 133(21–22):310–317.
Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bär W. Assisted suicide bordering on active euthanasia. Int J Legal Med 2003; 117(2):106–108.
Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. Swiss Med Wkly 2002; 132(37–38):527–534.
Bozzetti F. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. Nutrition 1996; 12(3):163–167.
Brody H. Kevorkian and assisted death in the United States [editorial]. B M J 1999; 318:953–954.
Cassani U. Euthanasie et droit pénal. Médecine et Hygiène 1994.
Cassani U. Le droit pénal suisse face à l'assistance au décès. Médecine et Hygiène; 1999.
Chan HM. Sharing death and dying: advance directives, autonomy and the family. Bioethics 2004; 18(2):87–103.
Charlson ME, Sax FL, MacKenzie CR, Fields SD, Braham RL, Douglas RG, Jr. Resuscitation: how do we decide? A prospective study of physicians' preferences and the clinical course of hospitalized patients. JAMA 1986; 255(10):1316–1322.
Chevrolet J-C, Ricou B. Mourir aux soins intensifs. Médecine et Hygiène 2002; 60(2398):1818–1822.
Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first year's experience. N Engl J Med 1999; 340(7):557–583.
Chochinov HM. The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. Can J Psychiatry 1995; 40:593–602.
Cook D. Patient autonomy versus parentalism. Crit Care Med 2001; 29(2 Suppl):N24–N25.
Cook DJ, Guyatt G, Jaeschke R, Reeve J, Spanier A, King D et al. Journal of American Medical AssociationDeterminants in canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. JAMA 1995; 273:703–708.
Curtis JR, Rubenfeld GD. Aggressive care at the end of life
Does capitated reimbursement encourage the right care
for the wrong reason ? JAMA 1999; 278:1025–1026.
Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, De Leeuw R, Lenoir S et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. Lancet 2000; 355(9221):2112–2118.
de Stoutz ND, Beyeler Y, Porchet F, Zliatev-Scocard N. Assistance au décès: rapport du groupe de travail fédéral Le point de vue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). Médecine et Hygiène 1999;1930–1941.
Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander SR, Vanoverloop J et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. Lancet 2000; 356(9244):1806–1811.
Deliens L, van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. Lancet 2003; 362(9391):1239–1240.
Di Mola G, Borsellino P, Brunelli C, Gallucci M, Gamba A, Lusignani M et al. Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. Ann Oncol 1996; 7(9):907–911
Donatsch A. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: Mettner M (Hg.): Wie menschenwürdig sterben?: zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung. Zürich: NZN-Buchverlag 2000, S. 126–131
Doyal L.. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised. BMJ 2001; 323(7321):1079–1080.
DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. J Gen Intern Med 2004; 19(3):251–258.
Dyer C. High Court throws out «suicide aid» case. BMJ 2001; 323(7319):953.
Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000; 284(19):2460–2468.
Emanuel EJ, Fairclough.D, Clarridge BC, Blum.D., Bruera E, Penley WCh et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. Annals of Internal Medicine 2000; 133:527–531.
Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. Lancet 1996; 347(9018):1805–1810.
Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. Arch Intern Med 2002; 162(2):142–152.
Emanuel EJ, Battin MP. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? N Engl J Med 1998; 339(3):167–172.
Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States: Adherence to Proposed Safeguards and Effects on Physicians JAMA, Aug 1998; 280: 507 - 513. N Engl J Med. 2003 Jul 24;349(4):359-65. (Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death.)
Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? Support Care Cancer 1997; 5(205):211.
Faisst K, Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Bar W, Gutzwiller F. Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens: Premiers résultats. Bulletin des médecins suisses 2003; 84(34):1730–1732.
Ferrand E. Le limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation 2002; 11:442–449.
Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet 2001; 357(9249):9–14.
Fleischman AR. Caring for gravely ill children. Pediatrics 1994; 94(433):439.
Forde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia-attitudes and practice among Norwegian physicians. Soc Sci Med 1997; 45(6):887–892.
Fost N. Ethical issues in death and dying. 1998. 32–37.
Fraser SI, Walters JW. Death – whose decision? Euthanasia and the terminally ill. J Med Ethics 2000; 26(2):121–125.
Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U. Assisted suicide as conducted by a «Right-to-Die»-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Med Wkly 2001; 131(25–26):375–380.
Ganzini L, Block S. Physician-assisted death: a last resort? N Engl J Med 2002; 346(21):1663–1665.
Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. N Engl J Med 2000; 342(8):557–563.

Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. N Engl J Med 1997; 336(25):1824–1826.
Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA, Emanuel EJ; Fairclough DL, Emanuel L. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers JAMA, Nov 2000; 284: 2460 - 2468. Psychosom Med. 2000 Mar-Apr;62(2):271-9. (Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers.)
Gastmans C, Van NF, Schotsmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. J Med Ethics 2004; 30(2):212–217.
Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. Intensive Care Med 2003; 29(11):1902–1910.
Godfrey K. BMA continues to oppose assisted suicide and euthanasia. BMJ 2004; 329(7473):997.
Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. JAMA 2000; 283(7):909–914.
Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. N Engl J Med 2000; 342(8):551–556.
Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. N Engl J Med 1997; 336(25):1795–1801.
Grosbuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. Réanimation urgences 2000;(9):11–25.
Halcomb E, Daly J, Jackson D, Davidson P. An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. Intensive Crit Care Nurs 2004; 20(4):214–222.
Herbst H, Lynn J, Mermann AC, Bayard C. Les souhaits et besoins des patients mourants. Patient Care 1998;27–37.
Hilden HM, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. J Med Ethics 2004; 30(4):362–365.
Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. N Engl J Med 2004; 350(17):1752–1762.
Hofman JC, Wenger NS, et al. Patient preference for communication with
physicians about end-of-life decisions. Annals of Internal Medicine 1997; 127(1):1–10.
Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 2003; 326(7383):271–273.
If M. Euthanasie: la Suisse, pays modèle. Médecine et Hygiène 1998;2055.
Jaccard R, Thévoz M. Ethique et prêt-à-porter. Manifeste pour une mort douce. Paris: Grasset; 1992. 42–47.
Jaccard R, Thévoz M. Vivre et mourir dans la dignité. Accompagner et soigner 2000; 41/42:96–106.
Jeanneret O. La question de l'euthanasie. Médecine et Hygiène 1998;2394–2397.
Jochemsen H, Keown J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from The Netherlands. J Med Ethics 1999; 25(1):16–21.
Jonas H. The right to die. Hastings Center Report 1978; 8(4):31–36.
Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: «You got to go where he lives». JAMA 2001; 286(23):2993–3001.
Kaplan KJ, Schwartz MB. Watching over patient life and death:
Kevorkian, Hippocrates and Maimonides. Ethics and Medicine 1998;49–53.
Kaplan RM, Schneiderman LJ. Healthcare resource consumption in terminal care. Pharmacoeconomics 1997; 11(1):2–12.
Kelly BD, McLoughlin DM. Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. British Journal of Psychiatry 2002; 181:278–279.
Kessler.S, Cassani U. Assistance au décès. Krankenpflege = Soins infirmiers 1999;84–86.
Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. J Adv Nurs 1998; 28(1):70–76.
Kompanje EJ. End-of-life practices in European intensive care units. JAMA 2003; 290(22):2938–2939.
Kuczewski M. From informed consent to substituted judgement: decision-making at the end-of-life. HEC Forum 2004; 16(1):27–37.
La Marne P. Les soins palliatifs comme humanisme transcendant. Ethiques de la fin de vie: acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs. Paris: Ellipses; 1999. 1–10.
Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. Am Fam Physician 2004; 70(4):719–723.
Lee DE. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. Hastings Cent Rep 2003; 33(1):17–19.
Legros B. Sur l'opportunité d'instituer une exception d'euthanasie en droit français. Médecine et Droit 2001;(46):7–16.
Lemaire F. Limitations et arrêts de traitements actifs en réanimation: un autre point de vue. Réanimation urgences 2000;(9):3–7.
Léger JM. Un consensus international. Krankenpflege = Soins infirmiers 1997; 7:70–71.
Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. Journal of Palliative Care 1990; 6:7–15.
Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. JAMA 2002; 287(6):749–754.
Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. B M J 1999; 318:1709–1710.
Manaï D. Quels droits pour la vieillesse en Suisse face aux enjeux médicaux ? Intern Jal of Bioeth = Jal Inter Bioéth 1996; 7:272–280.
Mantz JM. Abandon et acharnement thérapeutique en réanimation. Réanimation urgences 1995; 4(1):1–2.
Martin J. A propos de la poursuite de la santé et de la longévité,
dans notre vie quotidienne et par la recherche. Médecine et Hygiène 1998;2102–2104.
Martin J. Assistance au suicide et dispositions éthiques / déontologiques. Une présentation résumée des enjeux. Médecine et Hygiène 2004; 2647:258–260.
Martin J. Le médecin face à la mort volontaire. Médecine et Hygiène 2002; 60(2386):712–716.
Martin J. Législation, interruption de grossesse et fin de vie. Les affirmations simplistes sur des enjeux éthiques difficiles ne sont pas utiles. Médecine et Hygiène 2004;(2490):1498–1500.
Martin J. Santé, droit et éthique au seuil des années 1990 (III–fin)
London 89 – The International Conference on Health Law and Ethics. Médecine et Hygiène 1989;2873–2882.
Martin J. Venir mourir à l'hôpital. Revue Médicale de la Suisse Romande 1999; 119:847–851.
Mauron A. La sédation complète et ses enjeux éthiques. Infokara 1996;(43):41–49f.
Mazzocato C. Demande de suicide médicalement assisté ou d'euthanasie: que peut-elle cacher?: regard d'un médecin travaillant en soins palliatifs. Revue Médicale de la Suisse Romande 2001; 121(5):407–411.
McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361(9369):1603–1607.

Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. N Engl J Med 1998; 338(17):1193–1201.
Mélot C. Le non acharnement thérapeutique et l'euthanasie en réanimation à l'aube du troisième millénaire. Réanimation urgences 2000;(9):9–10.
Moskowitz E. Books review: The consensus on assisted suicide (The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care / Assisted suicide: finding common ground). Hastings Center Report 2003;46–47.
Mottu F. Suicide d'un patient: le médecin doit-il y participer? – Réflexions sur le suicide médicalement assisté. PrimaryCare 2002; 5:132–135.
Muller MT, Kimsma GK, van der Wal G. Euthanasia and assisted suicide: facts, figures and fancies with special regard to old age. Drugs Aging 1998; 13(3):185–191.
Nau JY. Les graves carences de l'accompagnement des malades en fin de vie. Le Monde 1999.
Nau JY. Les premiers morts par suicide «médicalement assisté» de l'Oregon. Médecine et Hygiène 1999;534.
Nau JY. Trois leçons sur la mort. Médecine et Hygiène 1998.
Neuenschwander H, Bittel N, Stiefel F. Mots-clés «Euthanasie»: qu'en pensent les membres de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) ?, 1ère partie. Infokara 2001; 2.
Norup M. Limits of neonatal treatment: a survey of attitudes in the Danish population. J Med Ethics 1998; 24(3):200–206.
O'Neill C, Feenan D, Hughes C, McAlister DA. Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. Soc Sci Med 2003; 57(4):721–731.
Onwuteaka-Philipsen BD, van der HA, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. Lancet 2003; 362(9381):395–399.
Parmet S, Lynm C, Glass RM. JAMA patient page. Suicide in older persons. JAMA 2004; 291(9):1158.
Peillon D, Salord F, Waked L, Riche H, Jenoudet MT, Chacornac R. Abandon ou acharnement thérapeutiques en réanimation: évaluation des pratiques médicales. Réanimation urgences 1995; 4(1):3–8.
Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr.Burnout: caring for the caregivers. Oncologist. 2000;5(5):425-34
Pentz RD, Flamm AL, Pasqualini R, Logothetis CJ, Arap W. Revisiting ethical guidelines for research with terminal wean and brain-dead participants. Hastings Center Report 2003; 33(1):20–26.
Pochard F, Grassin M. L'arrêt thérapeutique comme soins en réanimation. Ethique et Santé 2004; 1(2):95–99.
Porchet F. Revue de presse Affaire Mantes-la-joie. 22-8-1998.
Ref Type: Report
Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158(4):1163–1167.
Pronovost P, Angus DC. Economics of end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2001; 29(2 Suppl):N46–N51.
Quill TE, Brody RV. «You promised me I wouldn't die like this!» A bad death as a medical emergency. Arch Intern Med 1995; 155(12):1250–1254.
Quill TE. Dying and decision making – evolution of end-of-life options. N Engl J Med 2004; 350(20):2029–2032.
Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA 1997; 278(23):2099–2104.
Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making. N Engl J Med 1997; 337(24):1768–1771.
Rabkin JG, Wagner GJ, Del Bene M., O'Shea EM, Lintz KC, Penson RT, Seiden MV, Chabner BA, Lynch TJ. A staff dialogue on caring for a cancer patient who commits suicide: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. Oncologist. 1999;4(2):122-7.
Rapin CH. Alimentation des personnes âgées en fin de vie. European Journal of Palliative Care 1994; 1(2):84–87.
Rees E, Hardy J. Novel consent process for research in dying patients unable to give consent. BMJ 2003; 327(7408):198.
Reiter-Theil S. The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2003; 17(2):273–287.
Rentchnik P. Rationnement de la médecine et euthanasie. Médecine et Hygiène 1992;624–625.
Révelart E. «Faire dormir» les malades, une autre réponse face
aux morts «difficiles» ? Point de vue d'un anesthésiste. Ethica Clinica 1998;11–20.
Ricou B. Qu'est ce que le rôle agonique en terme anatomo-clinique? Bioethica forum 2004; 40:10–12.
Ripamonti C. Obstruction intestinale maligne en phase avancée ou terminale d'une maladie cancéreuse. European Journal of Palliative Care 1994; 1:16–19.
Rosenfeld B. Assisted suicide, depression, and the right to die. Psychol Public Policy Law 2000; 6(2):467–488.
Rosselet F, Rosselet-Capt M. L'agonie: un retour aux sources. Infokara 2003; 18(3):149–153.
Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in The Netherlands. Psychiatr Serv 1998; 49(11):1475–1480.
Schubarth, M. Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Berne 1982
Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. Soc Sci Med 1995; 40(5):581–587.
Seidlitz L, Duberstein PR, Cox C, Conwell Y. Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: an analysis of Gallup Poll findings. J Am Geriatr Soc 1995; 43(9):993–998.
Shah N, Warner J, Blizard B, King M. National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet 1998; 352(9137):1360.
Sicard D. Problèmes éthiques posés par la mort des vieillards. Actualité et dossier en santé publique 1999;(28):57–58.
Silveira MJ. When is deactivation of artificial pacing and AICD illegal, immoral, and unethical? Am J Geriatr Cardiol 2003; 12(4):275–276.
Simeone I. Quando si perde il gusto della vita. Krankenpflege = Soins infirmiers 1997;74–77.
Sklansky M. Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability. J Med Ethics 2001; 27(1):5–11.
Snyder L, Sulmasy DP. Physician-assisted suicide. Ann Intern Med 2001; 135(3):209–216.
Sobel J. Assistance au décès. Médecine et Hygiène 1999;(2260):1338–1341.
Sobel J. La «bonne mort», un idéal à notre portée. Médecine et Hygiène 2003;(2442):1331.
Solignac M. La médecine et la fin de la vie. Presse Med 2004; 33(6):419–423.
Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA 2003; 290(6):790–797.
Stauch M. Causal authorship and the equality principle: a defence of the acts/omissions distinction in euthanasia. J Med Ethics 2000; 26(4):237–241.

Stiefel F, Neuenschwander H. Euthanasie: La position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs. Krankenpflege = Soins infirmiers 2001;(10):68–69.
Stratenwerth G. / Jenny G. Schweizerisches Strafrecht, 6e éd., Berne 2003
Street K, Henderson J. The distinction between withdrawing life sustaining treatment under the influence of paralysing agents and euthanasia: ethical debate. B M J 2001; 323(7309):388–391.
Sukol RB. Building on a tradition of ethical consideration of the dead. Human Pathology 1995; 26(7):700–705.
Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998–2000. N Engl J Med 2001; 344(8):605–607.
Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 2004; 291(1):88–93.
Terrenoire G. Vivre et mourir aujourd'hui, Mieux mourir aujourd'hui, Des situations aux limites: l'euthanasie en débat, engagement solidaire et exception d'euthanasie. 2000.
Tur RH. Just how unlawful is «euthanasia»? J Appl Philos 2002; 19(3):219–232.
Vallotton M, Stauffacher W. Développement des «soins palliatifs»: direction claire et limites pour l'assistance médicale au suicide. Bulletin des médecins suisses 2004; 85(6):254.
van Delden JJ. Slippery slopes in flat countries – a response. J Med Ethics 1999; 25(1):22–24.
van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet 2003; 362(9381):345–350.
van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. N Engl J Med 1996; 335(22):1699–1705.
Veldink JH, Wokke JH, van der Wal G, Vianney de Jong JM, van den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. N Engl J Med 2002; 346(21):1638–1644.
Vervoort S, Taks J, van den Heuvel I, Vos B. Euthanasie: quel rôle pour les soignants? Krankenpflege = Soins infirmiers 2001;(10):64–69.
Viallard ML. Tuer n'est pas soigner: euthanasie, assistance au suicide, comment sortir de l'excès de verbalité informative pour entrer dans une vérité humaine? Médecine palliative 2003;(2):51–53.
Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. Crit Care Med 2001; 29(2 Suppl):N52–N55.
Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. Swiss Med Wkly 2004; 134:65–68.
Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med 1990; 16(4):256–264.
Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 1999; 27(8):1626–1633.
Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician- assisted suicide. Arch Intern Med 2000; 160(16):2454–2460.
Winter B, Cohen S. Withdrawal of treatment. B M J 1999; 319:306–308.
Wittwer H. Über Kants Verbot der Selbsttötung. Kant-Studien 2001; 92(2):180–209.
Zimmermann-Acklin M. Tâches, possibilités et limites de la prise en charge des patients en fin de vie. Bulletin des médecins suisses 2004; 85(6):292–293.
Zinn C. Australian doctors renew battle over euthanasia. BMJ 1996; 312(7044):1437.
Zürcher E. Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafgesetzbuches, Bern 192 ???

Bücher / Livres

Ackermann JB (Hg.), Strafrecht als Herausforderung, Zurich 1999
Ankermann E. Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. München: Reinhardt 2004.
Von Aquin T. Summa theologiae, IIa–IIæ, Q. 64, A. 5 (édition française: Somme théologique, Paris: Ed. du Cerf 1984)
Aristoteles: Nikomachische Ethik. Dt.: Aristoteles: Werke, Bd 6. Grumach E (Hg.), übers. v. Dirlmeier F. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1956
Arnim (von) (Hg.), J. Stoicorum Veterum Fragmenta, vol. III, Stuttgart: Teubner Verlag 1978
Augustinus: De Civitate Dei; Dt.: Gottesstaat (Bibliothek der Kirchenväter). Kempten – München: Kösel 1911
Battin, M. (Hg.) The least Worst Death, Oxford: Oxford University Press 1994
Baumann-Hölzle R et al. (Hg.): Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin. Bern: Lang 2005
Birnbacher D. Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht, in: Leist A. (Hg.): Um Leben und Tod. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1990, S. 395 – 422.
Brock, D.W. (Hg.) Life and death. Philosophical essays in biomedical ethics, Cambridge: Cambridge University Press 1993
Brudermüller G. / Marx W. / Schüttauf K., Suizid und Sterbehilfe, Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003
Charlesworth M. Leben und sterben lassen: Bioethik in der liberalen Gesellschaft. Hamburg: Rotbuch 1997
Clerc F. Cours élémentaires sur le code pénal suisse, Partie spéciale, 2 vol., Lausanne: Roth F (Hg.) 1943–1945
Doucet H. Les promesses du crépuscule, Genève: Labor et Fides 1998
Dworkin R. Die Grenzen des Lebens: Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit. Reinbeck b. Hamburg 1994
Dworkin G, Frey R.G., Bok S. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. For and Against. Cambridge: Cambridge University Press 1998
Durkheim E. Le suicide: étude de sociologie. Les Presses universitaires de France, Paris, 1991
Guillod O. Le consentement éclairé du patient. Neuenburg: Idées et Calendes 1986
Hafter E. Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil, Première Partie, Berlin: Springer 1937
Heusser P, Riggenbach B. Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht. Bern etc.: Haupt 2003
Holderegger, A. (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg i. Üe./Freiburg i. Br.: Universitätsverlag/Herder Verlag 1999
Holderegger A. (Hg.) Suizid – Leben und Tod im Widerstreit, Freiburg i.Üe.: Paulusverlag 2000
van Hooff A.J.L. From Autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity. London/New York: Routledge 1990
Hume D. Über Selbstmord, in: ders.: Die Naturgeschichte der Religion (Philosophische Bibliothek 341). Kreimendahl L (Hg.), Hamburg: Meiner 1984
Kant I : Die Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Bd. VIII . Hg. Wilhelm Weischedel, Frankfurt a.M. 1991

Kass L.R. Toward a More Natural Science, New York: The free Press 1985
Laufs A. / Uhlenbruck W. (Hg.), Handbuch des Arztrechts, 2e éd., Munich 1999
Logoz P. Commentaire du Code pénal suisse, partie spéciale, tome 1, Neuchâtel/Paris: Délachaux et Niestlé 1955
Marra R. Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale. Napoli: Edizioni Scientifiche italiane 1987
Mettner M. (Hg.), Wie menschenwürdig sterben?, Zürich: NZZ Buchverlag 2000
Mettner M et al. (Hg.): Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Beiträge zur Debatte um die Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Zürich: NZZ Buchverlag, 2003
Minois G. Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf/Zürich: Artemis & Winkler 1996
De Montaigne M. Essais. 1. Buch, 20. Kapitel. Übers. v. Stilett H., Frankfurt a. M.1998
De Montaigne M. Die Essais und das Reisetagebuch. Leipzig 1934
Moreno J D. (Hg.), Arguing Euthanasia, New York: Touchstone 1995
Nussbaum A. Right to die: Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland, Berlin: Duncker & Humblot 2000
Pellegrino E.D. Humanism and the Physician, Knoxville Ten.: The University of Tennessee Press 1979
Peter H-B./Mösli P (Hg.): Suizid ...? Aus dem Schatten eines Tabus. Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2003
Petermann F.T. Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention. Aktuelle Juristische Praxis AJP/PJA 9 (2004): 1111-1138.
Platon. Phaidon; Dt.: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 3. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974
Platon. Die Gesetze; Dt: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 7. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974
Rehberg, J. / Schmid, N. / Donatsch, A. Strafrecht III, 8e éd., Zurich: Schulthess 2003
Reichlin, M. L'etica della buona morte, Torino: Ed. di Comunità 2000
Schwank A, Spöndlin R (Hg.). Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz. Zürich : Edition 8, 2001
Seneca, L. A. Philosophische Schriften, Bd. 3 und 4. An Lucilius. Briefe über Ethik. Rosenbach M (Hg). Lateinisch und Deutsch. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1974 und 1984
Singer P. Rethinking Life and Death, Oxford: Oxford University Press 1995
Stooss C. Schweizerisches Strafgesetzbuch: Vorentwurf mit Motiven. Bern: Stämpfli 1894
Taupitz J. (Hg.), Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation/Regulations of civil law to safeguard the autonomy of patients at the end of their life: an international documentation. Berlin/Heidelberg/New York: Springer 2000
Wiesing U. Ethik in der Medizin, 2000
Wils J.P. Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn: Schöningh 1999
Wittwer C.H. Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: Mentis 2003
Zimmermann-Acklin M. Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg/Freiburg: Universitätsverlag/Herder 2. Aufl. 2002.

Kontakt:

Georg Amstutz, wissenschaftlicher Sekretär NEK-CNE
c/o Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
Telefon +41 31 324 93 65
Telefax +41 31 322 62 33
georg.amstutz@bag.admin.ch
www.nek-cne.ch