



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

# **Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe**

**Bericht des Bundesrates**

**Bern, Juni 2011**

## Übersicht

Die Diskussionen rund um das heikle Thema der Sterbebegleitung sind nicht neu. Sie beschäftigen die Schweizer Politik seit bald zwanzig Jahren. Während sie zu Beginn noch um die (direkte und indirekte) aktive Sterbehilfe und um die passive Sterbehilfe kreisten, wurden sie später auf die Suizidhilfe ausgeweitet. Wie es bei Fragen um das Leben oft der Fall ist, wurden die Debatten sehr leidenschaftlich geführt, waren die Stossrichtungen und Meinungen in Politik und Zivilgesellschaft sehr unterschiedlich – um nicht zu sagen widersprüchlich – und die Bedenken zahlreich.

In den Jahren 2006 und 2007 war der Bundesrat zum Schluss gekommen, dass die konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts genügt, um eventuelle Missbräuche in der organisierten Suizidhilfe zu verhindern. Infolge von verschiedenen mit Hilfe von Organisationen durchgeführten Suiziden (nachstehend assistierte Suizide), die in den Medien aufgegriffen worden waren und in Öffentlichkeit und Politik zu heftigen Reaktionen geführt hatten, beschloss er im Jahr 2008, das Dossier wieder aufzunehmen. Er beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD), die Situation erneut zu prüfen. Darauf wurde ein Vorentwurf zur Änderung von Artikel 115 des Strafgesetzbuches (StGB) und von Artikel 119 des Militärstrafgesetzes (MStG) mit zwei Varianten ausgearbeitet: (1) Straffreiheit für die Verantwortlichen und Mitarbeitenden der Suizidhilfeorganisationen unter bestimmten strengen Voraussetzungen oder (2) Verbot der organisierten Suizidhilfe. Beide Varianten waren im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens sehr umstritten. Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer bejahte zwar einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene. Es bestand aber kein Konsens darüber, wie dieses schwierige und heikle Problem zu lösen sei. Etliche Vernehmlassungsteilnehmer ergriffen hingegen die Gelegenheit, um die Umsetzung von Massnahmen zur Förderung der Suizidprävention und von Palliative Care zu fordern. Aufgrund dieser Ergebnisse beauftragte der Bundesrat das EJPD im September 2010, auf Grundlage der Variante 1 einen Gesetzesentwurf zur Änderung von Artikel 115 StGB und von Artikel 119 MStG auszuarbeiten, diese jedoch im unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsergebnisse grundlegend zu überarbeiten. Zudem beauftragte der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) damit, ihm Vorschläge zur verstärkten Förderung der Palliativmedizin und der Suizidprävention zu unterbreiten.

Nach dieser neuen Standortbestimmung sind das EJPD und das EDI zum Schluss gelangt, dass eine Änderung von Artikel 115 StGB und von Artikel 119 MStG gegenüber der aktuellen Situation keinen besonderen Mehrwert bringen würde. Vielmehr könnten daraus einige Nachteile entstehen. So erhielten die Suizidhilfeorganisationen eine staatliche Legitimierung, würde die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens stark relativiert, stiesse die geänderte Bestimmung in Ärztekreisen auf Widerstand und wäre mit dem Bestimmtheitsgebot nicht vereinbar. Der Bundesrat ist heute überzeugt, dass es möglich ist, Missbräuche im Bereich der Beihilfe zum Suizid – Suizidhilfe bei nicht urteilsfähigen oder gesunden Menschen, Abgabe von NaP ohne ärztliche Verschreibung oder widerrechtliche Lagerung von NaP – mit den heutigen gesetzlichen Mitteln zu bekämpfen.

Der Bericht setzt sich auch mit den Massnahmen zur Reduktion der Anzahl Suizide auseinander. Er weist vorderhand darauf hin, dass die Zahl der assistierten Suizide aufgrund der Bevölkerungsalterung insbesondere bei älteren Menschen voraussichtlich steigen wird. Damit eine Person sich frei und selbstbestimmt für den assistierten Suizid entscheiden kann, müssen ihr auch die anderen ihr offenstehenden Möglichkeiten aufgezeigt werden. Deshalb sollen bereits bestehende Massnahmen zur Förderung der Palliative Care und zur besseren Behandlung und Früherkennung von Depressionen weitergeführt werden. Das gesamte Massnahmenpaket soll zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts beitragen. Oder anders gesagt, soll die bessere Kenntnis der Möglichkeiten am Lebensende dazu führen, die Entscheidungsfreiheit zu stärken.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage und Gegenstand.....	5
1.1.	Wichtigste Entwicklungsphasen des Dossiers.....	5
1.1.1.	Allgemeines .....	5
1.1.2.	Motion Ruffy (1994) .....	5
1.1.3.	Arbeitsgruppe (1997 bis 1999) .....	5
1.1.4.	Parlamentarische Beratungen (2001 bis 2004) .....	6
1.1.5.	Berichte des EJPD (2004 bis 2007).....	6
1.1.6.	Ausarbeitung des Vorentwurfs (2008 bis 2010).....	7
1.1.7.	Auswertung der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens (2010).....	7
1.1.8.	Versuch einer Überarbeitung des Vorentwurfs (2010) .....	9
1.2.	Das Phänomen des Suizids und der organisierten Suizidhilfe in der Schweiz .9	
1.2.1.	Statistische Angaben .....	9
1.2.2.	Suizid: Gründe und Vorgehen .....	11
1.2.3.	In der Schweiz tätige Suizidhilfeorganisationen .....	12
1.2.4.	Die jüngsten Entwicklungen im Bereich Suizidhilfe .....	15
1.2.5.	Demoskopische Erhebungen.....	16
1.3.	Die politische Diskussions.....	16
1.3.1.	Auf internationaler Ebene .....	16
1.3.2.	Auf Bundesebene .....	17
1.3.3.	Auf kantonaler Ebene .....	17
1.4.	Die heutige Regelung der Suizidhilfe und der Sterbebegleitung .....	19
1.4.1.	Völkerrecht und Verfassungsrecht.....	19
1.4.2.	Artikel 115 StGB .....	20
1.4.3.	Betäubungs- und Heilmittelrecht.....	22
1.4.4.	Standesrechtliche Regeln .....	24
1.4.5.	Regelungen der Spitäler und Pflegeheime .....	25
1.4.6.	Die Rechtsprechung .....	26
1.5.	Rechtsvergleichender Überblick .....	27
1.5.1.	Deutschland.....	27
1.5.2.	Niederlande .....	28
1.5.3.	Belgien.....	28
1.5.4.	Luxemburg.....	29
1.5.5.	Frankreich.....	29
1.5.6.	Schlussfolgerung .....	29
2.	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens und Versuch einer Änderung von Art. 115 VE-StGB.....	29
2.1.	Auftrag des Bundesrates im Anschluss an die Vernehmlassung .....	29
2.2.	Voraussetzungen, die aufgrund der geäußerten Kritik zu ändern sind .....	29
2.2.1.	Vorbemerkungen .....	29
2.2.2.	Beteiligung von drei Ärzten .....	30
2.2.3.	Unheilbare Krankheit mit kurzfristig tödlichem Ausgang .....	31
2.2.4.	Voraussetzungen hinsichtlich des finanziellen Aspekts.....	31
2.3.	Teile des Vorentwurfs, die entfallen könnten.....	32
2.3.1.	Art. 115 Abs. 2 Bst. a VE-StGB (freier, wohlwogener und auf Dauer bestehender Entscheid).....	32
2.3.2.	Art. 115 Abs. 2 Bst. g VE-StGB (Pflicht zur Erstellung einer vollständigen Dokumentation) .....	32
2.3.3.	Art. 115 Abs. 3 Bst. a VE-StGB (Strafbarkeit der für die Organisation verantwortlichen Person wegen ihrer Zustimmung zu rechtswidrig geleisteter Suizidhilfe) .....	32
2.3.4.	Art. 115 Abs. 3 Bst. b VE-StGB (Strafbarkeit der für die Organisation verantwortlichen Person) .....	32
2.3.5.	Art. 115 Abs. 4 VE-StGB (vorsätzliche Nichterfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2 Bst. a–f) .....	33

2.3.6.	Art. 115 Abs. 5 VE-StGB (fahrlässige Nichterfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2).....	33
2.4.	Nach der Vernehmlassung in Betracht kommende Bestimmung .....	33
2.5.	Beurteilung der vorgeschlagenen Lösung .....	34
3.	Stärkung und Bekanntmachung der Alternativen zum Suizid .....	34
3.1.	Ausgangslage .....	34
3.1.1.	Die Rolle der Selbstbestimmung beim assistierten Suizid.....	35
3.1.2.	Kenntnis der Betreuungsangebote am Lebensende .....	35
3.1.3.	Ermöglichung der «freien» Entscheidung.....	35
3.1.4.	Fazit: Notwendigkeit zur Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende...	36
3.2.	Bisherige Aktivitäten, Handlungsbedarf und mögliche Massnahmen des Bundes zur Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende.....	36
3.2.1.	Erhebung wissenschaftlicher Grundlagen .....	36
3.2.2.	Palliative Care.....	38
3.2.3.	Früherkennung und Behandlung von Depression .....	40
3.2.4.	Verhinderung sozialer Isolation .....	42
3.3.	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	43
3.3.1.	Erhebung wissenschaftlicher Grundlagen .....	43
3.3.2.	Informationstätigkeit zuhanden der Kantone .....	43
4.	Schlussfolgerungen.....	44

## **1. Ausgangslage und Gegenstand**

### **1.1. Wichtigste Entwicklungsphasen des Dossiers**

#### **1.1.1. Allgemeines**

Die Diskussionen rund um das heikle Thema der Sterbebegleitung sind nicht neu. Sie beschäftigen die Schweizer Politik seit bald zwanzig Jahren. Während sie zu Beginn noch um die (direkte und indirekte) aktive Sterbehilfe und um die passive Sterbehilfe kreisten, wurden sie später auf die Suizidhilfe ausgeweitet. Wie es bei Fragen um das Leben oft der Fall ist, wurden die Debatten sehr leidenschaftlich geführt, waren die Stossrichtungen und Meinungen in Politik und Zivilgesellschaft sehr unterschiedlich – um nicht zu sagen widersprüchlich – und die Bedenken zahlreich.

#### **1.1.2. Motion Ruffy (1994)**

Den Anstoss zu den Diskussionen um die Sterbehilfe gab die Motion Ruffy<sup>1</sup>, in der beantragt wurde, die aktive Sterbehilfe unter strengen Voraussetzungen von der Strafbarkeit auszunehmen, damit vor dem Lebensende stehende unheilbar Kranke Personen nicht Opfer einer Lebenserhaltung um jeden Preis («acharnement thérapeutique») werden. In seiner Antwort kam der Bundesrat zum Schluss, dass die Grundlagen für eine vertiefte Diskussion des Themas ungenügend seien und schlug vor, eine Arbeitsgruppe einzusetzen mit dem Auftrag, die sich in diesem Bereich stellenden Fragen eingehend zu klären. Am 14. März 1996 nahm der Nationalrat die Motion in Form eines Postulats an.

#### **1.1.3. Arbeitsgruppe (1997 bis 1999)**

Am 20. März 1997 setzte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) eine Arbeitsgruppe ein mit dem Auftrag, die rechtlichen und praktischen Fragen im Bereich der Sterbehilfe zu prüfen. Die in einem Bericht vom März 1999 veröffentlichten Empfehlungen lauteten wie folgt:

- Die Arbeitsgruppe war einhellig der Auffassung, dass die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege, die darauf abzielen, Schmerzen und Leiden zu lindern oder gar zu beheben, ausgeschöpft werden müssen.
- Die Arbeitsgruppe empfahl dem EJPD einhellig, die passive und indirekte aktive Sterbehilfe ausdrücklich zu regeln.
- Die Mehrheit der Arbeitsgruppe empfahl, Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen) um einen Absatz 2 zu erweitern, wonach in extremen Ausnahmefällen von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung des Täters abgesehen werden muss.
- Die Minderheit der Arbeitsgruppe empfahl, auf jegliche Lockerung des Fremdtötungsverbots zu verzichten, namentlich im Rahmen von Artikel 114 StGB.

Im Bericht vom 5. Juli 2000 zuhanden des Parlaments wies der Bundesrat darauf hin, dass er das EJPD und das EDI beauftragt hatte, im Rahmen der Gesetzesreformen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens alles zu tun, um die Palliativmedizin und -pflege voranzubringen. Ausserdem sprach sich der Bundesrat für eine Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe aus. Eine gesetzliche Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe im Sinne des Postulats Ruffy schliesslich lehnte der Bundesrat ab.

---

<sup>1</sup> Motion Ruffy vom 28.9.1994 (94.3370; Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches).

#### 1.1.4.            **Parlamentarische Beratungen (2001 bis 2004)**

Im Zusammenhang mit der Behandlung der parlamentarischen Initiativen Cavalli<sup>2</sup> und Vallender<sup>3</sup> sowie der Motion Zäch<sup>4</sup> beriet der Nationalrat am 11. Dezember 2001 vertieft über die Notwendigkeit, im Bereich der (direkten oder indirekten) aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe gesetzgeberisch tätig zu werden. Er entschied sich für die Ablehnung der beiden parlamentarischen Vorstösse, gab der Motion Zäch hingegen Folge<sup>5</sup>. Am 17. Juni 2003 beschloss der Ständerat, die Motion Zäch in ein Postulat umzuwandeln. Im gleichen Zuge nahm er eine Motion der Kommission für Rechtsfragen des Ständerats<sup>6</sup> (RK-S) an, die den Bundesrat damit beauftragte, Vorschläge für eine gesetzliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe zu unterbreiten und Massnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen<sup>7</sup>. Die Motion der RK-S wurde darauf am 10. März 2004 auch vom Nationalrat angenommen. Da die Verhandlung hauptsächlich das Thema der aktiven und passiven Sterbehilfe betraf, hielt es Nationalrat Cina nach der Abstimmung für angezeigt, den Bundesrat darum zu bitten, den Akzent vor allem auf die Fragen der Suizidbeihilfe, auch der ärztlichen Suizidbeihilfe, zu setzen<sup>8</sup>.

#### 1.1.5.            **Berichte des EJPD (2004 bis 2007)**

Um der Motion der RK-S Folge zu geben, setzte der damalige Vorsteher des EJPD im Herbst 2004 eine verwaltungsinterne Arbeitsgruppe ein und beauftragte diese, sich vorerst mit den Problemen des sogenannten «Sterbetourismus» zu befassen. Nach Diskussionen mit internen und externen Experten wurde die Studie ausgeweitet, bis im Frühjahr 2006 ausgebaut und am 24. April 2006 mit der Veröffentlichung eines Berichts<sup>9</sup> zu den Themen der Motion abgeschlossen. Der Bericht gab gleichzeitig einer neuen Motion der freisinnig-demokratischen Fraktion Folge, in welcher der Bundesrat aufgefordert wurde, die ursprünglich einmal begonnenen Expertenarbeiten wieder aufzunehmen<sup>10</sup>. Der Bundesrat nahm den Bericht am 31. Mai 2006 zur Kenntnis und gab dem Parlament folgende drei Empfehlungen ab:

- Im Bereich der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe ist auf den Erlass oder die Ergänzung von Gesetzesbestimmungen zu verzichten.
- Auf eine Änderung von Artikel 115 StGB ist zu verzichten.
- Auf eine umfassende Gesetzgebung auf Bundesebene über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen und den sogenannten «Sterbetourismus» ist zu verzichten.

Der Bundesrat schloss sich den Schlussfolgerungen des EJPD an und gelangte zur Einschätzung, dass eventuelle Missbräuche bei der Suizidhilfe durch eine konsequente Durchsetzung des geltenden Rechts verhindert werden können – eine Aufgabe, die namentlich den Strafverfolgungsbehörden obliegt. In der gleichen Sitzung wurde das EJPD beauftragt, zusammen mit dem EDI dem Bundesrat bis Ende 2006 ein Aussprachepapier zu unterbreiten über:

- Massnahmen zur Verhinderung von Missbräuchen bei der Suizidhilfe und Vorschläge über Einschränkungen der Verschreibung und Abgabe des Betäubungsmittels Natriumpentobarbital (NaP) in letaler Dosis (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes); und

---

<sup>2</sup> Parlamentarische Initiative Cavalli vom 27.9.2000 (00.441; Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung).

<sup>3</sup> Parlamentarische Initiative Vallender vom 14.3.2001 (01.407; Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung. Neufassung von Artikel 115 StGB).

<sup>4</sup> Motion Zäch vom 3.10.2001 (01.3523; Sterbehilfe. Gesetzeslücke schliessen statt Tötung erlauben).

<sup>5</sup> AB **2001** N 1835.

<sup>6</sup> Motion der RK-S vom 11.4.2003 (03.3180; Sterbehilfe und Palliativmedizin).

<sup>7</sup> AB **2003** S 618.

<sup>8</sup> AB **2004** N 268.

<sup>9</sup> EJPD, Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?, Bern, 24. April 2006.

<sup>10</sup> Motion der freisinnig-demokratischen Fraktion vom 16.6.2005 (05.3352; Expertenarbeiten zum Thema Sterbehilfe).

- die zur Förderung von Palliativmedizin und Palliative Care getroffenen und geplanten Massnahmen.

Der Bundesrat nahm den Ergänzungsbericht über Sterbehilfe des EJPD<sup>11</sup> am 29. August 2007 zur Kenntnis und fasste entsprechend folgende Beschlüsse:

- Die Änderung des Betäubungsmittelrechts zur Verhinderung allfälliger Missbräuche bei der Suizidhilfe ist nicht angebracht.
- Das EDI wird dem Bundesrat zu gegebener Zeit Vorschläge für eine Stärkung der Forschung auf dem Gebiet von Palliative Care unterbreiten, sei dies über ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) oder über andere geeignete Fördermassnahmen.

#### **1.1.6. Ausarbeitung des Vorentwurfs (2008 bis 2010)**

Nachdem einige Fälle von Suizidhilfe in Politik und Öffentlichkeit heftige Reaktionen provoziert hatten<sup>12</sup>, beauftragte der Bundesrat das EJPD am 2. Juli 2008, insbesondere den Bedarf nach einer gesetzlichen Regelung gewisser minimaler Sorgfalts- und Beratungspflichten der Suizidhilfeorganisationen, einer Dokumentationspflicht, einer Qualitätssicherung bei der Auswahl und Ausbildung von Suizidbegleitern sowie der Pflicht zu finanzieller Transparenz abzuklären<sup>13</sup>. Am 17. Juni 2009 nahm der Bundesrat den Bericht des EJPD vom 15. Mai 2009 zur Kenntnis und führte eine erste Aussprache<sup>14</sup>. Am 28. Oktober 2009 beschloss er, einen Vorentwurf und den entsprechenden erläuternden Bericht mit zwei Varianten in die Vernehmlassung zu schicken: (1) Straffreiheit für die Verantwortlichen und Mitarbeitenden der Suizidhilfeorganisationen unter bestimmten strengen Voraussetzungen oder (2) Verbot der organisierten Suizidhilfe<sup>15</sup>. Das Vernehmlassungsverfahren wurde am 1. März 2010 abgeschlossen.

#### **1.1.7. Auswertung der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens (2010)<sup>16</sup>**

26 Kantone, 13 Parteien, 69 Verbände und 28 Privatpersonen haben im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens Stellung genommen, was insgesamt 136 Stellungnahmen ergibt. Bei der Gewichtung der Ergebnisse wurden die Stellungnahmen der 28 Privatpersonen jedoch nicht berücksichtigt, um ihnen im Vergleich mit den Kantonen und Verbänden nicht ein zu grosses Gewicht zukommen zu lassen. Die folgenden Zusammenstellungen in Zahlen stehen somit im Verhältnis zu 108 Stellungnahmen.

84 Vernehmlassungsteilnehmer (davon 22 Kantone und 8 Parteien) haben bezüglich der organisierten Suizidhilfe einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene erkannt. Im Gegenzug erachten 25 Teilnehmer (davon 4 Kantone und 5 Parteien) eine Anpassung der Bundesgesetze als unnötig. Sie sind der Meinung, dass der heutige Artikel 115 StGB ausreicht, um allfällige Missbräuche zu verhindern, und es lediglich eine konsequente Durchsetzung braucht. Obschon eine klare Mehrheit einen Handlungsbedarf auf Bundesebene anerkannt hat, liess sich kein Konsens darüber ausmachen, wie die Gesetzgebung zu gestalten sei: 35 Teilnehmer haben eine Lösung im Sinne der Variante 1 unterstützt, 20 eine Lösung im Sinne der Variante 2 und 22 waren der Ansicht, dass ein Spezialgesetz diese komplexe und delikate Materie besser erfassen kann. Beide vom Bundesrat vorgeschlagene

<sup>11</sup> EJPD, Ergänzungsbericht zum Bericht «Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?», Bern, Juli 2007.

<sup>12</sup> Zu den assistierten Suiziden, die diese Reaktionen ausgelöst haben, siehe Kap. 1.2.4 unten.

<sup>13</sup> Medienmitteilung des EJPD vom 2. Juli 2008, Vertiefte Abklärungen im Bereich der organisierten Suizidhilfe.

<sup>14</sup> EJPD, Organisierte Suizidhilfe: Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und -bedarf des Bundesgesetzgebers, Bern, 15. Mai 2009; Medienmitteilung des EJPD vom 17. Juni 2009, Erste Aussprache zur Suizidhilfe.

<sup>15</sup> EJPD, Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe, Erläuternder Bericht und Vorentwurf, Bern, Oktober 2009.

<sup>16</sup> EJPD, Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) und des Militärstrafgesetzes (MStG), Zusammenfassung der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens über den Bericht und den Vorentwurf betreffend die organisierte Suizidhilfe, Bern, Juni 2010.

nen Varianten haben also nicht überzeugt (72 Teilnehmer haben Variante 1 verworfen und 88 Variante 2).

Vereinzelte Teilnehmer beurteilen Variante 1 als prinzipiell umsetzbar, vor allem weil sie im Grundsatz den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Nationalen Ethikkommission entspricht. Diese Variante würde es zudem ermöglichen, einen rechtlichen Rahmen für die Suizidhilfeorganisationen zu setzen, welcher die polizeiliche Tätigkeit zu harmonisieren vermag. Abgesehen von diesen wenigen positiven Bemerkungen wurden zu Variante 1 zahlreiche Vorbehalte geäussert. Insbesondere folgende Punkte sind zu erwähnen:

- Die Bestimmung ist zu komplex, zu wenig übersichtlich und trägt dem Bedürfnis der Bevölkerung zu wenig Rechnung.
- Die Tatsache, dass drei Ärzte in den Suizidhilfeprozess mit einbezogen werden (zur Feststellung der Urteilsfähigkeit, zur Beurteilung der unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge und zum Verschreiben von NaP), wurde als extrem belastend, unbrauchbar und sogar als Schikane empfunden.
- Die Beschränkung des Zugangs zur organisierten Suizidhilfe auf Personen, die an einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge leiden, wird als exzessiv und diskriminierend erachtet. Diese Voraussetzung ist überdies schwer anzuwenden und könnte eine sehr uneinheitliche Praxis zur Folge haben.
- Die Überprüfung alternativer Behandlungsformen gehört nicht in den Aufgabenbereich eines Suizidhelfers, sondern muss stets von einer medizinischen Fachperson durchgeführt werden.
- Es ist fast unmöglich, die Einhaltung der Sorgfaltspflichten nachträglich zuverlässig zu kontrollieren.
- Durch die Tatsache, dass der Bereich der organisierten Suizidhilfe gesetzlich geregelt wird, werden die Suizidhilfeorganisationen staatlich legitimiert.
- Die Sanktionen werden als stossend empfunden, namentlich im Fall einer Verletzung administrativer Pflichten (Dokumentationspflicht, Pflicht zur Kontrolle der Mitarbeitenden usw.).

Eine kleine Teilnehmergruppe hat begrüsst, dass Variante 2 der oft fragwürdigen Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen wie auch der Kommerzialisierung und dem Sterbetourismus ein Ende setzen würde. Andere haben die Einfachheit und Klarheit dieser Variante geschätzt. Es ist zudem von einigen Teilnehmern als positiv empfunden worden, dass ein Signal in Richtung Lebensschutz und Lebenserhaltung gesetzt wird. Der Rest der Teilnehmer (eine grosse Mehrheit) hat hauptsächlich folgende Kritikpunkte gegenüber dieser Variante vorgebracht:

- Sie widerspricht der liberalen schweizerischen Grundhaltung und verkennt die heutige Realität – insbesondere die Tatsache, dass ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen unterstützt.
- Sie stellt einen unzulässigen Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung dar.
- Aufgrund dieser Variante droht die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen heimlich durchgeführt zu werden und in die Illegalität abzudriften.

Neben den Varianten 1 und 2 haben mehrere Vernehmlassungsteilnehmer eine spezialgesetzliche Lösung vorgeschlagen, um die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen spezifisch zu regeln. Verschiedene Teilnehmer haben diesbezüglich empfohlen, die Suizidhilfeorganisationen einer Bewilligungspflicht zu unterstellen. Andere haben eher in Richtung einer medizinischen oder behördlichen Überwachung oder Aufsicht der Suizidhilfeorganisationen votiert. Weitere Teilnehmer haben beantragt, die Suizidhilfeorganisationen und auch die im Suizidhilfeprozess involvierte Ärzteschaft gewissen Minimalstandards zu unterstellen und insbesondere die Art und Weise ihrer Tätigkeit zu regeln.

Etliche Teilnehmer haben die Vernehmlassung dazu verwendet, den Bund zu ermuntern, seine bisherigen Anstrengungen in den Bereichen Suizidprävention und Palliative Care weiterzuverfolgen und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, um diese in Zukunft noch stärker ausbauen und fördern zu können. Einige haben darüber hinaus sogar verlangt, dass die Palliativpflege über die obligatorische Krankenversicherung rückvergütet wird.

### **1.1.8. Versuch einer Überarbeitung des Vorentwurfs (2010)**

Der Bundesrat hat den Vernehmlassungsbericht am 17. September 2010 zur Kenntnis genommen. Nach seiner Sitzung an jenem Datum hat er das EJPD beauftragt, auf Grundlage der Variante 1 einen Gesetzesentwurf zur Änderung von Artikel 115 StGB auszuarbeiten, diese jedoch im Lichte der Vernehmlassungsergebnisse grundlegend zu überarbeiten. Zudem hat er das EDI damit beauftragt, ihm ergänzend Vorschläge zur verstärkten Förderung der Palliative Care und der Suizidprävention zu unterbreiten<sup>17</sup>.

Das EJPD hat sich somit gründlich mit der schwierigen Aufgabe befasst, Artikel 115 StGB anzupassen. Dabei wurde das Ziel verfolgt, die im Verlauf des Vernehmlassungsverfahrens geäusserten Anregungen zu übernehmen, ohne dabei aus den Augen zu verlieren, dass die Änderung nicht nur präzise sein, sondern auch einen direkten Einfluss auf die aktuelle Praxis haben muss. Das Ergebnis dieser Arbeiten sowie die entsprechenden Schlussfolgerungen werden unter Ziffer 2 aufgeführt.

Parallel dazu hat das EDI zusammen mit dem EJPD Massnahmen zur Stärkung der Suizidprävention und zu Palliative Care ausgearbeitet. Die Massnahmen werden unter Ziffer 3 vorgestellt.

## **1.2. Das Phänomen des Suizids und der organisierten Suizidhilfe<sup>18</sup> in der Schweiz**

### **1.2.1. Statistische Angaben**

Gemäss den neusten Statistiken aus dem Jahr 2007 wurden in der Schweiz im selben Jahr 61 089 Todesfälle<sup>19</sup> und 1360 Suizide<sup>20</sup> registriert. Mit einem Anteil von 15 Suiziden auf 100 000 Einwohner liegt die Schweiz leicht unter dem Durchschnitt von 15,5/100 000 in den Ländern der Europäischen Union<sup>21</sup>. Sie steht insbesondere hinter Ungarn, Slowenien und Estland und weist Werte auf, die mit jenen von Finnland, Serbien, Frankreich, Polen und Österreich vergleichbar sind. Zwischen 1995 und 2006 blieb das Total der Suizide relativ stabil. Eine genauere Analyse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigt namentlich folgende beiden Entwicklungen auf<sup>22</sup>:

- Während bei den Männern die Abnahme der Anzahl Suizide recht kontinuierlich vor sich geht, sind die Raten bei den Frauen seit 1999 leicht zunehmend.
- Seit 1975 hat der Suizid bei der Altersgruppe bis 74 Jahre, bei den Männern sogar bis zu den 84-Jährigen, abgenommen. Bei Personen in sehr hohem Alter zeigt sich hingegen eine deutliche Zunahme von Suizidtodestfällen.

Somit zeichnet sich ab, dass der Suizid, auch wenn er eine der häufigsten Todesursachen von Personen zwischen 15 und 44 Jahren bleibt, immer mehr auch die Bevölkerung im sehr

<sup>17</sup> Medienmitteilung des BJ vom 17. September 2010, Organisierte Suizidhilfe soll ausdrücklich geregelt werden.

<sup>18</sup> Aus Gründen der Vereinfachung, wird in der Folge anstelle von «die mit Hilfe einer Suizidhilfeorganisation durchgeführten Suizide» von «assistierten Suiziden» gesprochen.

<sup>19</sup> BFS, BFS Aktuell, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2007, Definitive Ergebnisse, Neuenburg, 17. Juli 2008, S. 6.

<sup>20</sup> Medienmitteilung des BFS vom 23. März 2009, Weiterhin leicht sinkende Sterberaten, S. 5.

<sup>21</sup> Europäische Datenbank Gesundheit für alle des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation.

<sup>22</sup> BFS, Todesursachenstatistik, Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006, Neuenburg, 2008, S. 12 bis 14; siehe ebenfalls BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), Bern, April 2005, S. 10–11.

hohen Alter betrifft. Das lässt sich zum Teil mit der demografischen Alterung erklären<sup>23</sup>, aber auch mit den Fortschritten der Medizin. Dank diesen Fortschritten können die Personen zwar immer länger leben, aber manchmal unter schwierigen Bedingungen. Aus einer jüngeren Erhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) ist zum Beispiel hervorgegangen, dass 67 % der betagten Personen in Institutionen bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens wie Essen, Ankleiden und Toilettenbenützung stark eingeschränkt sind und dass ein Viertel der Heimbewohner unter einer Sinnesbehinderung leidet<sup>24</sup>. Unter diesen Voraussetzungen ist es möglich, dass einige betagte Personen einen Sterbewunsch verspüren oder ihrem Leben gar ein Ende setzen wollen, sei dies selbst oder unter Beizug einer Suizidhilfeorganisation.

Zur organisierten Suizidhilfe bestehen keine offiziellen Statistiken. Zwei in der Schweiz tätige Suizidhilfeorganisationen, Exit Deutsche Schweiz (über 50 000 Mitglieder) und Dignitas (rund 5700 Mitglieder), veröffentlichen indes jährlich die Anzahl der von ihnen begleiteten Personen. In den letzten Jahren schien sich die Gesamtzahl der assistierten Suizide bei 300 bis 350 Fällen pro Jahr einzupendeln, während in den Jahren ab 2000 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen war<sup>25</sup>. Die Zahlen der beiden Organisationen für die letzten sechs Jahre lauten wie folgt:

Jahr \ Org.	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Exit Deutsche Schweiz</b>	162	150	179	167	217	257
<b>Dignitas</b>	138	195	138	132	89	97
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>345</b>	<b>317</b>	<b>299</b>	<b>306</b>	<b>354</b>

Im Gegensatz zu Exit Deutsche Schweiz und Dignitas geben Exit ADMD Suisse romande (über 15 000 Mitglieder) und Ex International (rund 700 Mitglieder) nicht systematisch Daten bekannt, sodass nur Schätzungen möglich sind. Im Jahr 2005 gab Exit ADMD an, etwas mehr als 50 Personen begleitet zu haben. Im erläuternden Bericht des Jahres 2009<sup>26</sup> schätzt das EJPD die Anzahl der Suizidbegleitungen durch Ex International auf 12 bis 20 pro Jahr<sup>27</sup>. Zu den Totalen der obigen Tabelle müssten also noch rund 60 Fälle addiert werden, um realitätsnahe Daten zu erhalten. Daraus folgt, dass die in der Schweiz tätigen Suizidhilfeorganisationen in den letzten Jahren durchschnittlich 380 Personen dabei unterstützt haben, ihrem Leben ein Ende zu bereiten. Auf Grundlage der Daten des Jahres 2008 – das letzte Jahr, zu dem sämtliche Daten verfügbar sind – lässt sich festhalten, dass sich der assistierte Suizid auf 0,6 % der insgesamt in der Schweiz registrierten Todesfälle und auf 28 % der Suizide beläuft<sup>28</sup>. Dieses Verhältnis ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, denn in den offiziellen Statistiken zu den Suiziden werden lediglich die Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthaltsort in der Schweiz berücksichtigt, während die Statistiken zu den assistierten Suiziden auch die Personen mit Wohnsitz im Ausland umfassen. Um der Realität genauer zu entsprechen, müssten – für das Jahr 2008 – die assistierten Suizide ausländischer Personen, d. h. 122 gemäss Informationen von Dignitas, abgezogen werden. Gemäss dieser Berechnung würden die assistierten Suizide einen Anteil von 18,5 % an den Suiziden ausmachen.

<sup>23</sup> Siehe den Bericht 2005 des BAG (Fn. 22), S. 10.

<sup>24</sup> Medienmitteilung des BFS vom 7.6.2010, Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09, Nahezu zwei von fünf Betagten leiden an einer Demenz.

<sup>25</sup> Zur Entwicklung seit Beginn der 1990er-Jahre, vgl. Bericht 2006 des EJPD (Fn. 9), S. 33.

<sup>26</sup> Vgl. EJPD, Erläuternder Bericht 2009 (Fn. 15), S. 10, Fn. 32.

<sup>27</sup> Diese Schätzung wird auch durch einen Artikel der Zeit Online bestätigt, gemäss welchem Ex International ein Dutzend Personen pro Jahr begleitet («Der Freundestod», in: Zeit Online vom 1. April 2009).

<sup>28</sup> D. h. 365/1313.

## 1.2.2. Suizid: Gründe und Vorgehen

Zum Suizid werden schon seit mehreren Jahrzehnten Untersuchungen durchgeführt. Trotzdem besteht kein verbreitet anerkanntes theoretisches Modell zur Erklärung suizidalen Verhaltens. Zahlreiche Studien konnten hingegen die mit suizidalem Verhalten verbundenen Risikofaktoren eruieren. Dazu gehören einerseits individuelle Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale (Selbstwert, Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit usw.), psychische Verletzlichkeit und kritische Lebensereignisse (Trennung, Tod, Scheidung, Erkrankung, Stellenverlust). Eine spezielle Risikogruppe bilden die Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben. Das Suizidrisiko ist bei ihnen vierzigmal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt und es bleibt über Jahre hoch. Psychische Krankheiten sind nebst vorangegangenen Suizidversuch der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid. 90 % aller Menschen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung<sup>29</sup>. Gemäss einer anderen Studie ist das Leiden der Hauptgrund, weshalb Personen die Hilfe von Suizidhilfeorganisationen suchen. Auch die langfristige Pflegebedürftigkeit und neurologische Symptome wurden mehrfach als Erklärung beigezogen<sup>30</sup>.

Da die meisten Personen, die sich an eine Suizidhilfeorganisation wenden, älter sind, muss hier auf einige der jüngsten Studien zum Thema des Suizids bei älteren Personen eingegangen werden. Das Ausmass der Suizide älterer Menschen ist beunruhigend: In allen industrialisierten Ländern ist die Suizidrate bei Personen über 75 Jahren am höchsten<sup>31</sup>. Die Rate weist zudem eine jährlich steigende Tendenz auf. In einer vor Kurzem im Kanton Zürich durchgeführten Studie konnte nachgewiesen werden, dass das Suizidrisiko bei Personen über 80 Jahren vier- bis fünfmal höher ist als bei Personen zwischen 40 und 49 Jahren<sup>32</sup>. Da feststeht, dass die Bevölkerung immer älter wird, und die Anzahl Suizide demnach steigen wird, haben sich mehrere Forscher dieses zu lange vernachlässigten Themas angenommen. Die meisten Studien scheinen sich darin einig zu sein, dass zwischen 76 % und 89 % der älteren Personen, die einen Suizid begangen haben, ein psychisches Problem hatten. Bei rund 50 % bis 66 % dieser Personen handelte es sich um eine Depression. Auch körperliche Probleme stellen bei älteren Menschen einen Risikofaktor dar. 62 % litten an einer Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands oder an gesundheitlichen Problemen wie Krebs oder anderen chronischen Krankheiten. Dieser Faktor ist in dieser Altersgruppe signifikant weiter verbreitet als in den andern Altersgruppen. Einige Studien kommen hingegen zum Schluss, dass die älteren Personen, die Suizid begangen haben, nicht signifikant mehr physische Probleme hatten als die älteren Menschen, die auf eine andere Weise gestorben sind. In diesen Studien wird eher die Vermutung geäussert, dass die älteren Personen, die Suizid begangen haben, ein höheres Risiko für psychische Störungen aufwiesen als die aus anderen Gründen gestorbenen älteren Personen<sup>33</sup>. Aufgrund dieser Beobachtungen kann die Suizidprävention bei älteren Menschen gemäss einer Studie<sup>34</sup> verstärkt werden, wenn dafür gesorgt wird, dass: (1) das Pflegepersonal die Zeichen für die Suizidgefährdung besser erkennt<sup>35</sup>; (2) das Pflegepersonal den älteren, suizidwilligen Menschen besser zuhört; (3) die älteren Personen Verantwortung gegenüber anderen Personen übernehmen können (insbesondere durch die Förderung des Austauschs zwischen den Generationen); (4) die älteren Menschen über ihr Leben und ihre Vergangenheit reden können, damit sie einerseits

<sup>29</sup> Bericht des BAG vom April 2005 (Fn. 22), S. 17–18; siehe ebenfalls M. SÉGUIN, *Le suicide. Le comprendre pour mieux le prévenir*, Québec 2009, S. 37 ff. und dort zitierte Literatur.

<sup>30</sup> S. FISCHER ET AL., *Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide*, in: *Swiss Med Wkly*. 2009; 139 (23–24), S. 333 ff.

<sup>31</sup> L. VANLAERE / F. BOUCKAERT / C. GASTMANS, *Care of suicidal older people: current clinical-ethical considerations*, in: *Journal of Medical Ethics* 2007, S. 376; H. CATTEL, *Suicide in the elderly*, in: *Advances in Psychiatric Treatment* (2000), Bd. 6, S. 102.

<sup>32</sup> S. D. KLEIN / C. BISCHOFF / W. SCHWEITZER, *Suicides in the canton of Zurich (Switzerland)*, in: *Swiss Med Wkly*. 2010; 140: w13102.

<sup>33</sup> M. SÉGUIN, *op. cit.* (Fn. 29), S. 42 f. und dort zitierte Literatur.

<sup>34</sup> L. VANLAERE ET AL., *op. cit.* (Fn. 31), S. 379 ff.

<sup>35</sup> Oft neigt das Pflegepersonal zur Ansicht, dass Aussagen wie «mir reicht's», «wozu soll ich weiterleben» zum Altersprozess gehören und nicht allzu ernst genommen werden müssen.

Aufmerksamkeit erhalten und sich andererseits bewusst werden, dass sie nicht einfach alt sind, sondern alt geworden sind und somit eine äusserst reiche Vergangenheit haben.

Einige Autoren kritisieren die Tatsache, dass der Suizid und der assistierte Suizid gleichgestellt werden. Sie sind der Meinung, dass sich der sogenannte «Affekt-» oder «Kurzschluss-suizid» und der sogenannte «Bilanzsuizid» nicht miteinander vergleichen lassen. Im ersten Fall ist der Sterbewunsch das Ergebnis einer heftigen Erschütterung, mit der die betreffende Person nicht umzugehen weiss. In den meisten dieser Fälle sind die Personen durch eine gewisse psychische Verletzlichkeit charakterisiert. Im zweiten Fall hingegen ist der Sterbewunsch das Resultat reiflicher Überlegungen, in denen die betroffene Person im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte alle relevanten Punkte sorgfältig abgewogen hat<sup>36</sup>. Bestimmte Experten im Bereich Suizid teilen indessen die Meinung, dass eine strikte Trennung zwischen diesen beiden Arten des Suizids theoretischer Natur bleibt oder, genauer gesagt, dass es den Affektsuizid im engen Sinn nicht gibt<sup>37</sup>. Demnach lässt sich die suizidale Entwicklung in drei Stadien gliedern: In einer ersten Phase der Erwägung wird der Suizid als eine Möglichkeit, die wirklichen oder scheinbaren Probleme zu lösen, in Erwägung gezogen; im Zentrum des zweiten Stadiums der Abwägung stehen grosse Ambivalenz, Unschlüssigkeit und ein innerer Kampf zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen; wird im dritten Stadium der Entschluss gefasst, weicht die Phase der Ambivalenz und des inneren Ringens häufig einer «Ruhe vor dem Sturm» mit scheinbarer Abgeklärtheit. Auf Basis dieses Modells gibt es den Affektsuizid im engeren Sinn nur, wenn die drei Stadien wie im Zeitraffertempo durchlaufen werden, was nur bei infantilen, unreifen, explosiblen und psychopathischen Persönlichkeiten, bei Kindern und Jugendlichen oder psychisch Kranken und Gehirngeschädigten sowie im Rausch vorstellbar ist. In allen anderen Fällen ist der Suizid immer von einer gewissen Abwägung geprägt, vielleicht über Jahre hinweg. Die Tatsache, dass der Sterbewunsch über eine längere Zeitspanne geäussert wurde, garantiert jedoch nicht, dass er auch sorgfältig abgewogen wurde<sup>38</sup>.

### 1.2.3. In der Schweiz tätige Suizidhilfeorganisationen

Von assistiertem Suizid wird gesprochen, wenn die Person, die sich das Leben nimmt, von einer oder mehreren Personen, materiell oder psychologisch, unterstützt worden ist. Diese Definition setzt voraus, dass die Person, die den Suizidwunsch geäussert hat (suizidwillige Person), dies frei und überlegt getan hat – also dass sie urteilsfähig ist – und dass sie die zum Tod führende Handlung selbst vorgenommen hat. In der Schweiz sind assistierte Suizide vor allem seit dem Aufkommen sogenannter «Suizidhilfeorganisationen» aufgetreten. Offiziell bestehen fünf solche Organisationen: «Exit (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben» (Exit DS), «Exit – Association pour le droit de mourir dans la dignité» (Exit ADMD), «Dignitas – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben» (Dignitas), Ex International und der Verein SuizidHilfe.

**Exit DS** wurde am 3. April 1982 als Verein gegründet und ist mit rund 52 000 Mitgliedern in der ganzen Schweiz die grösste in der Schweiz aktive Suizidhilfeorganisation. Nach Artikel 2 der Statuten (Fassung vom 9. Mai 2009) anerkennt Exit DS das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben und unterstützt seine Mitglieder bei der Durchsetzung dieses Rechts. Die Organisation Exit DS setzt sich auch gegen die Lebenserhaltung um jeden Preis ein, indem sie ihre Mitglieder zur Abfassung einer Patientenverfügung anregt. Nach Artikel 3 der Statuten können ausschliesslich volljährige urteilsfähige Personen mit schweizerischem Bürgerrecht oder mit Wohnsitz in der Schweiz die Mitgliedschaft erlangen. Der jährliche Mitgliederbeitrag beträgt 45 Franken und der Mitgliederbeitrag auf Lebenszeit 900 Franken. Gemäss Artikel 8 üben die Vorstandsmitglieder ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus, erhalten aber eine Spesenentschädigung. Die Arbeit, die sie über die ordentliche Vorstands-

<sup>36</sup> Vgl. insbesondere F. TH. PETERMANN, Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention, in: PJA 2004, S. 1116 f.; Exit Deutsche Schweiz, Vernehmlassung i. S. Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe, S. 30.

<sup>37</sup> D. FENNER, Gibt es überhaupt den «Affekt-» oder «Kurzschluss-suizid»? in: e-Journal Philosophie der Psychologie, Oktober 2007.

<sup>38</sup> D. FENNER, op. cit. (Fn. 37), S. 15 und dort zitierte Literatur.

tätigkeit hinaus leisten, wird vertraglich geregelt und angemessen entschädigt. Gemäss dem letzten Tätigkeitsbericht<sup>39</sup> erhalten der Präsident, der Vizepräsident sowie die Verantwortlichen für Freitodbegleitung und Finanzen 46 294 Franken und der Verantwortliche für Kommunikation 98 781 Franken. Nach Artikel 2 der Statuten soll der assistierte Suizid ausschliesslich bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung ermöglicht werden. Im Jahr 2009 sind bei den 217 Freitodbegleitungen folgende Krankheiten ärztlich diagnostiziert worden: Krebs (93), Polymorbidität (47), Herzerkrankung (9), Amyotrophe Lateralsklerose (5), Hirnschlag (3), Multiple Sklerose (7), Parkinson (6), psychische Krankheit (2), Schmerzpatienten (17), beginnende Demenz (2), Lungenkrankheiten (9), Polyneuropathie (3), Tetraplegie (3), Augenkrankheit (3), andere (8). Für die Suizidhilfe wird das Medikament NaP<sup>40</sup> verwendet. Wenn die suizidwillige Person dazu in der Lage ist, kann sie die Substanz NaP direkt trinken. Ist dies nicht der Fall, wird eine Infusion gelegt oder eine PEG-Sonde eingesetzt. In letzteren beiden Fällen kann die suizidwillige Person das Einfliessen von NaP eigenhändig und selbständig bewirken.

**Exit ADMD** ist das Pendant von Exit DS in der Westschweiz. Dieser Verein wurde am 23. Januar 1982 gegründet und zählt heute mehr als 15 000 Mitglieder. Nach Artikel 3 der Statuten (Fassung vom 17. April 2010) setzt sich Exit ADMD für die Förderung des Rechts des Menschen ein, über seine Person, seinen Körper und sein Leben selbst zu bestimmen. Zur Erreichung dieses Ziels kann der Verein unter anderem Initiativen und Petitionen einreichen und politisch tätig werden, öffentliche Debatten organisieren und/oder daran teilnehmen und nach Prüfung des Gesuchs die Beihilfe zur «autodélivrance»<sup>41</sup> gewährleisten. Nach Artikel 8 der Statuten müssen die Mitglieder volljährig sein und ihren Wohnsitz in der Schweiz haben<sup>42</sup>. Der Jahresbeitrag beträgt 40 Franken für berufstätige Personen und 35 Franken für Pensionierte. Nach Artikel 36 der Statuten üben die Vorstandsmitglieder ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Spesen im Rahmen ihrer Tätigkeit werden ihnen hingegen vollumfänglich rückerstattet, und bei Erwerbsausfall aufgrund der Ausübung ihres Mandats können sie auch entschädigt werden. In derselben Bestimmung wird auch darauf hingewiesen, dass eine Tätigkeit im Zusammenhang mit der «autodélivrance» mit keiner Vergütung verbunden sein darf. Exit ADMD stimmt einem Gesuch um «autodélivrance» lediglich dann zu, wenn die Person: (1) urteilsfähig ist; (2) das Gesuch seriös und wiederholt stellt; (3) an einer unheilbaren Krankheit mit hoffnungsloser Prognose oder einer bleibenden Invalidität leidet; und (4) aus diesen Gründen unerträgliche körperliche oder psychische Leiden ertragen muss. Gemäss Exit ADMD zählt zu den Kriterien für Invalidität nebst Taubheit oder Blindheit auch die dauerhafte Unfähigkeit, mehrere alltägliche Handlungen – wie sich anziehen, aufstehen, sich hinlegen, essen, sich waschen, auf die Toilette gehen und sich fortbewegen – ohne Hilfe vorzunehmen<sup>43</sup>.

Der Verein **Dignitas** wurde am 17. Mai 1998 gegründet. Der Verein zählt heute rund 5700 Mitglieder. Nach Artikel 2 der Statuten (Fassung vom 31. Mai 2007) bezweckt Dignitas, seinen Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern und diese Werte auch weiteren Personen zugutekommen zu lassen. Der Verein verfolgt diesen Zweck, indem er seinen Mitgliedern eine rechtlich wirksame Patientenverfügung und unter bestimmten Voraussetzungen eine Freitodbegleitung durch geschultes Personal verschafft. Nach Artikel 2 verfolgt der Verein weder Erwerbs- noch Selbsthilfzwecke. Seit 1. Januar 2008 und nach Artikel 9 der Statuten beträgt die Eintrittsgebühr 200 Franken, die Gebühr für Aktivmitglieder 200 Franken, jene für Kuratoriumsmitglieder 500 Franken und

<sup>39</sup> Exit Info 1/2010, S. 29.

<sup>40</sup> Zum rechtlichen Status von NaP und dessen Anwendung vgl. Kap. 1.4.3.

<sup>41</sup> Den französischen Begriff «autodélivrance» (Selbsterlösung), der in den Statuten wiederholt verwendet wird, gibt es nicht. Er wird hier aus Gründen der Genauigkeit übernommen. Der Begriff wurde von Exit ADMD geschöpft, um den Begriff «Suizid» zu ersetzen, und trägt namentlich der Tatsache Rechnung, dass dem Leben ein Ende bereitet wird, weil die Krankheit, an der man leidet, oder die Beschwerden, die einen quälen, das Weiterleben unerträglich machen.

<sup>42</sup> Im Gegensatz zu den Statuten wird auf der Website von Exit ADMD (<http://www.exit-geneve.ch/index.html>) ein Mindestalter von zwanzig Jahren angegeben.

<sup>43</sup> Vgl. Exit ADMD, 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité, Bulletin Édition spéciale vom Februar 2007, S. 15 f.

jene für Destinatär-Mitglieder 80 Franken. Mitglieder, die eine Freitodbegleitung vorbereiten lassen, bezahlen zur Deckung des damit verbundenen administrativen Aufwands einen zusätzlichen Mitgliederbeitrag von 3000 Franken; Mitglieder, die darüber hinaus eine Freitodbegleitung durchführen lassen, bezahlen einen zusätzlichen Mitgliederbeitrag von 3000 Franken; übertragen sie die Abwicklung der erforderlichen Formalitäten mit Bestattungs- und Zivilstandsämtern Dignitas, bezahlen sie einen weiteren zusätzlichen Mitgliederbeitrag von 1500 Franken. In Artikel 9 wird des Weiteren festgehalten, dass Mitglieder, die in sehr bescheidenen Verhältnissen leben, auf begründeten Antrag vom Generalsekretär von der Verpflichtung zur Zahlung von Eintrittsgebühr und/oder Jahresbeitrag ganz oder teilweise befreit werden können. Unter denselben Bedingungen kann auch eine Befreiung von der Zahlung von zusätzlichen Mitgliederbeiträgen erfolgen. Seit 2001 arbeiten die Suizidhelfer nicht mehr auf ehrenamtlicher Basis. Angesichts des starken Anstiegs der Anträge um Suizidhilfe erhalten die Helfer zusätzlich zu den Spesen eine Entschädigung für die Betreuung der betroffenen Personen, für die Gespräche mit letzteren und mit deren Angehörigen sowie für die Suizidhilfe selbst<sup>44</sup>. Nach Artikel 4 der Statuten haben die Mitglieder Anspruch auf Sterbebegleitung durch Sterbebegleiter des Vereins, sofern dadurch sinnloses Leiden oder unzumutbares Weiterleben beendet werden soll<sup>45</sup>. Im Gegensatz zu Exit DS und Exit ADMD, beschränkt Dignitas seine Unterstützung nicht auf Personen mit Schweizer Bürgerrecht oder Wohnsitz in der Schweiz. So besitzen denn auch die meisten Personen, die die Dienste von Dignitas in Anspruch nehmen, ein ausländisches Bürgerrecht<sup>46</sup>.

Die Vereinigung **Ex International** wurde 1996 gegründet. Die Website der Vereinigung bietet nur spärliche Informationen. Gemäss einem Artikel von Zeit Online<sup>47</sup> hat Ex International rund 700 Mitglieder, fast alle mit deutschem Bürgerrecht. Laut Angaben der Präsidentin der Vereinigung müssen die Mitglieder keinen Beitrag zahlen und werden die Suizidhelfer nur minimal entschädigt. Wünscht ein Mitglied Suizidhilfe, so muss es die Kosten dafür übernehmen. Die Suizidhilfe ist nur dann möglich, wenn die Person gemäss ärztlicher Diagnose an einer unerträglichen Krankheit leidet, die sehr wahrscheinlich zum Tod führt.

Der **Verein SuizidHilfe** wurde am 17. Januar 2002 in Zürich gegründet. Gründer ist ein ehemaliges Mitglied von Exit DS, das die Suizidhilfe weniger restriktiv auch auf Personen mit psychischen Störungen ausweiten wollte<sup>48</sup>. Er wurde wegen vorsätzlicher Tötung im Sinn von Artikel 111 StGB verurteilt, weil er nicht urteilsfähigen Personen Beihilfe zum Selbstmord geleistet hat<sup>49</sup>. Nach Artikel 2.1 der Statuten steht der Verein SuizidHilfe dafür ein, dass der urteilsfähige Mensch immer über die Beendigung seines Lebens frei verfügen darf. Nach Artikel 2.3 vermittelt der Verein urteilsfähigen Menschen, die ihr Leben beenden wollen, nach Möglichkeit und auf Wunsch eine Bezugsperson, die bei den Lebensabschlussarbeiten und bei der Planung des Suizids hilft. In persönlichen Gesprächen mit der Bezugsperson werden die Motive der suizidwilligen Person und das Umfeld des Antrags beleuchtet. Artikel 2.4 hält zudem fest, dass der Verein das Wissen um humane Suizidformen, die eine ärztliche Mitwirkung erübrigen, entwickelt und vermittelt. Für Mitglieder von Exit beträgt der Beitrag 35 Franken, für alle anderen Mitglieder 70 Franken. Es bestehen keine offiziellen Informationen zu diesem Verein, weder zur Anzahl Mitglieder noch zur Anzahl der von ihr assistierten Suizide.

---

<sup>44</sup> P. VENETZ, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Zürich 2008, S. 40 und dort zitierter Verweis.

<sup>45</sup> Auf der Website von Dignitas (<http://www.dignitas.ch/>) wird jedoch präzisiert, dass die Person an einer unheilbaren Krankheit, einer unzumutbaren Behinderung oder an unerträglichen Schmerzen leiden muss.

<sup>46</sup> Im Jahr 2009 wurden 35 deutsche, 27 britische, 7 französische, 3 österreichische und 2 schweizerische Staatsangehörige beim Suizid begleitet (DIGNITAS, Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz, Stand am 31.12.2009).

<sup>47</sup> «Der Freundestod», in: Zeit Online vom 1.4.2009.

<sup>48</sup> Vgl. insbesondere «Drei Jahre Gefängnis für Sterbehelfer», in: Swissinfo.ch vom 6.7.2007.

<sup>49</sup> Urteile des Bundesgerichts 6B\_48/2009 und 6B\_14/2009 vom 11. Juni 2009.

#### 1.2.4. Die jüngsten Entwicklungen im Bereich Suizidhilfe

Nach der Veröffentlichung der beiden Berichte des Bundesrats in den Jahren 2006 und 2007<sup>50</sup> schöpften einige Kantonsbehörden ihre Möglichkeiten zur verstärkten Beobachtung der Suizidhilfeorganisationen aus. Dies brachte bestimmte Suizidhilfeorganisationen zum Teil dazu, ihre Praxis zumindest vorübergehend in gewissen Punkten anzupassen.

Mit Schreiben vom 31. Januar 2008 teilte der Zürcher Kantonsarzt Dignitas mit, er würde künftig das Ausstellen eines Rezepts für NaP nach nur einer einmaligen ärztlichen Konsultation als Verstoß gegen das Prinzip der sorgfältigen Ausübung des Arztberufes betrachten und gegen Ärzte, welche nach nur einmaliger Konsultation das Rezept ausstellen, Disziplinarverfahren einleiten. Als erste Reaktion darauf half Dignitas in der Folge nach der üblichen ärztlichen Konsultation vier Personen ohne Verwendung von NaP und damit ohne Ausstellen eines ärztlichen Rezepts beim Suizid. Dabei erfolgten die Suizidbegleitungen unter Anwendung der sogenannten «Heliummethode». Durch das Einatmen dieses Gases erhält die suizidwillige Person keinen Sauerstoff mehr, wird bewusstlos und stirbt. Diesbezüglich hat der Verantwortliche von Dignitas ausdrücklich festgehalten, dass das Gas nicht mit einem Plastiksack zugeführt wurde, wie dies irrtümlicherweise in den Medien gemeldet wurde, sondern über eine Atemmaske<sup>51</sup>. Da diese Methode mit wesentlichen Nachteilen verbunden war, hat Dignitas danach darauf verzichtet und die Praxis geändert: Nunmehr werden im Abstand weniger Tage zwei ärztliche Konsultationen durchgeführt, wobei das Rezept für NaP erst nach der zweiten Konsultation ausgestellt wird. Ausserdem untersagten die Gemeindebehörden Dignitas im Jahr 2007, die Suizidbegleitungen in bestimmten Räumlichkeiten durchzuführen. Als Reaktion darauf führte Dignitas im Einvernehmen mit den betroffenen Personen Suizidbegleitungen in Hotelzimmern oder in den Fahrzeugen der Suizidwilligen durch<sup>52</sup>, was in Bevölkerung, Politik und Medien umgehend grosse Empörung auslöste. Am 25. Januar 2007 wurde Dignitas von Amtes wegen im Handelsregister als Verein, der ein nach kaufmännischer Art geführtes Gewerbe betreibt, eingetragen (Art. 61 Abs. 2 des Zivilgesetzbuches<sup>53</sup>). Am 6. September 2010 bestätigte das Bundesgericht, dass es nicht gegen das Gesetz verstösst, Dignitas die Bewilligung zu verweigern, in unmittelbarer Nachbarschaft eines Kindergartens und in der näheren Umgebung einer Alterssiedlung und einer Berufsschule eine Wohnung in einer Zone zu nutzen, die in erster Linie der Wohnnutzung gewidmet ist<sup>54</sup>.

Unabhängig von der Veröffentlichung der genannten Berichte des Bundesrates führten gewisse Informationen zur Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen in politischen Kreisen zu Beunruhigung. So erklären Exit DS und Dignitas, jedes Jahr auch einer Reihe von Personen mit psychischen Krankheiten Beihilfe zum Suizid zu leisten<sup>55</sup>. Exit DS erwog 2008 sogar, seine Dienste auch lebensmüden Menschen anzubieten<sup>56</sup>. Auch der Verein SuizidHilfe möchte seine Hilfe offensichtlich einem recht breiten Kreis von Personen anbieten, unabhängig vom Gesundheitszustand der betreffenden Person. Exit ADMD seinerseits reichte im Februar 2009 im Kanton Waadt eine Volksinitiative mit 14 087 gültigen Unterschriften ein. Darin wurde gefordert, dass die subventionierten Pflegeheime in ihren Räumen die Suizidhilfe zulassen sollen, wenn ihre Pensionierten den Wunsch äussern, die Dienste einer Suizidhilfeorganisation in Anspruch zu nehmen. Um die politische Debatte anzuregen, lancierte Exit DS im September 2010 im Schweizer Fernsehen und in TeleZüri eine Werbekampagne. In den Spots äussern sich verschiedene Persönlichkeiten aus der Deutschschweiz dazu, weshalb

<sup>50</sup> Vgl. EJP, Bericht 2006 (Fn. 9) und Bericht 2007 (Fn. 11).

<sup>51</sup> Vgl. dazu Dignitas, Wie funktioniert Dignitas?, Informationsbroschüre vom Dezember 2008, S. 15 ff.

<sup>52</sup> Vgl. Stellungnahme von Dignitas vom 8.2.2010 im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens, S. 7 f.

<sup>53</sup> SR 210

<sup>54</sup> Urteil des Bundesgerichts 1C\_66/2010 vom 6. September 2010, E. 4.

<sup>55</sup> Vgl. EJP, Erläuternder Bericht 2009 (Fn. 15), S. 9 und dort zitierte Literatur.

<sup>56</sup> Ein Antrag zur Änderung der Statuten, wonach Exit DS auch Personen, die sich in fortgeschrittenem Alter gegen das Weiterleben entscheiden, Beihilfe zum Suizid leisten kann, wurde an der Generalversammlung 2009 jedoch abgelehnt.

ihnen der Erhalt des Selbstbestimmungsrechts gerade auch am Lebensende wichtig ist<sup>57</sup>. Schliesslich ist auch die Frage der Finanzierung und der Organisation der verschiedenen Vereinigungen oft schon kontrovers diskutiert worden.

### 1.2.5. Demoskopische Erhebungen

Es wurden in der Schweiz zwei Umfragen zum Thema Sterbehilfe durchgeführt:

- Vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) am 29. März 2010 veröffentlichte Umfrage<sup>58</sup>: Gemäss der Erhebung würde es für 34 % der Befragten in Frage kommen, Suizidhilfe zu beanspruchen. 54 % der Umfrageteilnehmer sprechen sich gegen die Suizidhilfe aus, 13 % haben keine Meinung dazu. Gemäss der Erhebung sprechen sich gerade die älteren Personen ab 65 Jahre (66 %) deutlich öfter gegen die Suizidhilfe aus. Insgesamt geben 44% der Befragten an, dass sie Palliative Care sicher in Anspruch nehmen würden, wenn sie unheilbar krank wären, 33 % ziehen es in Betracht, das Angebot zu nutzen.
- Vom kriminologischen Institut der Universität Zürich am 2. September 2010 veröffentlichte Umfrage<sup>59</sup>: Eine klare Mehrheit der Befragten hat sich dafür ausgesprochen, dass die Suizidhilfe erlaubt sein sollte. Als Hauptbegründung haben sie die individuelle Selbstbestimmung angeführt. Die Umfrage zeigt auch, dass eine Mehrheit sich dafür ausspricht, dass die Handlungen eines Suizidhelfers, der im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation aktiv ist, gesetzlich erlaubt sein sollen. Und zwar gilt dies sowohl für Fälle, in denen eine Person am Lebensende einen Suizid ausführen will, als auch für Suizide von polymorbiden Patienten und von Serbwilligen mit Alzheimer<sup>60</sup>.

## 1.3. Die politische Diskussion

### 1.3.1. Auf internationaler Ebene

Nach der Prüfung des dritten periodischen Berichts der Schweiz zum Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte zeigte sich der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen besorgt über die fehlende unabhängige oder gerichtliche Prüfung, ob eine Person, welche Hilfe zum Selbstmord sucht, dies aus freien Stücken und in voller Kenntnis der Sachlage tut. Er hat der Schweiz dementsprechend empfohlen, die Anpassung ihrer Gesetzgebung zu erwägen, um eine entsprechende unabhängige oder gerichtliche Prüfung festzulegen<sup>61</sup>. Die Schweiz hat darauf entgegnet, dass jeder Suizid als nicht natürlicher, ausserordentlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet wird. Die Strafuntersuchungsbehörden klären dann ab, ob es sich im jeweiligen Fall um einen Suizid handelt oder nicht. Voraussetzung hierfür ist, dass die verstorbene Person die tatsächliche Herrschaft über das Geschehen besass. Es wird zudem untersucht, ob sowohl die Willensbildung als auch die Willensäusserung der betreffenden Person ohne Druck durch Dritte zustande kamen. Falls es sich um einen Suizid handelt, müssen auch die übrigen Tatbestandsmerkmale von Artikel 115 StGB geprüft werden.

<sup>57</sup> Vgl. Exit DS, Medienmitteilung vom 14.9.2010, Exit-Spots von Rolf Lyssy am TV; «Exit s'offre des spots télévisés pour l'aide au suicide», in: Le Matin vom 15.9.2010.

<sup>58</sup> BAG, Schweizer Bevölkerung will Palliative Care, Medienmitteilung vom 29.3.2010. Befragt wurden 1600 Personen (900 Deutschschweizer, 400 Westschweizer und 300 Tessiner) über fünfzehn Jahre.

<sup>59</sup> C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, Zürich, 2. September 2010. Befragt wurden 1464 Personen (1063 Deutschschweizer, 348 Westschweizer und 53 Tessiner) über fünfzehn Jahre. Der Autor der Studie hält indes fest, dass die Rücklaufquote nur 63 % betrug; somit konnten 922 Antworten ausgewertet werden. Vor allem Jugendliche, Ältere sowie Personen mit Kranken oder Verstorbenen in ihrem Umfeld hätten es abgelehnt zu antworten.

<sup>60</sup> Vgl. C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, op. cit. (Fn. 59), S. 8 f.

<sup>61</sup> Vgl. Abschliessende Bemerkungen des Menschenrechtsausschusses vom 3. November 2009.

### 1.3.2. Auf Bundesebene

Seit der Veröffentlichung der Berichte des Bundesrates der Jahre 2006 und 2007 und des Beschlusses des Bundesrates, dass auf Bundesebene kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, haben verschiedene Parlamentarier Vorstösse eingereicht:

- Parlamentarische Initiative Egerszegi-Obrist 06.453 «Regelung der Sterbehilfe auf Gesetzesebene» vom 23. Juni 2006: Die Kommission für Rechtsfragen des Nationalrats hat die Prüfung der parlamentarischen Initiative am 23. Mai 2008 eingestellt, um den Beschluss des Bundesrates zum weiteren Vorgehen mit dem Dossier abzuwarten.
- Interpellation Aeschbacher 06.3606 «Kein Handlungsbedarf des Bundes beim Sterbehilfetourismus» vom 6. Oktober 2006: Diese Interpellation wurde am 3. Oktober 2008 abgeschrieben.
- Motion Glanzmann-Hunkeler 07.3626 «Aufsicht über die Sterbehilfeorganisationen» vom 3. Oktober 2007: Diese Motion wurde am 25. September 2009 abgeschrieben.
- Motion Stadler 07.3163 «Gesetzliche Grundlage für die Aufsicht über die Sterbehilfeorganisationen» vom 22. März 2007: Diese Motion wurde vom Ständerat am 21. Juni 2007 angenommen. Die Kommission für Rechtsfragen des Nationalrats hat die Prüfung der Motion jedoch am 23. Mai 2008 eingestellt, um den Beschluss des Bundesrates zum weiteren Vorgehen mit dem Dossier abzuwarten.
- Parlamentarische Initiative Aeschbacher 07.480 «Stopp dem unwürdigen Sterbetourismus in unserem Land» vom 5. Oktober 2007: Diese parlamentarische Initiative wurde am 10. Juni 2010 abgeschrieben.
- Motion Flückiger-Bäni 07.3866 «Kostenübertragung an Sterbehilfeorganisationen» vom 21. Dezember 2007: Diese Motion wurde am 11. Dezember 2009 abgeschrieben.
- Motion Aeschbacher 08.3300 «Anstiftung und Beihilfe zu Selbstmord unter Strafe stellen» vom 10. Juni 2008: Diese Motion wurde am 3. März 2010 zurückgezogen.
- Motion Flückiger-Bäni 08.3427 «Befristetes Verbot der Sterbehilfe» vom 13. Juni 2008: Diese Motion wurde am 3. März 2010 abgelehnt.
- Postulat Berberat 10.4163 «Für eine sachliche, tiefgründige und lösungsorientierte Debatte über die direkte aktive Sterbehilfe»: das Postulat wurde am 7. Juni 2011 zurückgezogen.
- Postulat Recordon 10.4165 «Gesetzgebung über die Sterbehilfe»: der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

### 1.3.3. Auf kantonaler Ebene

Als Reaktion auf die Veröffentlichung der beiden Sterbehilfeberichte sowie der Beschlüsse des Bundesrates forderte der vom Suizidtourismus stark betroffene Kanton Zürich eine Bundesregelung zur Aufsicht über Suizidhilfeorganisationen und klare Regelungen zur Kontrolle derselben<sup>62</sup>. In der Folge wurden im Kanton Zürich verschiedene Vorstösse zum Thema eingereicht. Zu erwähnen sind unter anderem die dringliche Anfrage «Rechtslage und Massnahmen bezüglich Eingrenzung der Sterbehilfe im Kanton Zürich» vom 12. Februar 2007, die Interpellation «Missstände bei der Suizidbegleitung» vom 23. Januar 2008 und das (dringliche) Postulat «Schluss mit den Aktivitäten von Dignitas» vom 31. März 2008<sup>63</sup>. Die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und EXIT DS hatten am 7. Juli 2009 eine Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe unterzeichnet, die gewisse Landesregeln beinhaltet,

<sup>62</sup> Vgl. *NZZ am Sonntag* vom 4. Juni 2006, S. 17, wo Regierungsrat Markus Notter namentlich die Pflicht zur Dokumentation der Suizidhilfefälle und der Beurteilung des Sterbewillens sowie eine Prüfung der finanziellen Verhältnisse und der Fachkenntnisse der Organisationen forderte.

<sup>63</sup> Der Zürcher Regierungsrat hat in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2008 erneut auf eine eidgenössische Regelung im Sinne einer Aufsichtsgesetzgebung verwiesen. Siehe dazu den Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 7. Mai 2008, KR-Nr. 119/2008, S. 7.

um missbräuchliche Praktiken möglichst zu verhindern. Es ging darin um Art und Weise der Durchführung der Suizidhilfe, vor allem bezüglich Prüfung, Klärung und Dokumentation der Voraussetzungen für eine Begleitung. Die ausschliessliche Verwendung von NaP als Sterbemittel sowie der Umgang damit wurden ebenfalls festgehalten. EXIT verpflichtete sich zudem zur Offenlegung und Transparenz hinsichtlich Organisation und finanzieller Mittel. Am 16. Juni 2010 hat das Bundesgericht diese Vereinbarung für nichtig erklärt<sup>64</sup>.

Im Kanton Aargau hat der Regierungsrat in seiner Botschaft zu einem neuen Gesundheitsgesetz<sup>65</sup> auf Bestimmungen zur Suizidhilfe verzichtet, weil er der Meinung ist, dass ein eigentlicher Handlungsbedarf für eine Regelung der Suizidhilfe aufgrund der bereits bestehenden Instrumente und der aktuellen Entwicklung nicht bestehe. Hingegen hat er in der Strafprozessordnung eine Rechtsgrundlage für die Überwälzung der strafprozessualen Untersuchungskosten auf Sterbehelfende geschaffen. Am 17. Juni 2008 hat der Kanton Aargau zudem eine Standesinitiative eingereicht, mit welcher die Bundesversammlung eingeladen wird, mittels geeigneter Massnahmen die gewerbsmässige Beihilfe zum Suizid zu verhindern und eine gesamtschweizerisch verbindliche Regelung der medizinischen Suizidbegleitung vorzunehmen<sup>66</sup>. Ende Mai 2009 reichte die Zürcher Eidgenössisch-Demokratische Union zwei kantonale Volksinitiativen gegen den Sterbetourismus und die Suizidhilfe ein. Die erste forderte das Verbot jeglicher Suizidhilfe an Personen, die seit weniger als einem Jahr im Kanton Zürich leben; die zweite wollte den Bund beauftragen, jegliche Art von Suizidhilfe unter Strafe zu stellen. Am 15. Mai 2011 hat das Volk diese beiden Initiativen deutlich abgelehnt<sup>67</sup>.

Im Kanton Waadt hat der Regierungsrat einen Gegenvorschlag<sup>68</sup> zur Volksinitiative von Exit ADMD<sup>69</sup> ausgearbeitet. Gemäss dem Gegenvorschlag können die anerkannten öffentlichen Pflegeheime die Durchführung von Suizidhilfe in ihren Räumen nicht verweigern, wenn mehrere kumulativ zu erfüllende Voraussetzungen erfüllt sind. Folgende Voraussetzungen sind erwähnenswert: Die Person äussert ihren Suizidwunsch wiederholt und frei; der für die stationäre Behandlung oder das Pflegeheim zuständige Arzt bestätigt im Einvernehmen mit dem Pflegepersonal, dass die Person urteilsfähig ist, an einer schweren und unheilbaren Krankheit oder Unfallfolge leidet und auf ihrem Suizidwunsch besteht; Alternativen, insbesondere im Zusammenhang mit Palliative Care, wurden mit der betreffenden Person besprochen, ausser sie verweigert solche Massnahmen. Gemäss Gegenvorschlag muss der Arzt ein psychiatrisches Gutachten anordnen, falls der Verdacht besteht, dass der Wunsch durch psychische Störungen beeinflusst wird und dass im Zweifelsfall die Meinung eines von der Abteilung auf Grundlage eines Vorschlags der Dachverbände anerkannten Arztes eingeholt werden muss, oder falls keine einhellige Meinung zur Urteilsfähigkeit besteht.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat 2008 eine Stellungnahme<sup>70</sup> zur Regelung der Aufsicht erarbeitet, worin die Kantone grossmehrheitlich zum Schluss kommen, es bedürfe keiner neuen gesetzlichen Regeln auf Bundesebene. Gemäss ihrem Zentralsekretär zeigen die Erfahrungen mit Qualitätssicherungen im Gesundheitswesen, dass solche Regeln ein Aufblähen der Bürokratie mit sich bringen, aber keine wirksame Qualitätskontrolle. Um die Gefahr eines zusätzlichen «Legitimationsschubs» für die Suizidhilfeorganisationen nicht zu steigern, sei es wichtiger, prioritär die Qualifizierung des Pflegepersonals und die Durchsetzung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zu fördern.

---

<sup>64</sup> BGE 136 II 415.

<sup>65</sup> Botschaft des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 21. Mai 2008 (08.141).

<sup>66</sup> Standesinitiative 08.317 (Beihilfe zum Suizid. Änderung von Art. 115 StGB); über eine Standesinitiative mit ähnlichem Inhalt wird gegenwärtig im Parlament des Kantons Basel-Land beraten.

<sup>67</sup> Die Initiative «Nein zum Sterbetourismus» wurde mit 78,4% und die Initiative «Stopp der Suizidhilfe» mit 84,5% der abgegebenen Stimmen abgelehnt.

<sup>68</sup> Vgl. Rapport explicatif à l'avant-projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique en tant que contre-projet à l'initiative législative «Assistance au suicide en EMS».

<sup>69</sup> Vgl. Ziff. 1.2.4.

<sup>70</sup> Zentralsekretär der GDK Franz Wyss anlässlich eines Rundtischgesprächs im EJPD zum Thema Suizidhilfeorganisationen am 16. Juni 2008. Die Regierung des Kantons Zürich vertritt allerdings eine andere Meinung.

## 1.4. Die heutige Regelung der Suizidhilfe und der Sterbebegleitung

### 1.4.1. Völkerrecht und Verfassungsrecht

Bis vor Kurzem konzentrierten sich Diskussionen über die organisierte Suizidhilfe auf Artikel 115 StGB. Diese Bestimmung bildet zwar die für Suizidhilfeorganisationen massgebende Grundlage und ist daher eingehend zu untersuchen, doch darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass internationale Übereinkommen, wie insbesondere die EMRK und der UNO-Pakt II, sowie die Bundesverfassung über dem Gesetz stehen. Diese Texte sind ebenfalls von Bedeutung, wenn es zu klären gilt, welche Rolle der Staat gegenüber Menschen am Lebensende oder suizidwilligen Personen einnehmen soll.

Aufgabe des Staates ist in erster Linie der Schutz des menschlichen Lebens vor Angriffen Dritter. Dies ergibt sich aus Artikel 2 EMRK: «Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden [...]»; aus Artikel 6 des UNO-Pakts II: «Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben.»; und aus Artikel 10 BV: «Jeder Mensch hat das Recht auf Leben.» Das Recht auf Leben beinhaltet nicht nur das den Staatsorganen auferlegte Verbot, den Tod eines Menschen herbeizuführen, sondern auch die positive Verpflichtung des Staates, rechtliche und administrative Massnahmen zu treffen, um Eingriffe in das Recht auf Leben zu verhindern, abzuwenden und gegebenenfalls zu bestrafen<sup>71</sup>. Überdies darf der Staat keine Handlung zulassen, die den Tod eines Menschen bezweckt<sup>72</sup>.

Gleichzeitig wird in der Lehre ausgeführt, dass jeder Mensch das Recht hat, sich das Leben zu nehmen. Dieses Recht ergibt sich aus dem Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere dem Recht auf Achtung der Privatsphäre im Sinne von Artikel 8 Absatz 1 EMRK und Artikel 13 Absatz 1 BV<sup>73</sup>. Wie bei jedem verfassungsmässigen Recht sind auch beim Recht auf persönliche Freiheit aufgrund von Artikel 36 BV (gesetzliche Grundlage, öffentliches Interesse, Verhältnismässigkeit und Unantastbarkeit des Kerngehalts des Rechts) Einschränkungen von Seiten des Staates möglich.

In der Lehre wird jedoch hervorgehoben, dass das Recht, sich das Leben zu nehmen, klar zu unterscheiden ist von der Suizidhilfe, d. h. der Tätigkeit, mit welcher eine Drittperson bei der Ausführung eines Suizids mitwirkt. Denn in diesem Fall handelt der Suizident, selbst wenn er die Herrschaft über die tödliche Tat weiterhin innehat, nicht ganz allein. Indem er einen Dritten um Hilfe ersucht, bewirkt er eine Umwandlung des Suizids von der Ausübung eines höchstpersönlichen Rechts zur Ausübung einer Handlung, welche die Gesellschaft betrifft. Aus diesen Gründen waren die Gerichte nur sehr zurückhaltend bereit, den unterstützten Suizid überhaupt unter den Schutzbereich der persönlichen Freiheit zu fassen<sup>74</sup>. Selbst wenn dem so wäre, könnte dieses Recht unter den Voraussetzungen nach Artikel 36 BV und Artikel 8 Absatz 2 EMRK eingeschränkt werden. Somit ist für die Suizidhilfe nicht ausschliesslich das in Artikel 8 EMRK garantierte Selbstbestimmungsrecht massgebend. Daneben muss auch die in Artikel 2 EMRK festgeschriebene objektive Garantie des Rechts auf Leben mit berücksichtigt werden. Der latente Konflikt zwischen diesen beiden Garantien führt dazu, dass die mit jeder von ihnen verbundenen Werte gegeneinander abzuwägen sind.

<sup>71</sup> M. HOTTELIER, L'aide au suicide face aux droits de l'homme, in: F. Th. Petermann (Hrsg.), Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, St. Gallen 2010, S. 90 f.; P. VENETZ, op. cit. (Fn. 44), S. 66.

<sup>72</sup> R. KIENER, Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlicher Schutzpflicht, in: Zeitschrift für schweizerisches Recht 129 (2010), S. 279 und dort zitierte Rechtsprechung.

<sup>73</sup> M. HOTTELIER, op. cit. (Fn. 71), S. 97 f.; R. KIENER, op. cit. (Fn. 72), S. 275 f.; R. J. SCHWEIZER, Sterbehilfe in verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Sicht, in: F. Th. Petermann (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, S. 31 ff.

<sup>74</sup> R. KIENER, op. cit. (Fn. 72), S. 276 und dort zitierte Rechtsprechung.

## 1.4.2. Artikel 115 StGB

### 1.4.2.1. Entstehung und Begründung

Da Suizid nicht strafbar ist, sollte die Teilnahme an einer solchen Handlung aufgrund der allgemeinen Regeln über die Teilnahme (Art. 24 f. StGB) ebenfalls straffrei sein. Angesichts des hohen Werts des menschlichen Lebens hat der Gesetzgeber jedoch in Abweichung von diesem Grundsatz bestimmt, dass sich strafbar macht, wer aus selbstsüchtigen Gründen Suizidbeihilfe leistet. Dabei ging er vom Grundgedanken aus, dass diejenigen, die einem Dritten beim Suizid Hilfe leisten, straffrei bleiben, wenn freundschaftliche Gefühle oder die Bereitschaft, die Ehre eines Kameraden zu retten, sie dazu bewegt haben oder wenn sie allein im Interesse der suizidwilligen Person gehandelt haben. Den Fall einer organisierten Suizidhilfe wurde damals nicht erwähnt<sup>75</sup>.

### 1.4.2.2. Tatbestandsmerkmale

Auch wenn es selbstverständlich erscheint, ist klarzustellen, dass Artikel 115 StGB nur bei einem Suizid Anwendung findet. Voraussetzung ist, dass die Person, die sich das Leben genommen hat, die tödliche Tat selber ausgeführt hat, dass sie urteilsfähig war und ihren Entscheid frei gefasst hat. Wurde die Handlung, die zum Tod geführt hat, von einem Dritten ausgeführt (z. B. durch Injektion einer letalen Substanz), liegt eine vorsätzliche Tötung (Art. 111 StGB) vor oder eine Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB)<sup>76</sup>. Der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung der suizidwilligen Person ist bei der Tötung nicht anwendbar. Denn die Rechtsordnung billigt niemandem die Freiheit zu, anderen gegenüber auf elementare Persönlichkeitsrechte, insbesondere auf das Leben, zu verzichten<sup>77</sup>. Wenn die suizidwillige Person zum Zeitpunkt, als sie sich das Leben nahm, nicht urteilsfähig war, kann die Person, die ihr dabei geholfen hat, je nach Fall wegen eventualvorsätzlicher Tötung oder wegen versuchter vorsätzlicher Tötung verurteilt werden<sup>78</sup>. Zudem handelt jemand nicht frei, wenn er sich in einem Irrtum befindet – z. B. weil er über seine Lage schlecht informiert worden ist – oder wenn er zum Suizid gedrängt worden ist. In einem solchen Fall kann die Person, die die andere getäuscht oder genötigt hat, wegen Tötung verurteilt werden<sup>79</sup>.

In der Lehre herrscht Einigkeit darüber, dass Verleitung und Beihilfe sich in keiner Weise von der Anstiftung bzw. der Gehilfenschaft nach Artikel 24 ff. StGB unterscheiden<sup>80</sup>. Es wird eine andere Terminologie verwendet, weil «Anstiftung» und «Gehilfenschaft» nur angebracht

<sup>75</sup> Für genauere Angaben zur Entstehung von Art. 115 StGB siehe C. SCHWARZENEGGER, Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), in: Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, S. 100 ff. und L. ENGI, Die «selbstsüchtigen Beweggründe» von Art. 115 StGB im Licht der Normentstehungsgeschichte, in: Jusletter vom 4. Mai 2009.

<sup>76</sup> In Neuenburg betätigte eine pensionierte Ärztin, die Mitglied von Exit ADMD war, eigenhändig den Mechanismus zur Freisetzung der letalen Dosis, welche in den Organismus einer Frau gelangte, die unter einer degenerativen Nervenkrankheit litt. Infolge ihrer Krankheit konnte diese u. a. nicht mehr schlucken und war bis auf einen Fuss völlig gelähmt. Die Ärztin wurde durch einen Strafbefehl der Neuenburger Staatsanwaltschaft zu einer bedingten Geldstrafe von 45 Tagessätzen mit zweijähriger Probezeit verurteilt. Sie erhob Einsprache, worauf sie vom Bezirksgericht Boudry am 6. Dezember 2010 freigesprochen wurde mit der Begründung, sie könne Rechtfertigungsgründe (Notstand, Wahrung berechtigter Interessen, Pflichtenkollision) geltend machen (vgl. «L'euthanasie remise en question», in: Le Temps vom 2. November 2010 und «Le malaise des jeunes face à l'euthanasie», in: Le Temps vom 3. November 2010).

<sup>77</sup> G. STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat, 3. Aufl., Bern 2005, § 10 N 14 ff.; M. SCHUBARTH, Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, ZStrR 2009, S. 7.

<sup>78</sup> Urteil des Bundesgerichts 6B\_48/2009 vom 11. Juni 2009: In diesem Urteil bestätigt das Bundesgericht die Verurteilung eines Psychiaters wegen eventualvorsätzlicher Tötung, weil dieser versäumt hatte, gründlich abzuklären, ob die betreffende Person urteilsfähig war; vgl. auch den Kommentar zu diesem Urteil in G. ARZT, Sterbehilfe in der Grauzone, in: recht 2009, S. 140 ff.

<sup>79</sup> Zu den Tatbestandsmerkmalen siehe S. TRECHSEL ET AL., Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, Zürich, St. Gallen 2008, Art. 115 N 2 ff.; P. VENETZ, op. cit. (Fn. 44), S. 101 f.; C. SCHWARZENEGGER, in: Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar zum Strafrecht II, 2. Aufl., Basel 2007, Art. 115 StGB N 3 ff.

<sup>80</sup> C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (Fn. 79), Art. 115 N 5 f.; J. HURTADO POZO, Droit pénal, Partie spéciale, Nouvelle édition refondue et augmentée, Genf, Zürich, Basel 2009, N 223 f. und dort zitierte Literatur, S. TRECHSEL ET AL., op. cit. (Fn. 79), Art. 115 N 3.

sind, wenn die Haupttat strafbar ist, was für den Suizid nicht zutrifft<sup>81</sup>. Verleitung zum Suizid bedeutet, dass der Täter das Opfer dazu veranlasst, sich zu töten, wobei die Entscheidung zu sterben von der suizidwilligen Person getroffen wird. Beihilfe zum Suizid bedeutet, dass der Beitrag des Täters zur Vorbereitung oder Ausführung des Suizids (z. B. Aushändigung einer Waffe, eines Gifts usw.) eine ursächliche Rolle gespielt hat. Diese Rolle kann auch in psychologischer Unterstützung bestehen<sup>82</sup>.

Nach der Lehre handelt aus selbstsüchtigen Beweggründen, wer einen persönlichen Vorteil verfolgt, der materieller, ideeller oder affektiver Art sein kann (z. B. Erlangung einer Erbschaft, Befriedigung von Hass, Rachsucht oder Bosheit). Hingegen ist nicht strafbar, wer aus altruistischen Motiven, aus reiner Gesinnung oder aus Gleichgültigkeit handelt<sup>83</sup>. Die Strafverfolgungspraxis hat die gewerbsmässige, entgeltliche Ausübung der Suizidhilfe nie als strafbar betrachtet. Die Strafverfolgungsbehörden – insbesondere jene des am stärksten betroffenen Kantons Zürich – haben nämlich bisher stets entschieden, dass die für die Strafbarkeit massgebenden selbstsüchtigen Beweggründe im Sinne von Artikel 115 StGB durch die für die Suizidhilfe verlangten finanziellen Abgeltungen nicht gegeben sind<sup>84</sup>.

### 1.4.2.3. Die Teilnahme

In der Lehre wird die Auffassung vertreten, dass bei der Teilnahme an einem assistierten Suizid die allgemeinen Regeln des Strafgesetzbuchs Anwendung fänden, insbesondere aufgrund der Theorie der Kettenteilnahme. Allerdings müsse das einschränkende Tatbestandsmerkmal des Handelns aus selbstsüchtigen Beweggründen, wie bei den Tätern, auch bei den Teilnehmern berücksichtigt werden, weil die entferntere Mitwirkung am Suizid nicht in weiterem Umfang strafbar sein könne als die unmittelbare. Wenn dagegen der entferntere Mitwirkende aus selbstsüchtigen Beweggründen handle und der unmittelbar Mitwirkende ohne solche Beweggründe, käme eine Bestrafung des entfernteren Mitwirkenden nur in Betracht, wenn die Teilnahme am Suizid grundsätzlich als strafbar und das Fehlen von selbstsüchtigen Motiven als persönlicher Strafausschlussgrund im Sinne von Artikel 27 StGB angesehen würde<sup>85</sup>. Die meisten Autoren lehnen diese Hypothese mit der Begründung ab, die selbstsüchtigen Beweggründe seien unrechtsbegründend, d. h. ihr Nichtvorhandensein führe nicht bloss zu einem Schuldausschluss, sondern lasse die Tatbestandsmässigkeit dahinfallen. Andernfalls könnte eine beliebige Drittperson Notwehrhilfe gegen jede Art der direkten Suizidbeihilfe leisten. Die Teilnahme an der Verleitung bzw. Beihilfe zum Suizid richte sich nach den allgemeinen Regeln und verhalte sich daher akzessorisch zum unrechtsbegründenden Handeln des Haupttäters. Handle dieser rechtmässig, könne die entferntere Teilnahme nicht selbständig ein Unrecht begründen. Der selbstsüchtig motivierte, indirekte Teilnehmer bleibe daher straflos<sup>86</sup>. Diese Theorie ist unzutreffend, weil sie davon ausgeht, dass die allgemeinen Bestimmungen über die Teilnahme sich auf Artikel 115 StGB anwenden lassen. Dies trifft jedoch nicht zu. Da nämlich der Gesetzgeber ein der Anstiftung bzw. der Gehilfenschaft ähnliches Verhalten<sup>87</sup> zu einem gesonderten Tatbestand ausgestaltet hat und keine unterschiedlichen Grade von Teilnahme bestehen (Gehilfenschaft zur Gehilfenschaft wird als Gehilfenschaft bestraft, Anstiftung zur Anstiftung als Anstiftung<sup>88</sup>), ist es falsch, zwischen den verschiedenen Personen, die zur Ausführung einer Straftat beigetragen

<sup>81</sup> Siehe dazu auch J. HURTADO POZO, op. cit. (Fn. 80), N 223 und dort zitierte Literatur; P. VENETZ, op. cit. (Fn. 44), S. 102 und dort zitierte Literatur.

<sup>82</sup> J. HURTADO POZO, op. cit. (Fn. 80), N 224; C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (Fn. 79), Art. 115 N 6.

<sup>83</sup> Vgl. C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (Fn. 79), Art. 115 N 10; J. HURTADO POZO, op. cit. (Fn. 80), N 232 f.; G. STRATENWERTH / G. JENNY, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 6. Aufl., Bern 2003, § 1 N 59.

<sup>84</sup> Vgl. EJPD, Erläuternder Bericht 2009 (Fn. 15), S. 14, Fn. 48; vgl. hierzu auch C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (Fn. 79), Art. 115 N 10.

<sup>85</sup> M. SCHUBARTH, Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil, 1. Band, Delikte gegen Leib und Leben, Bern 1982, Art. 115 StGB N 28 f.

<sup>86</sup> Vgl. C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (Fn. 75), S. 93 ff.; G. STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat, 3. Aufl., Bern 2005, § 13 N 24; P. VENETZ, op. cit. (Fn. 44), S. 261.

<sup>87</sup> Vgl. Ziff. 1.4.2.2.

<sup>88</sup> Siehe zur Kettenteilnahme M. FORSTER, in: Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar zum Strafrecht I, 2. Aufl., Basel 2007, Art. 24 StGB N 49 f. und Art. 25 StGB N 59 ff.

haben, zu unterscheiden. Ebenso ist es juristisch unkorrekt, anzunehmen, dass eine Person an der Begehung einer Straftat direkt (unmittelbar) mitgewirkt hat und eine andere indirekt (entfernt). Folglich sind alle Personen, die bei der Ausführung einer Straftat eine ursächliche Rolle gespielt haben, sei es indem sie dazu verleitet oder Beihilfe geleistet haben, gleich zu behandeln und machen sich grundsätzlich gleichermassen der Verleitung oder der Beihilfe zum Suizid im Sinne von Artikel 115 StGB schuldig. Selbstverständlich setzt eine Verurteilung voraus, dass jede dieser Personen den Tatbestand erfüllt hat, vor allem dass sie aus selbstsüchtigen Beweggründen gehandelt hat. Entgegen der oben dargelegten Lehrmeinung ist die Unterscheidung zwischen Personen, die direkte Hilfe leisten (verschreibender Arzt, Suizidhelfer), und solchen, die indirekte Hilfe leisten (Angehörige, Apotheker, der NaP zubereitet und verkauft usw.), aus dogmatischer Sicht nicht vertretbar. Dies umso weniger, als dabei die Strafbarkeit des Teilnehmers von den selbstsüchtigen Beweggründen abhängt, während das Hauptmerkmal eines Teilnehmers doch darin besteht, dass er strafbar ist, gleichviel ob er aus den gleichen Gründen gehandelt hat wie der Haupttäter oder nicht<sup>89</sup>.

Auf den ersten Blick laufen die in der Lehre angebotene und die soeben beschriebene Lösung auf das gleiche Ergebnis hinaus, da beide voraussetzen, dass die bei der Suizidbeihilfe mitwirkende Person aus selbstsüchtigen Beweggründen gehandelt hat. Bei der ersten Lösung kann jedoch ein «Teilnehmer» trotz seiner eigenen selbstsüchtigen Beweggründe strafrei bleiben, wenn der «Haupttäter» aus ehrenwerten Gründen gehandelt hat<sup>90</sup>. Bei der zweiten Lösung dagegen lässt sich diese unbefriedigende Situation vermeiden, weil jedem «Teilnehmer» wegen seiner Mitwirkung bei der Tatbegehung die in Artikel 115 StGB vorgesehene Sanktion droht. Dieser wichtige Unterschied sollte die Strafverfolgungsbehörden dazu bewegen, im Ermittlungsverfahren den Kreis der Tatverdächtigen zu erweitern. Sie sollten nicht nur den Suizidhelfer und die zum Zeitpunkt des Suizids anwesenden Angehörigen und Freunde der verstorbenen Person befragen, sondern auch den verschreibenden Arzt, den Apotheker, der die letale Substanz zubereitet hat, die Verantwortlichen der Suizidhilfeorganisation und alle andern, die mit dieser Person kurz vor ihrem Suizid Kontakt hatten.

### 1.4.3. Betäubungs- und Heilmittelrecht

In seinem Bericht von 2007<sup>91</sup> hat das EJPD die Rechtslage zur ärztlichen Verschreibung und Abgabe von NaP zum Zweck eines Suizids untersucht. Es gelangte zum Schluss, dass die Verschreibung und Abgabe von NaP in letaler Dosis im Rahmen der Vorschriften des Betäubungs- und Heilmittelrechts und der Regelungen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften zulässig sind<sup>92</sup>. Denn NaP ist ein psychotroper Stoff vom Wirkungstyp der Barbiturate. Somit unterliegt es dem Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951<sup>93</sup> (BetmG) und ist im Verzeichnis der Betäubungsmittel aufgeführt<sup>94</sup>. Sein Wirkstoff kann auch als Arzneimittel verwendet werden. In diesem Fall untersteht es auch dem Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000<sup>95</sup> (HMG) (Art. 2 Abs. 1<sup>bis</sup> BetmG und Art. 2 Abs. 1 Bst. b HMG). Grundsätzlich gilt das HMG für Betäubungsmittel, die als Heilmittel verwendet werden, ausser es trifft keine Regelung oder eine weniger weit gehende Regelung als das BetmG. Darin werden Arzneimittel definiert als Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen (Art. 4 Abs. 1 Bst. a HMG). Dass der Wirk-

<sup>89</sup> Vgl. z. B. M. FORSTER, op. cit. (Fn. 88), Art. 25 StGB N 7: Gehilfenschaft zur Erpressung im Sinne von Art. 156 StGB besteht bereits, wenn der Gehilfe weiss, dass der Täter die Absicht hatte, sich unrechtmässig zu bereichern. Somit ist der Gehilfe auch dann strafbar, wenn er selbst nicht in Bereicherungsabsicht gehandelt hat.

<sup>90</sup> Vgl. den vorangehenden Absatz und Fn. 86.

<sup>91</sup> Siehe Fn. 11.

<sup>92</sup> Das Bundesgericht ist zum selben Schluss gelangt wie das EJPD und hat sich dabei grossenteils auf dessen Überlegungen gestützt (BGE 133 I 58 E. 4).

<sup>93</sup> SR 812.121

<sup>94</sup> Siehe Anhänge a und b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic vom 12. Dezember 1996 (BetmV-Swissmedic, SR 812.121.2).

<sup>95</sup> SR 812.21

stoff NaP im vorliegenden Kontext nicht zu einem dieser drei Zwecke, sondern in letaler Dosis zum Zweck des Suizids verwendet werden soll, steht der Qualifikation als Arzneimittel und somit auch der Anwendbarkeit der Formula magistralis nicht entgegen. Die Formula magistralis besteht darin, dass ein Arzt aufgrund von Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a HMG im Rahmen seiner Therapiefreiheit auch nicht zugelassene Arzneimittel (oder Betäubungsmittel, vgl. Art. 2 Abs. 1 HMG) verschreiben kann<sup>96</sup>. Der Verkehr mit Betäubungsmitteln bedarf nach dem Betäubungsmittelgesetz grundsätzlich einer Bewilligung des Kantons oder des Bundes. Von dieser Bewilligungspflicht sind einzig Medizinalpersonen ausgenommen, die nach Massgabe der vorschriftsgemässen Berufsausübung Betäubungsmittel beziehen, lagern, verwenden und abgeben können (Art. 9 BetmG). Betäubungsmittel unterliegen einer ärztlichen Verschreibungspflicht (Art. 10 BetmG und Art. 9 Abs. 2 Bst. a HMG, was die Formula magistralis betrifft, sowie Art. 24 HMG für verschreibungspflichtige Arzneimittel). Diesbezüglich präzisiert Artikel 11 BetmG, dass Betäubungsmittel nur in dem Umfang zu verwenden, abzugeben und zu verordnen sind, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist, und Artikel 26 Absatz 1 HMG, dass die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden müssen. Weiter dürfen Ärzte nach Artikel 43 Absatz 1 der Betäubungsmittelverordnung vom 29. Mai 1996<sup>97</sup> (BetmV) Betäubungsmittel nur Personen verschreiben, die sie selber untersucht haben und deren Gesundheitszustand bekannt ist (Art. 26 Abs. 2 HMG). Weil hingegen NaP gemäss Anhang b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic<sup>98</sup> ein von der Kontrolle teilweise ausgenommenes Betäubungsmittel ist, kann es mit einem «vereinfachten» Rezept verschrieben werden, das höchstens sechs Monate gültig ist (Art. 44 BetmV). Das Betäubungsmittelgesetz verzichtet generell – mit Blick auf die zahlreichen Konstellationen im therapeutischen Alltag sowie den ständigen medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt – auf detailliertere Regeln zur Abgabe und Verschreibung der Substanzen durch die Ärzteschaft. Eine identische Konzeption weist auch das Heilmittelgesetz auf (Art. 24 und 26). Hat der Apotheker bei der Abgabe des Betäubungsmittels den Verdacht eines Missbrauchs, muss er zusammen mit dem verschreibenden Arzt oder der zuständigen kantonalen Behörde die notwendigen Abklärungen treffen (Art. 45 Abs. 5 BetmV). Derzeit sind beim Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic keine Humanarzneimittel zugelassen, die den Wirkstoff NaP enthalten<sup>99</sup>.

Die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes, die das Parlament am 20. März 2008 verabschiedet hatte und gegen die das Referendum ergriffen worden war, wurde in der Volksabstimmung vom 30. November 2008 angenommen. Im Anschluss daran mussten die Ausführungsverordnungen zum Betäubungsmittelgesetz angepasst werden. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz und die Verordnungen treten am 1. Juli 2011 in Kraft<sup>100</sup>. Es handelt sich vor allem um eine formale Anpassung, bei der die Bestimmungen der vier Bundesratsverordnungen, der beiden Swissmedic-Verordnungen und der beiden Bundesratsbeschlüsse in drei neuen Verordnungen zusammengeführt werden: die Betäubungsmittelkontrollverordnung des Bundesrates (BetmKV), die Betäubungsmittelsuchverordnung des Bundesrates (BetmSV) und die Betäubungsmittelverzeichnisverordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (BetmVV-EDI). Materiell ändert sich dagegen wenig, sodass die vorangehenden Überlegungen grundsätzlich weiterhin gelten. Einige Punkte sind dennoch hervorzuheben.

Die ärztliche Verschreibung von NaP zum Zweck eines Suizids ist aufgrund der Formula magistralis weiterhin möglich. NaP ist in Verzeichnis b BetmVV-EDI aufgeführt, der die von der Kontrolle teilweise ausgenommenen Betäubungsmittel umfasst. Dies hat insbesondere

<sup>96</sup> Keine Zulassung brauchen gemäss dieser Bestimmung Arzneimittel, die in einer öffentlichen Apotheke, in einer Spitalapotheke oder, in deren Auftrag, in einem anderen Betrieb, der über eine Herstellungsbewilligung verfügt, nach ärztlicher Verschreibung für eine bestimmte Person oder einen bestimmten Personenkreis oder für ein bestimmtes Tier oder einen bestimmten Tierbestand hergestellt werden.

<sup>97</sup> SR 812.121.1

<sup>98</sup> SR 812.121.2

<sup>99</sup> Der Wirkstoff Pentobarbital bzw. Pentobarbital-Natrium ist von Swissmedic im Heilmittelbereich nur für die Verwendung als Tierarzneimittel (zu Anästhesie- und Euthanasiezwecken) zugelassen.

<sup>100</sup> Medienmitteilung des BAG vom 24 Mai 2011, Das revidierte Betäubungsmittelgesetz.

zur Folge, dass NaP auf einem einfachen Rezeptformular (Art. 41 Abs. 3 BetmKV) verschrieben werden kann und es dafür kein amtliches Rezeptformular braucht (Art. 46 Abs. 2 BetmKV). Im Unterschied zum amtlichen Rezeptformular, für das strenge formale Bedingungen gelten und das nur einen Monat gültig ist, kann ein einfaches Rezept bis zu sechs Monate gültig sein (Art. 48 BetmKV). Die Vorschriften für die Lagerung und Verwendung von NaP sind gleich streng: Es braucht eine Bewilligung (Art. 11 ff. BetmKV); die Substanz muss klar bezeichnet und unter Verschluss gelagert werden (Art. 54 f. BetmKV)<sup>101</sup>; Werbung ist verboten (Art. 56 BetmKV). Gemäss Artikel 84 BetmKV werden Widerhandlungen gegen die Verordnung nach Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe d BetmG bestraft.

Was die Bestimmungen zur Kontrolle der Verwendung von NaP anbelangt, ist insbesondere Artikel 49 BetmKV hervorzuheben. Diese Bestimmung stützt sich auf den neuen Artikel 11 Absatz 1<sup>bis</sup> BetmG und sieht vor, dass die Verschreibung eines Betäubungsmittels ausserhalb der zugelassenen Anwendung (off-label use) den zuständigen kantonalen Stellen vom verschreibenden Arzt innerhalb von 30 Tagen gemeldet werden muss. Man könnte daraus schliessen, dass diese Bestimmung für die Verschreibung von NaP zum Zweck eines Suizids gilt, was jedoch nicht zutrifft. Denn die sogenannte «Off-Label-Verschreibung» ist nur bei zugelassenen Arzneimitteln möglich. Wie weiter oben dargelegt ist NaP in der Humanmedizin für keinen Verwendungszweck zugelassen. In der Regel verschreibt der Arzt eine Formula magistralis, die vom Apotheker zubereitet wird. Bei diesem kann die betreffende Person schliesslich die letale Substanz abholen. In einem solchen Fall handelt es sich bei der Verschreibung von NaP zum Zweck eines Suizids nicht um eine Off-Label-Verschreibung und richtet sich die Kontrolle der Verwendung ausschliesslich nach Artikel 51 und 63 BetmKV.

#### 1.4.4. Standesrechtliche Regeln

Neben dem Strafrecht und dem Betäubungs- und Heilmittelrecht spielen auch die standesrechtlichen Regeln der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Bereich der Sterbe- und Suizidhilfe eine wichtige Rolle. Das Bundesgericht hat in einem Urteil vom 3. November 2006 ausdrücklich darauf Bezug genommen<sup>102</sup>. Die Standesordnung der FMH regelt in Artikel 17 lediglich die (nicht erlaubte) aktive und die (unter bestimmten Bedingungen erlaubte) passive Sterbehilfe und verweist bezüglich Suizidbeihilfe auf die im Anhang 1 aufgeführten SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004). Nach der Publikation des oben erwähnten Urteils vom 3. November 2006 hat die FMH eine Stellungnahme veröffentlicht<sup>103</sup>, in der sie unter anderem festhält: Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Tätigkeit; bei einer Anfrage um Suizidbeihilfe kann jede Ärztin und jeder Arzt im Rahmen der eigenen Willensfreiheit die beruflichen Kompetenzen einsetzen, um die Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten zu beurteilen oder um ein letales Medikament zu verschreiben; es sollte nicht die gleiche Person die Urteilsfähigkeit beurteilen und das letale Medikament verschreiben; die FMH setzt sich bereits seit einigen Jahrzehnten aktiv für die Suizidprävention ein und wird dies auch weiterhin tun; die FMH schlägt vor, dass der Arzt bei Personen mit psychischen Krankheiten von Suizidbeihilfe Abstand nimmt; die FMH ist davon überzeugt, dass die Diskussion um die Suizidbeihilfe die ganze Gesellschaft einbinden muss; für ethische Spannungen, die diese Thematik aufwirft, darf sich die Ärzteschaft nicht instrumentalisieren lassen.

<sup>101</sup> Das Bundesgericht hat bestätigt, dass Dignitas keine Bewilligung zum Umgang mit NaP aufgrund von Art. 14a BetmG erteilt werden kann. In seinen Erwägungen erläutert es, diese Bestimmung habe zum Ziel, Organisationen wie dem Roten Kreuz oder der UNO den Einsatz von Betäubungsmitteln für ihre notfallmässige Hilfstätigkeit in Krisen- und Katastrophengebieten zu ermöglichen, und solche Aktivitäten über Dignitas in keiner Weise aus (Urteil des Bundesgerichts 2C\_839/2008 vom 1. April 2009, E. 3).

<sup>102</sup> Das Bundesgericht hat nämlich eingeräumt, dass ein Arzt ein Rezept für die Abgabe von NaP in letaler Dosis ausstellen kann, sofern er sich an die anerkannten medizinischen Berufsregeln hält, insbesondere an die von der SAMW aufgestellten Regeln (BGE 133 I 58 E. 4).

<sup>103</sup> FMH, Stellungnahme vom Januar 2008, Suizidhilfe ist nicht gleich Sterbehilfe.

Die Richtlinien der SAMW weisen in Ziffer 4.1 darauf hin, dass der behandelnde Arzt sich bei einem dauerhaften Sterbewunsch eines Patienten in folgendem Dilemma befindet: «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zu leisten, ist als solche zu respektieren.» Im Weiteren legen die Richtlinien drei Voraussetzungen fest, unter denen die Beihilfe zum Suizid standesrechtlich zulässig ist: (1) Die Erkrankung des Patienten muss die Annahme rechtfertigen, dass das Lebensende nahe ist; (2) alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt; (3) der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft, was von einer unabhängigen Drittperson überprüft wurde, die nicht zwingend ein Arzt sein muss. Eine Unsicherheit ergibt sich aus der Formulierung, dass «die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit» ist. Daraus könnte geschlossen werden, dass der Arzt bei der Suizidhilfe nicht in seiner beruflichen Funktion, sondern als Privatperson handelt, was seiner Kompetenz zum Verschreiben von Arznei- und Betäubungsmitteln entgegensteht. Eine solche Auslegung wäre jedoch falsch. Die zitierte Textstelle soll vielmehr zum Ausdruck bringen, dass Suizidhilfe, selbst wenn sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind, nicht eine Tätigkeit ist, zu welcher der Arzt standesrechtlich verpflichtet ist. Es handelt sich mithin um eine freiwillige ärztliche Tätigkeit.

Nach der Publikation des Bundesgerichtsentscheids vom 3. November 2006<sup>104</sup> hat auch die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP) eine Stellungnahme verfasst<sup>105</sup>, in der sie unter anderem festhält: (1) Wer zur Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken bereit ist, kann sich nicht nur auf die momentane Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen berufen; (2) vielmehr ist nachzuweisen, dass der Sterbewunsch unabhängig von der Beeinflussung durch Dritte, wohlwogen und dauerhaft ist; (3) eine fachgerechte gutachterliche Stellungnahme zur Frage der Urteilsfähigkeit, Wohlabgewogenheit und Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches [...] setzt nicht nur einen längeren Beobachtungszeitraum voraus, sondern auch entsprechendes Fachwissen; (4) eine ärztliche Verpflichtung, NaP zu verschreiben, gibt es [...] nicht [...]; (5) eine ärztliche Bereitschaft, NaP zu rezeptieren, erscheint unter Beachtung der ärztlichen Berufsregeln in hohem Masse problematisch, wenn [...] therapeutische Wege zur Verbesserung der Lebenssituation aufgezeigt werden können; (6) wer aus Gewissensgründen oder aus seinem Rollenverständnis heraus nicht bereit ist, Gutachten zur Urteilsfähigkeit, Wohlabgewogenheit und Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches und zu verlaufsprognostischen Aussichten und therapeutischen Möglichkeiten zu machen, wird gute Gründe für diese Haltung nennen können; (7) wer hingegen solche Gutachten erstellt, dabei aber den Stand der Rechtsprechung und den Stand der (forensisch-)psychiatrischen Lehre missachtet, wird insbesondere dem Patienten, möglicherweise dem Fachgebiet und – wenn er zur Verantwortung gezogen wird – allenfalls auch sich selbst Schaden zufügen können.

#### **1.4.5. Regelungen der Spitäler und Pflegeheime**

2006 erliess das Lausanner Universitätsspital (CHUV) eine Weisung, welche strenge Voraussetzungen festlegt, unter denen eine Person in den Räumlichkeiten des Spitals die Dienste einer Suizidhilfeorganisation in Anspruch nehmen kann<sup>106</sup>. Damit einem Gesuch entsprochen werden kann, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: Der Sterbewunsch muss dauerhaft sein; der Patient muss urteilsfähig sein; dem Patienten muss die Beurteilung durch die Palliative-Care-Dienste und den psychiatrischen Dienst vorgeschlagen werden; besteht der Wunsch in diesem Stadium weiterhin, muss abgeklärt werden, ob der Patient nicht nach Hause zurückkehren oder in eine Pflegeinstitution eingewiesen werden kann; ist dies nicht der Fall, wird das Gesuch an die Ethikkommission weitergeleitet. Wenn sämtliche Voraus-

<sup>104</sup> BGE 133 I 58.

<sup>105</sup> Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie, Bundesgerichtsurteil vom 03.11.2006 zum assistierten Suizid von Psychischkranken (Verschreibungspflicht von Natrium-Pentobarbital), Stellungnahme des Vorstandes der SGFP, verfügbar auf der Internetseite der SGFP ([www.swissforensic.ch](http://www.swissforensic.ch)).

<sup>106</sup> Für nähere Angaben zu dieser Weisung siehe CHUV Magazine, April 2006, S. 2 f.

setzungen erfüllt sind, wird das Gesuch angenommen. Nach ersten Erfahrungen während 18 Monaten ist das CHUV zum Schluss gelangt, dass die Patienten in einem Akutspital sehr selten die Dienste von Suizidhilfeorganisationen in Anspruch nehmen. In einer äusserst ausführlichen Stellungnahme<sup>107</sup> befand der Ethikrat der Genfer Universitätsspitäler (HUG), dass unter strengen Voraussetzungen in den Räumlichkeiten der HUG Sterbehilfe geleistet werden könne. Laut dem Ethikrat muss der Patient urteilsfähig sein, darf keinem Druck von aussen ausgesetzt sein, muss seine Krankheit darauf schliessen lassen, dass sein Lebensende nahe ist, und muss eine Rückkehr nach Hause unmöglich sein. Im Gegensatz zum CHUV und den HUG lehnt es das Universitätsspital Zürich grundsätzlich ab, dass in seinen Räumlichkeiten Suizidbeihilfe geleistet wird<sup>108</sup>.

Was die Pflegeheime betrifft, haben zahlreiche Städte und kantonale Ethikkommissionen entsprechende Reglemente erstellt oder Empfehlungen abgegeben. Diese sollen den Pflegeheimen als Richtschnur bei der Zulassung von organisierter Suizidhilfe in ihren Räumen dienen. Darin wird ein Gleichgewicht zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person und dem medizinischen und gesellschaftlichen Auftrag der Institution angestrebt<sup>109</sup>. Zuhören, Respekt, Dialog und alternative Massnahmen (Palliative Care, psychologische oder moralische Unterstützung usw.) stehen dabei im Mittelpunkt. Zunächst wird auf positive Massnahmen gesetzt, und erst danach kommt die Inanspruchnahme von Suizidhilfe in Betracht. In den meisten Reglementen wird darauf hingewiesen, dass die betroffene Person urteilsfähig sein muss. In einigen Empfehlungen wird der Gesundheitszustand der Person, die sich das Leben nehmen will, nicht mit berücksichtigt oder wird auf die Richtlinien der SAMW verwiesen. In anderen dagegen wird betont, dass die betroffene Person am Lebensende stehen oder völlig invalid sein muss oder nicht psychisch krank sein darf.

#### 1.4.6. Die Rechtsprechung

Bisher wurde keine Suizidhilfeorganisation oder ein Mitglied einer solchen in Anwendung von Artikel 115 StGB verurteilt. Das Bundesgericht hat aber klargestellt, dass diese Bestimmung nicht anwendbar ist, wenn der Suizidhelfer die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person nicht sorgfältig genug abgeklärt hat. So bestätigte es die Verurteilung eines Psychiaters wegen eventualvorsätzlicher Tötung, der bei einer psychisch kranken Person Suizidhilfe geleistet hatte, ohne vorher deren Urteilsfähigkeit gründlich abzuklären<sup>110</sup>.

Im medizinischen Bereich hatte das Bundesgericht mehrfach Gelegenheit, zu Fragen im Zusammenhang mit der Verschreibung und Lagerung von NaP oder mit dem Entzug der Praxisbewilligung Stellung zu nehmen:

- Urteil vom 12. April 2010: Das Bundesgericht gelangte zum Schluss, dass das Verbot, NaP ohne ärztliche Verschreibung an eine suizidwillige Person zu verkaufen, nicht im Widerspruch zur EMRK stehe<sup>111</sup>. Bei der Prüfung eines anderen

<sup>107</sup> Conseil d’Ethique Clinique, Recommandations «Autorisation/interdiction de l’assistance au suicide au sein des HUG» vom 30. Juni 2006.

<sup>108</sup> Vgl. Ziff. 2.1 der Weisung «Suizidbeihilfe und Spital: Umgang mit Patienten des USZ, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen wollen» vom 8. März 2007. Ziff. 4.1 sieht jedoch vor, dass das Spital in bestimmten Situationen mit der betroffenen Person eine Lösung sucht.

<sup>109</sup> Ohne Anspruch auf Vollständigkeit: Entscheid des Stadtrats von Zürich vom 25. Oktober 2000: «Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements»; Richtlinien des Gemeinderates der Stadt Bern vom 17. Oktober 2001: «Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen»; «Recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l’éthique de l’Association vaudoise des EMS» von 2004; «Recommandations du Conseil d’Ethique de la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux» vom 14. Oktober 2010; «Position de la Commission cantonale neuchâteloise d’éthique par rapport à l’assistance au suicide dans les EMS» vom 15. November 2001; Ethikcharta der Vereinigung Freiburgerischer Altersheimen vom 19. November 2009; Reglement der Stiftung Altersbetreuung Herisau von 2009.

<sup>110</sup> Urteil des Bundesgerichts 6B\_48/2009 vom 11. Juni 2009; vgl. auch den Kommentar zu diesem Urteil in G. ARZT, op. cit. (Fn. 77).

<sup>111</sup> Urteil des Bundesgerichts 2C\_9/2010 vom 12. April 2010; vgl. auch BGE 133 I 58.

Bundesgerichtsentscheid bestätigte der EGMR am 20. Januar 2011, dass die ärztliche Verschreibung als Erfordernis zulässig ist<sup>112</sup>;

- Urteil vom 1. April 2009: Das Bundesgericht bestätigte, dass Dignitas nicht befugt ist, NaP unter Berufung auf Artikel 14a BetmG zu lagern<sup>113</sup>;
- Urteil vom 24. Juni 2008: Das Bundesgericht verweigerte einem über 70-jährigen Arzt die Praxisbewilligung mit der Begründung, er habe NaP Personen verschrieben, die nicht zu seinem nächsten Verwandten- oder engsten Freundeskreis zählen, und zudem Rezepte für das erwähnte Präparat nach nur einem einmaligen Gespräch ausgestellt, was gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstosse<sup>114</sup>.

## 1.5. Rechtsvergleichender Überblick

### 1.5.1. Deutschland

In Deutschland ist Suizid, wie in der Schweiz, nicht strafbar, weshalb auch die Gehilfenschaft und die Anstiftung zu einer solchen Handlung nicht unter Strafe stehen. Das deutsche Strafgesetzbuch enthält auch keine spezifische Strafbestimmung zur Verleitung und Beihilfe zum Suizid. Nach der Rechtsprechung kann ein Teilnehmer aufgrund von Artikel 216 des deutschen Strafgesetzbuchs (Tötung auf Verlangen) gleichwohl wegen Tötung durch Unterlassen verurteilt werden, sofern er (z. B. als behandelnder Arzt oder naher Angehöriger) eine Garantenstellung innehat und sofern er noch anwesend ist, wenn der Suizident das Bewusstsein verliert. Denn mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit gehe die Tatherrschaft auf den Anwesenden über, der dann aufgrund seiner Garantenstellung Hilfe leisten müsse<sup>115</sup>. Diese Rechtsprechung wird in der deutschen Lehre heftig kritisiert, weil der Anwesende gerade den Wunsch des Sterbenden respektieren wolle und Letzterer die eigentliche Todesursache selbst herbeigeführt habe. Zudem wird eingewendet, dass der Tatbestand der Tötung auf Verlangen nicht durch Unterlassen erfüllt werden könne, weil Artikel 216 des deutschen Strafgesetzbuchs das Verbot der aktiven Fremdtötung enthalte. Hatte die anwesende Person keine Garantenstellung inne, komme eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung nach Artikel 323c des deutschen Strafgesetzbuchs in Betracht. Auch diese Auslegung stösst in der Literatur auf Kritik. Es wird in Frage gestellt, ob ein eigenverantwortlicher Suizid überhaupt einen «Unglücksfall» im Sinne dieser Vorschrift darstellt. Die Rechtsprechung hält dem entgegen, es handle sich insofern um einen Unglücksfall, als ein Suizid häufig einen Hilferuf bedeute oder aufgrund einer krankhaften psychischen Störung vorgenommen werde<sup>116</sup>. In einem jüngeren Urteil hat der Bundesgerichtshof jedoch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gestärkt, indem er anerkannt hat, dass die Einwilligung des Patienten sowohl den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen als auch den Abbruch einer Behandlung rechtfertigen könne. Da die Berufsregeln strenger gefasst sind als diese Rechtsprechung, plant die Bundesärztekammer eine Änderung der geltenden Regeln. In diesem Zusammenhang vertrat der Präsident der Bundesärztekammer folgende Auffassung<sup>117</sup>: «Ich kann mir für unser Berufsrecht eine Formulierung vorstellen, die zum Ausdruck bringt, dass es nicht zur Aufgabe des Arztes gehört, Menschen beim Suizid zu helfen. Wenn der Arzt als Mensch dies aber mit seinem Gewissen vereinbaren kann, dann darf er dies tun.»

Am 4. Juli 2008 hat sich der deutsche Bundesrat gegen die kommerzielle Sterbehilfe und zugleich für die Stärkung der Palliativmedizin und der Hospizarbeit ausgesprochen. Er schlug vor, das Betreiben eines Gewerbes zur Suizidhilfe ebenso unter Strafe zu stellen wie das gewerbliche Anbieten und Vertreiben von Mitteln zur Selbsttötung oder die Übernahme

<sup>112</sup> Urteil *Haas gegen die Schweiz* vom 20. Januar 2011 (Beschwerde Nr. 31322/07).

<sup>113</sup> Urteil des Bundesgerichts 2C\_839/2008 vom 1. April 2009.

<sup>114</sup> Urteil des Bundesgerichts 2C\_191/2008 vom 24. Juni 2008.

<sup>115</sup> BGHSt 32, 367, 374.

<sup>116</sup> Vgl. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Stellungnahme, Berlin 2006, S. 67 f.

<sup>117</sup> «Sterbehilfe: Ärzte wollen Berufsrecht liberalisieren», in: RP Online vom 18. August 2010.

einer massgebenden Rolle in einem derartigen Gewerbe. Der Gesetzgeber sollte bis Ende 2008 aktiv werden<sup>118</sup>; über den Entwurf wird jedoch gegenwärtig immer noch beraten.

### 1.5.2. Niederlande

Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe sind in den Niederlanden seit 2001 nicht mehr strafbar, sofern sie von einem Arzt unter Einhaltung der sechs folgenden Bedingungen geleistet werden<sup>119</sup>: (1) Der Patient, auch ein minderjähriger<sup>120</sup>, hat seinen Wunsch nach reiflicher Überlegung frei und dauerhaft geäußert; (2) seine Leiden sind unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung; (3) der Patient wurde über seinen Zustand und seine Aussichten gründlich aufgeklärt; (4) es kommt keine andere Lösung in Betracht; (5) ein zweiter Arzt wurde beigezogen; (6) die Lebensbeendigung wurde mit aller gebotenen ärztlichen Gewissenhaftigkeit durchgeführt. Jeder Fall wird nachträglich von einem Ausschuss geprüft, dem ein Jurist, ein Arzt und ein Ethiker angehören. Befindet der Ausschuss, dass alle Bedingungen eingehalten wurden, so bleibt der Arzt straffrei; andernfalls wird die Akte der Staatsanwaltschaft übergeben<sup>121</sup>.

2006 wurde so bei 1900 Personen aktive Sterbehilfe geleistet; dies entspricht 1,4 % der erfassten Todesfälle (assistierte Suizide nicht mit gezählt). Laut dem Gesundheitsministerium werden 20 % der Fälle wegen des schwerfälligen bürokratischen Verfahrens nicht gemeldet, sodass die Todesfälle infolge aktiver Sterbehilfe 1,7 % aller Todesfälle ausmachen dürften. Zwischen 2001 und 2005 wurde in den Niederlanden zudem eine Tendenz weg von der aktiven Sterbehilfe hin zur palliativen Sedierung festgestellt<sup>122</sup>. 2005 wurden über 9600 Fälle von palliativer Sedierung gemeldet, d. h. 7 % aller Todesfälle.

### 1.5.3. Belgien

Nach den Niederlanden hat auch Belgien im Jahr 2002 das Verbot der aktiven Sterbehilfe aufgehoben. Die Voraussetzungen sind ähnlich wie in den Niederlanden, aber das Gesetz ist nur auf Erwachsene und Minderjährige von mindestens 15 Jahren anwendbar. Es erwähnt die Suizidhilfe nicht, schreibt aber keine besondere Technik für die Durchführung der aktiven Sterbehilfe vor, weshalb davon auszugehen ist, dass die Suizidhilfe auch in den Rahmen des Gesetzes fällt. Der Kontrollausschuss besteht aus 16 Mitgliedern. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind die Fallzahlen der aktiven Sterbehilfe zwischen 2002 und 2005 zunächst stark gestiegen (von 24 auf 393 in diesem Zeitraum). Seither scheinen sie sich bei durchschnittlich rund 460 Fällen pro Jahr einzupendeln<sup>123</sup>. Wie in den Niederlanden wird auch in Belgien eine Erweiterung des Geltungsbereichs des Gesetzes besonders auf urteilsfähige Minderjährige, Betagte und Menschen mit eingeschränkten Hirnfunktionen gefordert<sup>124</sup>.

---

<sup>118</sup> Vgl. Pressemitteilung des deutsche Bundesrates vom 4. Juli 2008 unter folgendem Link: [www.bundesrat.de/cln\\_099/nn\\_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bundesrat.de/cln_099/nn_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?__nnn=true). Darin wird auch erwähnt, dass der ursprünglich vorgesehene Gesetzesentwurf zur nochmaligen Beratung zurück in die Fachausschüsse überwiesen wurde.

<sup>119</sup> Vgl. N. BELDI, La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse, in: Jusletter vom 20. Oktober 2008, S. 2 f.

<sup>120</sup> Die Zustimmung der Eltern wird im Alter zwischen 12 und 15 Jahren in jedem Fall verlangt; im Alter zwischen 16 und 17 Jahren können die Eltern an der Entscheidung nur beteiligt werden.

<sup>121</sup> M. SCHUBARTH, op. cit. (Fn. 77), S. 12 f.

<sup>122</sup> Die palliative Sedierung des Patienten, die nur unmittelbar am Lebensende durchgeführt wird, besteht in der Verabreichung von Medikamenten, die das Bewusstsein des Patienten dämpfen oder sogar völlig ausschalten. Der Tod tritt auf natürlichem Wege (nach höchstens zehn Tagen) ein. Palliative Sedierung ist nicht mit aktiver Sterbehilfe gleichzusetzen (siehe dazu den Informationsbericht Nr. 1287 nach der Evaluationsmission zum Gesetz vom 22. April 2005, Nationalversammlung, Paris 2008, S. 204 ff.).

<sup>123</sup> Vgl. 3. Bericht der Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie an das Parlament (2006 und 2007), verfügbar unter: [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56.9794439&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL).

<sup>124</sup> Vgl. Informationsbericht Nr. 1287 nach der Evaluationsmission zum Gesetz vom 22. April 2005, Nationalversammlung, Paris 2008, S. 141.

#### **1.5.4. Luxemburg**

Luxemburg hat am 19. Dezember 2009 ein Gesetz verabschiedet, das sich stark an die niederländische und die belgische Gesetzgebung anlehnt. Es wird auch die Suizidhilfe geregelt, für welche dieselben Bedingungen gelten wie für die aktive Sterbehilfe. Der Kontrollausschuss besteht aus neun Mitgliedern.

#### **1.5.5. Frankreich**

Nach dem Fall von Chantal Sébire<sup>125</sup> ist die Diskussion über das Recht, in Würde zu sterben, in Frankreich neu entbrannt. Im Dezember 2008 wurde im Anschluss an eine Evaluationsmission zum Gesetz vom 22. April 2005 über die Patientenrechte und das Lebensende ein detaillierter Bericht veröffentlicht<sup>126</sup>. Die Parlamentsmission lehnt darin die Anerkennung des Rechts auf Sterben und die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ab und schlägt in vier Bereichen Massnahmen vor: (1) das Gesetz besser bekannt machen, (2) die Patientenrechte stärken, (3) den Ärzten helfen, ethischen Anliegen in der Pflege besser gerecht zu werden, (4) den Aufbau des Pflegesystems an die Probleme am Lebensende anpassen. Am 18. Januar 2011 hat der zuständige Senatsausschuss den Entwurf für ein Gesetz zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verabschiedet. Am 26. Januar 2011 ist der Senat seinem Ausschuss nicht gefolgt und hat diese Gesetzesvorlage abgelehnt.

#### **1.5.6. Schlussfolgerung**

Der rechtsvergleichende Überblick zeigt, dass die europäischen Länder zwei verschiedene Wege beschreiten: Die einen setzen auf die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Benelux-Länder) mit stetiger Tendenz zur Ausweitung der Indikationen für die Suizidhilfe, die anderen auf die Stärkung der Patientenrechte, ohne jedoch das Verbot der aktiven Sterbehilfe aufzuheben (Frankreich, Deutschland, Vereinigtes Königreich)<sup>127</sup>.

### **2. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens und Versuch einer Änderung von Art. 115 VE-StGB**

#### **2.1. Auftrag des Bundesrates im Anschluss an die Vernehmlassung**

Am 17. September 2010 beauftragte der Bundesrat das EJPD, einen von Variante 1 ausgehenden Entwurf einer Änderung von Artikel 115 StGB auszuarbeiten und dabei die im Vernehmlassungsverfahren vorgebrachte Kritik zu berücksichtigen<sup>128</sup>.

#### **2.2. Voraussetzungen, die aufgrund der geäußerten Kritik zu ändern sind**

##### **2.2.1. Vorbemerkungen**

Bevor auf die einzelnen Kritikpunkte näher eingegangen wird, ist klarzustellen, dass zwar eine deutliche Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer den Handlungsbedarf des Bundes sieht, die vorgeschlagenen Änderungen jedoch sehr kontrovers beurteilt werden: Es besteht keinerlei Konsens über die Lösung für dieses schwierige und heikle Problem. Deshalb erscheint es äusserst schwierig, eine mehrheitsfähige Lösung zu finden. Die Variante 1, wel-

---

<sup>125</sup> Chantal Sébire litt an einem sehr seltenen Tumor der Nasennebenhöhlen und der Nasenscheidewand. Dieser unheilbare Tumor verursachte schreckliche Schmerzen und hatte zum Verlust des Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtssinns geführt. Sie ersuchte die französische Justiz, ihr ein Sterben in Würde zu erlauben, doch wurde ihr Gesuch abgelehnt. Zwei Tage nach dem Gerichtsentscheid nahm sie sich das Leben.

<sup>126</sup> Informationsbericht Nr. 1287 (Fn. 124).

<sup>127</sup> Vgl. Informationsbericht Nr. 1287 (Fn. 124), S. 155 f.; darin wird auch erwähnt, dass in der Tschechischen Republik die kleine Kammer (Senat) den Entwurf für ein Gesetz, das die aktive Sterbehilfe erlaubt, verworfen hat, während Griechenland und die Ukraine die Einführung eines ähnlichen Systems wie in Frankreich erwägen.

<sup>128</sup> Siehe Zusammenfassung der geäußerten Kritik in Ziff. 1.1.7.

che das BJ weiter zu bearbeiten hatte, wurde nämlich nur gerade von 35 Teilnehmern gutgeheissen, während 72 der insgesamt 108 Teilnehmer diese ablehnten<sup>129</sup>.

### 2.2.2. Beteiligung von drei Ärzten

Dass drei unabhängige Ärzte in den Suizidhilfeprozess mit einbezogen werden sollen (zur Feststellung der Urteilsfähigkeit, zur Beurteilung der unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge und zur Verschreibung von NaP), wurde von einer überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer als extrem belastend, nicht praktikabel und sogar als Schikane empfunden<sup>130</sup>. Eine solche Lösung führe nicht nur zu einer Medikalisierung der Suizidhilfe – die nach Ansicht der SAMW und der FMH nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört –, sondern steigere auch den Druck auf das medizinische Personal. Die Ärzteschaft laufe damit Gefahr, in einen Zielkonflikt zwischen Lebensretter und Suizidhelfer zu geraten und folglich gegen ihr Berufsethos zu handeln. Ausserdem verlangten viele Teilnehmer, dass die Urteilsfähigkeit und der Gesundheitszustand von einem einzigen Arzt beurteilt werden sollte, weil diese beiden Aspekte eng miteinander verbunden seien<sup>131</sup>. Andere Teilnehmer waren der Auffassung, diese Prüfung sei nur bei begründeten Zweifeln und von einem Spezialisten vorzunehmen.

Ein gemeinsamer Nenner dieser zahlreichen und zuweilen gegensätzlichen Vorschläge liesse sich letztlich dadurch finden, dass die Zuständigkeit für die drei Haupthandlungen des Verfahrens einem einzigen, von der Organisation unabhängigen Arzt zugewiesen würde. Eine solche Lösung hätte mehrere Vorteile: Sie wäre einfacher, würde das Verfahren bündeln, da die künstliche Aufsplitterung der ärztlichen Prüfung entfielen, und würde den Aufbau einer Beziehung zwischen Arzt und Patient fördern. Allerdings würde dabei auch ein erheblicher Druck auf dem betreffenden Arzt lasten, da dieser mit der gebotenen Sorgfalt folgende Aufgaben wahrnehmen müsste:

- *Prüfung der Urteilsfähigkeit*: Grundsätzlich sollte ein Allgemeinarzt in der Lage sein, zu beurteilen, ob sein Patient im Hinblick auf den Suizidentscheid urteilsfähig ist oder nicht. In einem komplexen Fall sollte der Arzt jedoch bei Bedarf einen Psychiater zu Rate ziehen. Nach Auffassung des Bundesgerichts setzt die Einschätzung der Urteilsfähigkeit einer psychisch kranken Person notwendigerweise das Vorliegen eines vertieften psychiatrischen Fachgutachtens voraus<sup>132</sup>.
- *Vollständige Aufklärung des Patienten («informed consent»)*: Die suizidwillige Person kann sich nur dann frei für die Suizidhilfe entscheiden, wenn sie sich über ihre Krankheit, über die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten und die Heilungschancen oder, bei einer unheilbaren Krankheit, über die Möglichkeiten der Schmerztherapie und die damit verbundenen Nebenwirkungen<sup>133</sup> völlig im Klaren ist. Was die Einwilligung zu einer ärztlichen Handlung (chirurgischer Eingriff, Therapie usw.) anbelangt, wird dem Arzt zudem in der juristischen Lehre empfohlen, dem Patienten vor dem Gespräch eine schriftliche Information zukommen zu lassen und ihm nach dem Gespräch ein paar Tage Zeit zum Nachdenken zu lassen, bevor er eine endgültige Entscheidung trifft<sup>134</sup>. Diese Anforderung gilt umso mehr, wenn es um die unwiderrufliche Entscheidung geht, seinem Leben ein Ende zu setzen. Bei fehlender oder unvollständiger Aufklärung ist der Entscheid der suizidwilligen Person mit einem Irrtum behaftet. Deshalb könnte der Arzt nicht als Suizidhelfer angesehen werden, sondern als (mittelbarer) Täter, der ein Tötungsdelikt begangen hat<sup>135</sup>.

<sup>129</sup> Vgl. Ziff. 1.1.7.

<sup>130</sup> Vgl. EJP, Zusammenfassung der Ergebnisse 2010 (Fn. 16), S. 16.

<sup>131</sup> Vgl. EJP, Zusammenfassung der Ergebnisse 2010 (Fn. 16), S. 18.

<sup>132</sup> BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2.

<sup>133</sup> Siehe dazu M. SCHUBARTH, op. cit. (Fn. 77), S. 5 f.

<sup>134</sup> J.-M. DUC, La responsabilité civile du médecin, in: PJA 2008, S. 1463 f.; W. FELLMANN, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten, in: M. W. Kuhn / T. Poledna (Hrsg.), *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl., Zürich 2007, S. 198 ff.; B. TAG, Strafrecht im Arztalltag, in: M. W. Kuhn / T. Poledna (Hrsg.), *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl., Zürich 2007, S. 708.

<sup>135</sup> Siehe Ziff. 1.4.2.2.

- *Verschreibung der letalen Substanz unter Einhaltung der ärztlichen Berufs- und Standesregeln*: Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bedarf die Aushändigung einer letalen Substanz, im Interesse des Patienten, einer vorgängigen ärztlichen Verschreibung. Die Medikation setzt eine den ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechende Diagnose- und Indikationsstellung sowie ein Aufklärungsgespräch voraus<sup>136</sup>.

### **2.2.3. Unheilbare Krankheit mit kurzfristig tödlichem Ausgang**

Das Erfordernis einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge wurde ebenfalls von einem Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmer heftig kritisiert<sup>137</sup>. Einige erachteten diese Voraussetzung einerseits als exzessiv und diskriminierend, insbesondere weil bestimmte Personengruppen von der organisierten Suizidhilfe ausgeschlossen seien, andererseits als Verletzung des Selbstbestimmungsrechts. Andere befürchteten, diese Voraussetzung sei schwierig anzuwenden und hätte eine uneinheitliche Praxis zur Folge. Andere wiederum schlugen vor, weniger restriktiv zu sein und den Schwerpunkt eher auf das durch die Krankheit oder den Unfall verursachte Leiden zu legen. Im Wesentlichen verlangten die Teilnehmer somit einen erweiterten Zugang zu Suizidhilfeorganisationen.

Allerdings ist die Grenzziehung zwischen einem Leben, das es vorbehaltlos zu schützen gilt, und einem nicht mehr schützenswerten Leben schon vom Grundsatz her äusserst fragwürdig. Zudem liesse sich ein auf die Krankheit bezogenes Kriterium nicht mit der für Strafnormen erforderlichen Genauigkeit festlegen und würde in jedem Fall von den Strafverfolgungsbehörden unterschiedlich ausgelegt. Eine Änderung von Artikel 115 StGB, die eine Definition der Krankheit oder des Leidens enthält, welche/s einer Person erlaubt, die Dienste einer Sterbehilfeorganisation in Anspruch zu nehmen, wäre somit weder juristisch haltbar noch politisch durchsetzbar.

### **2.2.4. Voraussetzungen hinsichtlich des finanziellen Aspekts**

Die Bestimmung zur finanziellen Abgeltung für die Tätigkeit der Suizidhelfer wurde sehr unterschiedlich aufgenommen. Während einige Vernehmlassungsteilnehmer einwandten, das Verbot einer Abgeltung könnte der Qualität und Professionalität der Suizidhilfe Abbruch tun, befürworteten andere eine noch strengere Regelung, welche vorschreibt, dass der Suizidhelfer unentgeltlich handeln muss<sup>138</sup>. Was die Bestimmung zur Finanzierung der Leistungen der Suizidhilfeorganisationen betrifft, schlossen sich die Teilnehmer zwar der Auffassung des EJPD an, dass Schranken gesetzt werden müssen, doch zweifelten sie, ob die vorgeschlagene Bestimmung tatsächlich anwendbar sei.

Eine denkbare Lösung wäre, dass der Suizidhelfer unentgeltlich handeln muss, der Organisation jedoch zugestanden wird, sich die durch ihre Tätigkeit entstandenen Spesen erstatten zu lassen und Mitgliederbeiträge zu erheben. Der Einwand, die Qualität und Professionalität der Suizidhilfe würde beeinträchtigt, wenn sie unentgeltlich wäre, überzeugt nicht. Denn er geht von der zweifelhaften Annahme aus, ein schlecht oder nicht entlohnter Sterbehelfer führe seine Tätigkeit mangelhaft aus. Wenn für diesen jedoch das Geld eine Triebfeder war, könnte er strafrechtlich verfolgt werden, weil er aus selbstsüchtigen Gründen gehandelt hat. Zudem bilden viele Vereinigungen Freiwillige aus, um Menschen am Lebensende zu begleiten und ihre Angehörigen zu unterstützen, ohne dass deren Professionalität und deren Kompetenz in Frage gestellt worden wären<sup>139</sup>. Von der Schaffung einer speziellen Verantwortlichkeitsklausel für die Verantwortlichen einer Suizidhilfeorganisation kann abgesehen werden. Denn wie in Ziffer 1.4.2.3 dargelegt kann die verantwortliche Person wegen einer Widerhandlung gegen Artikel 115 StGB zur Rechenschaft gezogen werden, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen (finanzielle Vorteile, Werbung, Ideologie usw.) gehandelt hat. Folglich braucht es keine spezifische Strafandrohung.

---

<sup>136</sup> BGE 133 I 58 E. 6.3.2.

<sup>137</sup> Vgl. EJPD, Zusammenfassung der Ergebnisse 2010 (Fn. 16), S. 19.

<sup>138</sup> Vgl. EJPD, Zusammenfassung der Ergebnisse 2010 (Fn. 16), S. 21.

<sup>139</sup> Zu nennen sind beispielsweise die von Caritas, Pro Senectute und dem Roten Kreuz angebotenen Dienstleistungen.

## **2.3. Teile des Vorentwurfs, die entfallen könnten**

### **2.3.1. Art. 115 Abs. 2 Bst. a VE-StGB (freier, wohlwogener und auf Dauer bestehender Entscheid)**

Auch wenn diese Voraussetzung von den meisten Vernehmlassungsteilnehmern begrüsst wird, kann sie weggelassen werden. Denn die Voraussetzung, dass ein Arzt die Urteilsfähigkeit prüfen, den Patienten vollständig aufklären und die letale Substanz verschreiben soll, genügt, um zu gewährleisten, dass der Entscheid nach reiflicher Überlegung gefasst worden ist. Mit der Verpflichtung, sich einige Wochen vor der Verschreibung der letalen Substanz an eine Beratungsstelle zu wenden, würde der betreffenden Person zudem de facto eine Bedenkfrist auferlegt.

### **2.3.2. Art. 115 Abs. 2 Bst. g VE-StGB (Pflicht zur Erstellung einer vollständigen Dokumentation)**

Auch wenn diese Voraussetzung auf keinen grösseren Widerstand gestossen ist, kann sie entfallen. Denn es handelt sich dabei vornehmlich um eine Verfahrensbestimmung, die nicht ins Strafgesetzbuch gehört. Überdies erscheint die Androhung einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren für die Verletzung einer solchen, eher administrativen Vorschrift unverhältnismässig.

### **2.3.3. Art. 115 Abs. 3 Bst. a VE-StGB (Strafbarkeit der für die Organisation verantwortlichen Person wegen ihrer Zustimmung zu rechtswidrig geleisteter Suizidhilfe)**

Wie die Universität Genf zu Recht festgestellt hat, ist die Schaffung einer Sonderregelung für die Gehilfenschaft überflüssig, weil der betreffende Fall bereits durch die allgemeinen Bestimmungen über die Teilnahme abgedeckt ist. Wenn nämlich die verantwortliche Person und der Suizidhelfer sich über die Ausführung eines assistierten Suizids, der nicht alle Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt, geeinigt haben, handeln die beiden Teilnehmer mit Wissen und Willen und sind damit aufgrund von Artikel 115 StGB strafbar.

### **2.3.4. Art. 115 Abs. 3 Bst. b VE-StGB (Strafbarkeit der für die Organisation verantwortlichen Person)**

Zu dieser Bestimmung gab es nur wenige Kommentare. Während einige Teilnehmer sie ausdrücklich begrüsst, vertraten andere die Ansicht, deren Anwendung könnte Probleme bereiten, weil die Bereicherungsabsicht schwer nachweisbar sei oder weil es nicht akzeptabel wäre, dass ein erst nachträglich entdecktes Vermächtnis eine Bestrafung nach sich zöge. Einzelne Teilnehmer kritisierten die zeitliche Beschränkung, weil damit gewisse Personen von der Suizidhilfe ausgeschlossen würden<sup>140</sup>.

Diese Voraussetzung zielte vor allem darauf ab, die Kommerzialisierung der Suizidhilfe zu bekämpfen und zu verhindern, dass die Verantwortlichen der Organisation von der Hilfestellung bei einem Suizid profitieren können. Im erläuternden Bericht wurde die Schaffung dieses Tatbestands mit der in der Lehre vertretenen Auffassung begründet, dass die für die Organisation verantwortlichen Personen, die aus selbstsüchtigen Beweggründen gehandelt haben, aufgrund der allgemeinen Regeln über die Teilnahme (Art. 24 ff. StGB) straffrei bleiben, wenn der Haupttäter (Sterbehelfer) aus altruistischen Beweggründen gehandelt hat<sup>141</sup>. Wie weiter oben erläutert<sup>142</sup> sind jedoch die allgemeinen Bestimmungen über die Teilnahme aus dogmatischer Sicht auf Artikel 115 StGB nicht anwendbar und können die für eine Organisation verantwortlichen Personen bereits nach geltendem Recht strafrechtlich verfolgt wer-

<sup>140</sup> Siehe dazu EJPD, Zusammenfassung der Ergebnisse 2010 (Fn. 16), S. 22 f.

<sup>141</sup> Vgl. EJPD, Erläuternder Bericht 2009 (Fn. 15), S. 26.

<sup>142</sup> Vgl. Ziff. 1.4.2.3.

den, wenn sich beweisen lässt, dass sie in einem konkreten Fall zur Ausführung eines Suizids beigetragen haben.

### **2.3.5. Art. 115 Abs. 4 VE-StGB (vorsätzliche Nichterfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2 Bst. a–f)**

Absatz 4 des Vorentwurfs wurde nur von wenigen Vernehmlassungsteilnehmern kommentiert. Die Bemerkungen dazu waren eher positiv. Bei erneuter Prüfung zeigt sich jedoch, dass eine solche Bestimmung mit dem schweizerischen Strafrechtssystem unvereinbar ist. Die Verletzung einer Aufsichtspflicht mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen, wäre nicht nur ein völliges Novum, sondern vor allem auch unverhältnismässig. Zudem würde dies wahrscheinlich nicht dazu beitragen, die Beaufsichtigung der Suizidhelfer durch die Verantwortlichen der Suizidhilfeorganisationen zu verbessern.

### **2.3.6. Art. 115 Abs. 5 VE-StGB (fahrlässige Nichterfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2)**

Absatz 5 des Vorentwurfs war eng mit Absatz 4 verknüpft. Mit dem Wegfall von Absatz 4 entfällt somit zwangsläufig auch Absatz 5.

## **2.4. Nach der Vernehmlassung in Betracht kommende Bestimmung**

Zusammengefasst und entsprechend den vorangehenden Ausführungen kommt eine Bestimmung in Betracht, die (1) kein Kriterium enthält, welches auf den Gesundheitszustand der suizidwilligen Person abstellt, sondern vermehrt auf Massnahmen setzt, welche sicherstellen sollen, dass diese Person urteilsfähig war, (2) einem einzigen Arzt die Aufgabe zuweist, die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person zu prüfen, sie vollständig aufzuklären und allenfalls NaP zu verschreiben, und (3) nur unentgeltliche Suizidhilfe zulässt. Der geänderte Artikel 115 StGB könnte somit folgendermassen lauten:

### ***Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Suizid***

<sup>1</sup> Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Suizid verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

<sup>2</sup> Wer im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation jemanden zum Suizid verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft, es sei denn, die folgenden Voraussetzungen sind erfüllt:

- a. Die suizidwillige Person wendet sich innerhalb von vier Wochen vor der Verschreibung der letalen Substanz an eine Beratungsstelle.
- b. Ein von der Suizidhilfeorganisation unabhängiger Arzt stellt fest, dass die suizidwillige Person im Hinblick auf den Suizidentscheid urteilsfähig ist.
- c. Die suizidwillige Person entscheidet frei und nach umfassender Aufklärung durch den in Buchstabe b genannten Arzt.
- d. Die suizidwillige Person verwendet eine letale Substanz, welche der in Buchstabe b genannte Arzt verschrieben hat.
- e. Der Suizidhelfer handelt unentgeltlich.

<sup>3</sup> Der Kanton bezeichnet Beratungsstellen, welche die Voraussetzungen erfüllen, um Personen mit Suizidabsichten zu beraten.

## 2.5. Beurteilung der vorgeschlagenen Lösung

Eine Bestimmung, wie sie in Ziffer 2.4 dargestellt wird, würde den im Vernehmlassungsverfahren eingegangenen Stellungnahmen zumindest teilweise Rechnung tragen. Bei genauerer Prüfung zeigt sich jedoch, dass diese Bestimmung gegenüber der heutigen Regelung nur einen sehr beschränkten Mehrwert bringen würde (insbesondere in Bezug auf die Kommerzialisierung der Suizidhilfe), weil sie lediglich die Verpflichtungen konkretisiert, die sich jetzt schon aus Artikel 115 StGB ergeben. Denn nach heutigem Recht muss die suizidwillige Person urteilsfähig und ausreichend informiert worden sein und darf nicht unter Druck stehen<sup>143</sup>. Zudem darf die letale Substanz nur von einem Arzt verschrieben werden, der die in den Buchstaben b bis d dieser Bestimmung umschriebenen Handlungen vorgenommen hat. Überdies bedeutet die Anforderung, dass der Suizidhelfer unentgeltlich handeln muss, nichts anderes, als dass er nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen handeln darf.

Ausserdem könnte sich die Einführung einer solchen Bestimmung auch nachteilig auswirken. Zu nennen sind insbesondere folgende Nachteile:

- *Sie stiesse in Ärztekreisen auf sehr geringe Akzeptanz:* Die Vereinigungen, welche die Interessen der Ärzteschaft vertreten, übten am meisten Kritik an der Rolle, welche der Vorentwurf den Ärzten zuwies. Die FMH möchte nicht, dass die Suizidhilfe eine ärztliche Tätigkeit wird, und plädiert dafür, dass die Verschreibung einer letalen Substanz in der persönlichen Verantwortung des Arztes bleibt. Ein Änderungsentwurf wie der oben aufgeführte wäre somit eine Einmischung in den ärztlichen Tätigkeitsbereich.
- *Sie wäre mit dem Bestimmtheitsgebot schwer vereinbar:* Dieses Problem liesse sich mit den vorgeschlagenen Änderungen nicht gänzlich lösen. Die verwendete Terminologie bietet weiterhin einigen Interpretationsspielraum und könnte eine uneinheitliche Praxis nach sich ziehen.
- *Suizidhilfeorganisationen erhielten dadurch eine staatliche Legitimierung:* Eine Ausnahmeregelung für Suizidhilfeorganisationen könnte diese legitimieren und in der Folge einen Anreiz für in der Schweiz und im Ausland lebende Personen schaffen.

Diese erheblichen Mängel wiegen umso schwerer, wenn die Entwicklungen, die sich seit Erscheinen der Berichte von 2006 und 2007 vollzogen haben, dagegengehalten werden. Die Einführung der vorgeschlagenen Bestimmung stünde nicht nur im Widerspruch zu allen gegenwärtigen Anstrengungen zum Ausbau von Suizidprävention und Palliative Care (vgl. Ziff. 3), sondern auch zu den unter Ziffer 1.2.4 und 1.4.6 erwähnten Entwicklungen in der Rechtsprechung und in der Praxis der Verwaltungs-, Gerichts- und Gesundheitsbehörden (Verweigerung der Bewilligung, ein Haus als Sterbeort zu nutzen; Verweigerung der Verlängerung einer Praxisbewilligung; Präzisierung der Rechtsprechung betreffend der Lagerung und der Verschreibung von NaP; Annahme von Reglementen durch Spitäler, Pflegeheime, usw.).

## 3. Stärkung und Bekanntmachung der Alternativen zum Suizid

### 3.1. Ausgangslage

Wie vorgängig dargelegt, können Missbräuche im Bezug auf den assistierten Suizid mit den heute bestehenden gesetzlichen Grundlagen wirksam bekämpft werden. Damit kann aber nicht dazu beigetragen werden, die Anzahl assistierter Suizide zu minimieren.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung muss mit einer Zunahme der assistierten Suizide, insbesondere im Alter, gerechnet werden. Es besteht deshalb Handlungsbedarf, weil die Reduktion der Anzahl der Suizide weiterhin hohe Priorität hat.

Aus diesem Grund hat das EDI die möglichen Massnahmen ermittelt. Diese Massnahmen zielen darauf ab, die Selbstbestimmung im Kontext krankheitsbedingter Situationen zu stär-

<sup>143</sup> Vgl. Erläuterungen in Ziff. 1.4.2.2.

ken. Besteht der Suizidwille einer Person auch nach Ausschöpfung aller Präventionsmassnahmen einschliesslich der Beratung über Alternativen zum Suizid, dann muss dieser akzeptiert werden. Die Massnahmen richten sich in erster Linie an die Bevölkerung der Schweiz. Es muss daher darauf hingewiesen werden, dass Personen, die aus dem Ausland anreisen, um in der Schweiz Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, mit diesen Massnahmen kaum erreicht werden können.

### **3.1.1. Die Rolle der Selbstbestimmung beim assistierten Suizid**

Beim assistierten Suizid kommt dem Aspekt der Selbstbestimmung eine grosse Bedeutung zu. In der in Ziffer 1.2.5 bereits erwähnten Studie der Universität Zürich<sup>144</sup> wurde die Bevölkerung nach den Gründen für ihre Einstellung zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe gefragt. Dabei wurde das Statement zur Selbstbestimmung («Jeder erwachsene Mensch sollte selber darüber entscheiden dürfen, wann er sein Leben beenden will») am häufigsten als zutreffend bewertet. In einer Umfrage im Auftrag von Exit bejahten 98 % der befragten Exit-Mitglieder und 93 % der Personen, die nicht Exit-Mitglied sind, dass der Mensch grundsätzlich selber darüber bestimmen soll, was mit ihm im Falle einer unheilbaren Krankheit geschehen soll<sup>145</sup>.

Dieses Bedürfnis nach Selbstbestimmung entspricht der heutigen Gesellschaft. Die Generation, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreicht, hat sich stark für diese Selbstbestimmung eingesetzt und wird diese auch im Bezug auf das Lebensende vermehrt einfordern.

Im Kontext des assistierten Suizides sind zwei wesentliche Bedingungen zu nennen, welche die Selbstbestimmung am Lebensende fördern:

1. Die Kenntnis der verschiedenen Betreuungsangebote am Lebensende (v. a. Palliative Care)
2. Die Möglichkeit, Entscheidungen frei, das heisst möglichst unbeeinflusst von physischen, psychischen und sozialen Leiden, zu treffen.

Beide Bedingungen können noch verbessert werden, insbesondere im Kontext von krankheitsbedingten Situationen am Lebensende. In den beiden folgenden Kapiteln werden die Gründe aufgezeigt.

### **3.1.2. Kenntnis der Betreuungsangebote am Lebensende**

Als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende werden heute in der Gesellschaft in erster Linie Suizidhilfeorganisationen wahrgenommen. Exit wirbt auf der Website mit dem Slogan «Selbstbestimmung im Leben und im Sterben»<sup>146</sup>. Dignitas hat statutengemäss den Zweck, ihren Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern<sup>147</sup>.

Alternative Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende – wie Palliative Care, Patientenverfügungen, das Erkennen und Behandeln von Depressionen – sind in der Bevölkerung der Schweiz wenig bekannt und stehen noch nicht flächendeckend zur Verfügung. In diesem Bereich sind vermehrt Anstrengungen erforderlich, um das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende zu stärken.

### **3.1.3. Ermöglichung der «freien» Entscheidung**

Psychische Krankheiten – allen voran Depressionen – sind eine Hauptursache für Suizid. Depressionen treten im Alter häufig auch als Begleiterkrankung von unheilbaren und lebens einschränkenden Krankheiten auf. Und doch werden sie in diesem Zusammenhang kaum

<sup>144</sup> C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, op. cit. (Fn. 59).

<sup>145</sup> Exit (2006): Leben und Sterben. Repräsentative Meinungsumfrage zum Thema Sterbehilfe. Wiederholungs- und Ergänzungsstudie, durchgeführt von GfK Switzerland bei 318 Exit-Mitgliedern und 350 Personen, die nicht Exit-Mitglied sind.

<sup>146</sup> [www.exit.ch](http://www.exit.ch), eingesehen am 2. April 2011.

<sup>147</sup> [www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch), eingesehen am 2. April 2011.

erkannt und daher nicht richtig behandelt. Gerade bei älteren Menschen sind auch physische Probleme ein Risikofaktor für suizidales Verhalten. Eine Studie zeigt, dass Schmerzen der Hauptgrund sind, warum eine Person assistierten Suizid in Anspruch nimmt<sup>148</sup>. Schliesslich spielen auch die jeweiligen Lebensumstände eine wichtige Rolle. Das Risiko der sozialen Isolation ist für Personen ab 75 Jahren erhöht<sup>149</sup>. Verschiedene andere Einflussfaktoren, wie zum Beispiel ein schlechter Gesundheitszustand, eingeschränkte Mobilität etc. können dieses Risiko noch zusätzlich erhöhen. Das Alleinleben, geringe finanzielle Ressourcen/Existenzängste und eine eher tiefe schulische Bildung sind weitere Einflussfaktoren.

Der «freie Entscheid» der suizidwilligen Person, wie ihn der bestehende Artikel 115 StGB impliziert<sup>150</sup>, ist damit in Frage gestellt, und die Selbstbestimmung kann in der jetzigen Situation nicht umfänglich gewährleistet werden.

### **3.1.4. Fazit: Notwendigkeit zur Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende**

Prognosen zur Demografie zeigen, dass sich die Zahl der über 80-Jährigen bis im Jahr 2030 mehr als verdoppelt<sup>151</sup>. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der (assistierten) Suizide in dieser Altersgruppe weiter zunehmen wird. Es müssen deshalb Massnahmen geprüft werden, welche die Selbstbestimmung am Lebensende, wie unter Ziffer 3.1.1 definiert, stärken.

Die bisherigen Aktivitäten des Bundes, der Handlungsbedarf und die möglichen Massnahmen werden im folgenden Kapitel dargestellt.

## **3.2. Bisherige Aktivitäten, Handlungsbedarf und mögliche Massnahmen des Bundes zur Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende**

Bereits heute unternimmt der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen im Rahmen seiner beschränkten Möglichkeiten Massnahmen, um die Selbstbestimmung insbesondere im Kontext krankheitsbedingter Situationen am Lebensende zu stärken. Um sämtliche Betreuungsangebote am Lebensende einer breiten Bevölkerung bekannt zu machen und um dazu beizutragen, dass Entscheidungen möglichst unbeeinflusst von physischen, psychischen und/oder sozialen Leiden getroffen werden, müssen diese Massnahmen weitergeführt und längerfristig intensiviert werden. Nur so kann verhindert werden, dass die Anzahl der (assistierten) Suizide, vor allem im Alter, massiv ansteigen wird.

Die Kompetenz über die Bereitstellung von Angeboten im Bereich der Gesundheitsversorgung liegt bekanntlich bei den Kantonen. Der Handlungsspielraum des Bundes beschränkt sich auf die Erhebung wissenschaftlicher Grundlagen und auf Informations- und Kommunikationsaktivitäten im Bereich Palliative Care sowie Früherkennung und Behandlung von Depressionen zuhanden der Kantone und Fachgesellschaften<sup>152</sup>. Im Folgenden werden die bisherigen Aktivitäten und der Handlungsbedarf aufgezeigt.

### **3.2.1. Erhebung wissenschaftlicher Grundlagen**

Damit Unterstützungs- und Hilfsangebote in den Kantonen und Aktivitäten zur Information und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung effektiv geplant werden können, sind wissenschaftlichen Daten notwendig.

<sup>148</sup> S. FISCHER ET AL., op. cit. (Fn. 30), S. 333–338.

<sup>149</sup> P. GAZARETH / C. MODETTA (2006): *Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

<sup>150</sup> Vgl. Ziff. 1.4.2.2.

<sup>151</sup> S. MONOD-ZORZI et al. (2007): *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (Obsan).

<sup>152</sup> Vgl. Ziff. 3.3.

### **3.2.1.1. Bisherige Aktivitäten des Bundes**

Im Frühjahr 2010 hat der Bundesrat beschlossen, ein Nationales Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) durchzuführen. Das NFP 67 verfügt über einen Finanzrahmen von 15 Millionen Franken. Die Forschungsdauer beträgt fünf Jahre. Die Ausschreibung erfolgte am 16. Februar 2011. Das Ziel dieses NFP 67 besteht darin, Handlungs- und Orientierungswissen für den Bereich der letzten Lebensphase wissenschaftlich zu erarbeiten und dieses Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, in der Politik und den Berufsgruppen, die sich mit der Betreuung von Menschen am Lebensende befassen, bereitzustellen. Konkret soll dieses Wissen dazu beitragen:

- die Versorgungssituation für Menschen am Lebensende besser einschätzen und insbesondere Versorgungslücken oder problematische Versorgungssituationen identifizieren zu können;
- den Betroffenen sowie den Angehörigen der Behandlungsteams eine vertiefte Grundlage für angemessene Entscheidungen und Abläufe zur Verfügung zu stellen;
- Bedingungen einer gerechten und würdigen Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende zu erkennen, notwendige rechtliche Regulierungen zu entwickeln und ethische Implikationen zu reflektieren;
- gesellschaftliche Entwicklungen besser zu verstehen und zukünftige Entwicklungen besser abschätzen zu können;
- die wissenschaftlichen Kompetenzen im Bereich der Lebensende- und Palliative-Care-Forschung zu stärken.

Das Bundesamt für Statistik dokumentiert in der Todesursachenstatistik die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Per 1. Januar 2011 wurde die Erfassungspraxis zum assistierten Suizid geändert, sodass künftig ersichtlich ist, aufgrund welcher Krankheit eine Person assistierten Suizid beansprucht hat. In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden zudem Personen erfasst, die aufgrund von Suizidversuchen stationär behandelt wurden. Ebenfalls ab 1. Januar 2011 wurde in dieser Statistik ein Code für die Inanspruchnahme von spezialisierter, stationärer Palliativpflege eingeführt. Bis im Juni 2012 werden Daten erhoben und anschliessend ausgewertet. Erste Resultate sind im Juni 2013 zu erwarten.

### **3.2.1.2. Handlungsbedarf**

Im Hinblick auf eine Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende mangelt es heute an kontinuierlich erhobenen Datengrundlagen. Das NFP 67 wird zwar der Forschung einen grossen Auftrieb verleihen und sicher auf viele Fragen Antworten liefern. Es kann aber die Lücke im Bezug auf regelmässig erhobene Daten nicht schliessen. Es mangelt zum Beispiel an regelmässigen Erhebungen zu den Todesumständen, im Besonderen aber zum Ort des Sterbens. Es ist wenig darüber bekannt, wie Menschen in der Schweiz ihre letzten Monate bzw. Wochen vor dem Tod verbringen. Diese statistischen Grundlagen sind jedoch für die Versorgungsplanung und weitere Aktivitäten zur Information und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung zentral. Es fehlen unter anderem die folgenden Informationen:

- Angaben zum Sterbeort
- Spezialauswertungen zu den Verläufen am Lebensende bei stationärer Behandlung werden in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erhoben, aber nicht ausgewertet. Ersichtlich wären aus diesen Verläufen die Ein- und Austritte in eine Institution (woher/wohin) oder die Anzahl und die Gründe für Hospitalisierungen.
- Spezialauswertungen zu Suizidversuchen, die stationär behandelt werden, werden in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erhoben, aber nicht ausgewertet.
- Verbreitung und Kenntnis der Handhabung von Patientenverfügungen

- Häufigkeit von Depressionen, Angstzuständen – insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen bzw. im Zusammenhang sozialer Isolation

### 3.2.1.3. Mögliche Massnahmen des Bundes

- **Erfassung des Sterbeortes:** Die Variable «Sterbeort» wird in der Todesursachenstatistik eingeführt.
- **Studie zu den Verläufen am Ende des Lebens im stationären Bereich:** Die bereits erhobenen Daten in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen werden rückwirkend auf mehrere Jahre im Hinblick auf die Verläufe am Lebensende analysiert.
- **Analyse der Suizidversuche mit stationären Behandlungen:** Die Medizinischen Statistik der Krankenhäuser wird rückwirkend auf mehrere Jahre im Hinblick auf Suizidversuche untersucht.

### 3.2.2. Palliative Care<sup>153</sup>

Ein wichtiger Aspekt von Palliative Care ist die Schmerztherapie. In der Endphase sowohl von Krebserkrankungen wie von anderen terminalen Krankheitssituationen sind Schmerzen das häufigste körperliche Symptom, welches die Lebensqualität beeinträchtigt. Eine wirksame Schmerztherapie unter Nutzung aller zur Verfügung stehenden Mittel könnte dem Sterben einen wesentlichen Teil des Schreckens nehmen und den Patienten Raum geben für den bewussten Abschied<sup>154</sup>.

Auch die Stärkung der Selbstbestimmung ist ein wesentliches Merkmal von Palliative Care<sup>155</sup>. Der Mensch in seiner persönlichen Lebenswelt steht im Zentrum. Seine Entscheidungsfähigkeit wird gestärkt, sodass er selbst über den Ort der Behandlung, die Behandlung, die Pflege und die Begleitung bestimmen kann. Der kranke Mensch wird ermuntert, seine Wünsche zu einem Zeitpunkt festzuhalten, zu dem seine kognitiven Fähigkeiten dies noch vollumfänglich erlauben. Ist eine Person nicht mehr urteilsfähig, so gilt der in einer allfälligen Patientenverfügung zu dieser Situation geäusserte Wille<sup>156</sup>. Mit der Patientenverfügung wird das Ziel verfolgt, dass Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen können, dass möglichst transparente ethische Entscheidungen in ihrem Sinn getroffen werden, aber auch dass die Bezugspersonen und die medizinischen Behandlungsteams entlastet werden<sup>157</sup>.

#### 3.2.2.1. Angebot und Bekanntheit von Palliative Care in der Schweiz

Das Angebot von Palliative-Care-Leistungen unterscheidet sich heute je nach Kanton. Einzelne Kantone haben bereits ein gut ausgebautes Angebot. In vielen weiteren Kantonen sind Bestrebungen im Gange, ein Palliative-Care-Angebot aufzubauen.

Zur Sensibilisierung für das Thema Palliative Care hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Ende 2009 eine repräsentative Umfrage bei der Schweizer Bevölkerung in Auftrag gege-

---

<sup>153</sup> Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

<sup>154</sup> R. KUNZ (2009): Palliative Care – schwierige Entscheidungen am Lebensende. In: Therapeutische Umschau 2009, S. 603.

<sup>155</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care, 2. Leitlinie: Grundwerte in der Palliative Care.

<sup>156</sup> Vgl. Medizinisch-ethische Richtlinie «Patientenverfügung» der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften SAMW.

<sup>157</sup> D. RITZENTHALER-SPIELMANN (2009): Die Patientenverfügung als Kommunikations- und Entscheidungsinstrument. In: Therapeutische Umschau 2009, S. 585–589.

ben<sup>158</sup>. Danach hat knapp die Hälfte der Befragten den Begriff «Palliative Care» schon gehört. Dabei bestehen jedoch grosse regionale Unterschiede: In der Deutschschweiz gibt nur rund ein Drittel der Befragten an, den Begriff schon einmal gehört zu haben, während es in den Genfersee-Region 78 % aller Personen sind. Frauen kennen den Begriff eher als Männer und sehr klar zeigt sich ein Zusammenhang mit der Bildung: Je höher das Ausbildungsniveau, desto bekannter ist der Begriff «Palliative Care».

Bei den Fachpersonen im Gesundheitswesen fehlt es teilweise an Wissen über spezifische Behandlungsmöglichkeiten (z. B. in der Schmerztherapie). Dabei sind Fachpersonen des Grundversorgungssystems meist die erste Anlaufstelle für Betroffene und deren Angehörige. Gemäss der Bevölkerungsbefragung würden die meisten Personen als erstes ihren Hausarzt zu Rate ziehen, wenn sie Palliative Care in Anspruch nehmen möchten.

Zur Bekanntheit von Patientenverfügungen gibt es unterschiedliche Zahlen. Die Bevölkerungsbefragung des BAG hat ergeben, dass der Begriff «Patientenverfügung» rund 50 % der Befragten bekannt ist. Erfahrungen zeigen, dass vor allem die Handhabung (Möglichkeit der Aktualisierung, Hinterlegung der Patientenverfügung) noch viele Fragen mit sich bringt. Dies bestätigt eine Studie der Deutschen Hospiz Stiftung<sup>159</sup>: Rund die Hälfte der Befragten gaben an, dass die rechtliche Lage unklar ist und dass sie weder wüssten, was sie in einer Patientenverfügung alles inhaltlich verfügen können noch in welcher Form dies geschehen müsste. Der Anteil der Menschen, die eine Patientenverfügung verfasst haben, ist eher tief – gemäss der Bevölkerungsbefragung im Auftrag des BAG sind es lediglich 12 %.

### **3.2.2.2. Bisherige Aktivitäten des Bundes**

Bund und Kantone haben am 22. Oktober 2009 im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» verabschiedet. Darin setzen sie sich das Hauptziel, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren in der Schweiz zu verankern. Alle unheilbar kranken und sterbenden Menschen sollen Zugang zu Palliative Care erhalten und ihre Lebensqualität soll verbessert werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden 2010 bis Ende 2012 in sechs Teilprojekten (Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung, Forschung und Übergreifend) verschiedene Massnahmen umgesetzt. Die Gesamtleitung der Strategie liegt beim BAG. Die Teilprojekte werden in Co-Leitungen geführt von Vertretern des BAG, der Gesundheitsdirektorenkonferenz, dem BBT, dem Bundesamt für Statistik sowie der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung «palliative ch»<sup>160</sup>.

Im Teilprojekt Sensibilisierung wurde in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des BAG, der GDK und verschiedener Fachorganisationen eine allgemeine Informationsbroschüre über Palliative Care realisiert. Die Broschüre wurde den Kantonen zur Verfügung gestellt. Die Idee ist, dass die dafür vorgesehene Seite mit kantonalen/regionalen Angeboten ergänzt und die Broschüre im Kanton verteilt wird. Die Druckkosten gehen zulasten der Kantone, die Kosten für die Anpassungen übernimmt die GDK. Zudem wurde die Website von «palliative ch», [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch), mit finanzieller Unterstützung des BAG zu einem umfassenden Informationsportal über Palliative Care für die interessierte Bevölkerung und für Fachpersonen erweitert.

### **3.2.2.3. Handlungsbedarf**

Für die Bereitstellung der Versorgungsangebote sind die Kantone zuständig. Im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012» werden die Rahmenbedingungen erarbeitet, welche diese Arbeiten unterstützen und erleichtern sollen. Es zeichnet sich jedoch be-

<sup>158</sup> GfK Switzerland AG (2009): Bevölkerungsumfrage Palliative Care. Durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

<sup>159</sup> Deutsche Hospiz Stiftung (2005): Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen? <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/32.pdf>.

<sup>160</sup> Über den aktuellen Stand der Umsetzung wird auf der Internetseite [www.bag.admin.ch/palliativecare](http://www.bag.admin.ch/palliativecare) informiert.

reits ab, dass das Hauptziel im Teilprojekt Sensibilisierung – «Die Bevölkerung in der Schweiz weiss um den Nutzen von Palliative Care und kennt deren Angebote» – bis Ende 2012 vor allem aufgrund knapper Ressourcen nicht erreicht werden kann.

Bisher wurden, hauptsächlich in der Deutschschweiz, rund 200 000 Exemplare der Broschüre verteilt. Damit das Wissen über Palliative Care in der Bevölkerung verankert wird, braucht es mehr Zeit und einheitliche, zielgruppengerechte Informationen – dies ist mit der realisierten, allgemein gehaltenen Informationsbroschüre nicht gegeben. Dazu gehört, dass die Informationen nicht nur einmalig verbreitet werden, sondern dass die Botschaften den Menschen immer wieder ins Bewusstsein gerufen werden. Deshalb braucht es auch für die Alternativen zum Suizid kontinuierliche Medienarbeit. In diesem Zusammenhang ist auf die Möglichkeiten der Patientenverfügung hinzuweisen, was im Interesse der kantonalen Erwachsenenschutzbehörden ist.

Handlungsbedarf besteht zudem, weil mit der vorliegenden Broschüre die Migrationsbevölkerung nicht erreicht wird. Dazu ist es nötig, zuerst die kulturell-religiösen Bedürfnisse und Sichtweisen dieser Gruppen im Bezug auf das Lebensende zu ermitteln. Danach folgt eine umfassende Überarbeitung bzw. Neuarbeitung und Übersetzung in die verschiedenen Migrations Sprachen.

Um Palliative Care bei der Bevölkerung in der Schweiz als mögliches Betreuungsangebot am Lebensende bekannt zu machen, ist es nötig, dass der Bund die Federführung übernimmt. Es muss geprüft werden, ob und in welcher Weise die bereits laufenden Aktivitäten in den Kantonen auch nach Ende der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012» weitergeführt und intensiviert werden können.

#### **3.2.2.4. Mögliche Massnahmen des Bundes**

- **Erarbeitung von Informationen über die Betreuungsangebote am Lebensende:** Der Bund stellt einheitliche und zielgruppengerechte Informationsmaterialien über die Alternativen zum assistierten Suizid zuhanden der Kantone und Organisationen bereit. Dazu gehören auch eine Zielgruppenanalyse, kontinuierliche Medienarbeit und die Bekanntmachung dieser Informationsmaterialien bei den zuständigen kantonalen Stellen.
- **Anpassung der Informationen für die Migrationsbevölkerung:** Zur Ermittlung der spezifischen Sichtweisen und Bedürfnisse am Lebensende bei den verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung werden Fokusgruppengespräche durchgeführt. Die Informationsmaterialien werden entsprechend angepasst.
- **Erarbeitung von Informationen für Fachpersonen:** Das medizinische Fachpersonal der Grundversorgung (Hausärzte, Spitex etc.) ist meist die erste Anlaufstelle für gesundheitsrelevante Fragen. Deshalb ist auch eine Sensibilisierung dieser Personen für Fragen der Selbstbestimmung notwendig. Dazu sind in Zusammenarbeit mit den Kantonen und wichtigen Organisationen die sinnvollen und zielführenden Massnahmen zu klären und umzusetzen (z. B. Durchführung eines Koordinationstreffens, Realisierung von Informationsmaterial)

#### **3.2.3. Früherkennung und Behandlung von Depression**

Depressionen sind eine häufige Begleiterkrankung von unheilbaren und lebens einschränkenden Krankheiten. Und doch werden sie gerade in diesem Zusammenhang kaum erkannt und daher nicht richtig behandelt. Sie verstärken kognitive Einbussen und gesundheitliche Einschränkungen und erhöhen die Nachfrage nach medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen. Depressive Stimmungen unterhöhlen die Selbstständigkeit im Alter, was den Pflegebedarf depressiver älterer Menschen zusätzlich erhöht. Aufgrund der demografischen Alterung wird die Zahl schwer depressiver Menschen ansteigen<sup>161</sup>.

---

<sup>161</sup> F. HÖPFLINGER / V. HUGENTOBLE (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern.

### **3.2.3.1. Bekanntheit von Depression in der Schweiz**

Obwohl Depressionen häufig sind, werden sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen oder missverstanden. Eine Umfrage von 2010 zeigt, dass die meisten Schweizer wissen, was eine Depression ist<sup>162</sup>. Dennoch ist Depression meist nur ein wenig greifbares Schlagwort, weil Tiefenwissen über Symptome und Verläufe fehlt. Dieses ist nur 17 % der Befragten bekannt. Punkto Offenheit gegenüber dem Thema Depression gibt es zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen markante Unterschiede: Frauen und Jüngere sind besser über das Thema informiert und auch offener im Gespräch mit Dritten. Hingegen zeigen sich Männer und ältere Menschen verschlossener und weniger informiert. Dabei birgt gerade das Alter mit seinen tiefgreifenden Veränderungen (Ausstieg aus dem Arbeitsprozess, Krankheit, soziale Isolation etc.) viele Risiken für Depression<sup>163</sup>.

Gemäss der vom BAG durchgeführten Studie zu den Depressionsmeldungen in der hausärztlichen Praxis im Jahr 2008 weist die Schweiz im Vergleich zu Deutschland sehr niedrige Meldezahlen auf. Schweizweit wurden damals auf 1000 hausärztliche Konsultationen 13 Depressionen gemeldet. Bei drei Vierteln der Konsultation besteht neben der Depression mindestens eine weitere komorbide Erkrankung. Dieser Anteil variiert abhängig vom Schweregrad der Depression und ist bei den schweren depressiven Erkrankungen am höchsten. Auffällig – jedoch mit der Studienanlage nicht zu erklären – sind die grossen regionalen Unterschiede.

Diese beiden Studien geben einen guten Überblick über das gegenwärtige Verständnis zu Depressionen in der Öffentlichkeit und in der Praxis der Grundversorgenden bei der Erkennung und Behandlung depressiver erkrankter Menschen. Sie machen deutlich, dass auch in der Schweiz ein einheitliches Vorgehen zur Optimierung von Früherkennung und Behandlung von Depressionen notwendig ist<sup>164</sup>, wie das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression vorsieht».

### **3.2.3.2. Bisherige Aktivitäten des Bundes und der Kantone**

Zwischen 2000 und 2002 entwickelte ein Forschungsteam des Deutschen Kompetenznetzes Depression das auf vier Interventionsebenen basierende Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression». Die wissenschaftliche Evaluation des Interventionsprojekts in Nürnberg (BRD) zeigte, dass das Aktionsprogramm die Versorgungs- und Lebenssituation depressiver Menschen deutlich verbessern konnte. Aufgrund dieser überzeugenden Resultate hat sich das Programm innerhalb von Deutschland und in anderen Ländern Europas rasch etabliert.

Der Kanton Zug hat das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression» in den Jahren 2003–2005 erfolgreich eingeführt und gezeigt, dass das Modell mit leichten Anpassungen auf die Schweiz übertragen werden kann. Daraufhin hat das BAG die Lizenzen erworben und gibt diese seither kostenlos an interessierte regionale Anbieter weiter. Bisher haben die Kantone Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Luzern, Solothurn und Thurgau das Programm für ihre Bevölkerung eingeführt. Weitere Kantone zeigen sich interessiert. Aufgrund des grossen Interesses liess das BAG die Informationsmaterialien an die spezifischen kulturellen Bedürfnisse der ausländischen Bevölkerung anpassen und in verschiedene Sprachen übersetzen.

### **3.2.3.3. Handlungsbedarf**

Die erwähnte GfS-Studie kommt zum Schluss, dass auch in der Schweiz eine breite Aufklärung der Bevölkerung dringend nötig ist. Besonders wichtig sei es, den Fokus auf Massnahmen zu richten, die ältere Menschen zum offenen Dialog ermutigen. In dieser Hinsicht haben die Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Rolle (Hausärzte, Spi-

<sup>162</sup> GfS-Umfrage 2010: «Depression – was weiss die Schweiz darüber?». Realisiert im Auftrag der Werner Alfred Selo Stiftung.

<sup>163</sup> Bundesamt für Gesundheit (2010): Depressionen in der hausärztlichen Praxis – eine Analyse der im Sentinel-la erfassten Meldungen. Bulletin 45/10, S. 1075–78.

<sup>164</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html>.

tex etc.). Sie sind oft wichtige Ansprechpersonen für diese Bevölkerungsgruppe und müssen vermehrt dafür sensibilisiert werden, Depressionen früh zu erkennen und zu behandeln.

Wie oben aufgeführt, besteht auch in der Schweiz Bedarf, die hausärztliche Fortbildung zur Diagnose und Behandlung bei Depression zu verbessern. Deshalb ist es notwendig, die Erweiterung des «Bündnis gegen Depression» weiterzuverfolgen.

#### **3.2.3.4. Mögliche Massnahmen des Bundes**

- **Gewinnung weiterer Kantone zur Einführung des Programms Früherkennung und Behandlungsoptimierung bei Depression «Bündnis gegen Depression»:** Der bisherige Wissensaustausch unter den Kantonen ist zu intensivieren und die Vernetzung zwischen den Kantonen und den Fachorganisationen zu fördern.
- **Anpassung und Aktualisierung des Schulungsmaterials zur Früherkennung und Behandlung von Depression:** Die Materialien müssen (insbesondere im Zusammenhang mit Multimorbidität) für alle Berufsgruppen aktualisiert und an die Gegebenheiten der Schweiz sowie an neue didaktische Standards angepasst werden. Das Material wird den kantonalen und regionalen Bündnissen gegen Depression zur Verfügung gestellt.
- **Erhebung der Praxis der Grundversorgenden bei der Erkennung und Behandlung depressiver erkrankter Menschen:** Wiederholung der Sentinellastudie zu Depressionen in der hausärztlichen Praxis.

#### **3.2.4. Verhinderung sozialer Isolation**

Soziale Isolation ist eng verknüpft mit der Frage nach der Unterstützung resp. den Ressourcen, die einer einzelnen Person durch ihre Beziehungen zu anderen Menschen zur Verfügung stehen.

Soziale Isolation hat oft zur Folge, dass sich andere Nachteile (wie z. B. Armut, schlechter Gesundheitszustand, Arbeitslosigkeit) tendenziell häufen und verstärken. Sie erfordert ausserdem die Einrichtung resp. Subventionierung von Strukturen als Ersatz ehemals vorhandener familiärer oder nachbarlicher Solidarität, die es beispielsweise ermöglichte, dass genesende Personen zu Hause betreut werden konnten. Nicht die gesamte Bevölkerung hat dasselbe Risiko, von sozialer Isolation betroffen zu werden. Gerade ältere Menschen (speziell ab 75 Jahren), Alleinlebende und Menschen mit mässigem bis schlechtem Gesundheitszustand sind einem höheren Risiko sozialer Isolation ausgesetzt<sup>165</sup>. Erfahrungen aus Bürgerbriefen zeigen zudem, dass viele Menschen grosse Angst davor haben, bei Krankheit und/oder am Lebensende zu einer Last für ihre Angehörigen zu werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass von allen in der Schweiz erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen der überwiegende Teil durch Angehörige und Familienmitglieder erbracht wird. Jedoch verliert die Familie als Lebensform an Bedeutung und insbesondere erwerbstätige Frauen sind sehr häufig nicht mehr in der Lage, diese zusätzliche Aufgabe zu erfüllen, was die soziale Isolation künftig noch verstärken dürfte.

##### **3.2.4.1. Handlungsbedarf**

Um der sozialen Isolation als Risikofaktor für (assistierten) Suizid entgegenzuwirken, sind Massnahmen nötig. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei einer besseren Vereinbarkeit

---

<sup>165</sup> P. GAZARETH / C. MODETTA, op. cit. (Fn. 149).

von Erwerbsleben und Angehörigenpflege. Dies wurde in den letzten zehn Jahren bereits in verschiedenen politischen Vorstössen gefordert<sup>166</sup>.

### **3.2.4.2. Mögliche Massnahmen des Bundes**

**Bessere Vereinbarkeit von Erwerbsleben und Angehörigenpflege:** Der Bund setzt eine amtsübergreifende Arbeitsgruppe ein, die die gegenwärtige Situation analysiert und allfällige Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen vorschlägt.

### **3.3. Rechtliche Rahmenbedingungen**

Es besteht ein staatlicher Grundauftrag zum Schutz des Lebens und der persönlichen Freiheit (Art. 10 BV). Deshalb muss es im Interesse des Bundes liegen, die Anzahl der (assistierten) Suizide zu minimieren und die Selbstbestimmung insbesondere im Kontext krankheitsbedingter Situationen am Lebensende zu stärken.

#### **3.3.1. Erhebung wissenschaftlicher Grundlagen**

Die Erhebung der wissenschaftlichen Datengrundlagen basiert auf Artikel 3 des Bundesstatistikgesetzes vom 9. Oktober 1992 (BStatG)<sup>167</sup>. Die Bundesstatistik soll repräsentative Ergebnisse über den Zustand und die Entwicklung von Bevölkerung, Wirtschaft, Gesellschaft, Raum und Umwelt in der Schweiz ermitteln. Sie dient der Vorbereitung, Durchführung und Überprüfung von Bundesaufgaben, der Beurteilung von Sachgebieten, in denen die Aufgaben von Bund und Kantonen eng ineinander greifen (wie zum Beispiel im Gesundheits- und Sozialwesen) sowie der Unterstützung von Forschungsvorhaben von nationaler Bedeutung.

Als Grundlage für Erhebung der Praxis der Grundversorgenden bei der Erkennung und Behandlung depressiver erkrankter Menschen (Sentinella-Daten, vgl. Ziff. 3.2.3.4) gilt Artikel 9 Absatz 3 Buchstaben b und c der Organisationsverordnung des EDI vom 28. Juni 2000 (OV-EDI)<sup>168</sup>: Das BAG steuert die Forschung auf dem Gebiet der Gesundheit, der Kranken-, Unfall- und Militärversicherung und der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den akademischen Medizinberufen. Es wirkt mit bei der Steuerung von wichtigen gesundheits- und sozialpolitischen Prozessen und bei der Erarbeitung der dafür notwendigen Grundlagen. Zweite Grundlage ist Artikel 64 Absatz 1 und 2 BV: Der Bund fördert die wissenschaftliche Forschung und kann die Förderung insbesondere davon abhängig machen, dass die Koordination sichergestellt ist.

#### **3.3.2. Informationstätigkeit zuhanden der Kantone**

Diese Massnahmen gründen einerseits auf der Organisationsverordnung des EDI sowie auf der Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Bund) ver-

<sup>166</sup> 11.3252 – Interpellation Silvia Schenker: Neue Pflegefinanzierung. Benachteiligung von Pflegebedürftigen, die zuhause gepflegt werden (eingereicht am 18.3.2011)

11.411 – Parlamentarische Initiative Lucrezia Meier-Schatz: Betreuungszulage für pflegende Angehörige (eingereicht am 15.3.2011)

08.3955 – Postulat Silvia Schenker: Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen (eingereicht 19.12.2008, abgeschrieben 17.12.2010, da seit zwei Jahren hängig)

08.3833 – Motion Lucrezia Meier-Schatz: Anpassung der Anspruchsregelung für die Anrechnung der Betreuungsgutschrift (eingereicht 16.12.2008, abgelehnt 20.3.2009)

06.3691 – Postulat Lucrezia Meier-Schatz: Anerkennung der Pflegeleistungen von Familienangehörigen. Situationsanalyse (eingereicht am 13.12.2006, abgeschrieben 23.3.2009, da seit zwei Jahren hängig)

04.3698 – Interpellation Rudolf Joder: Steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Anreize für die freiwillige Betreuung Betagter (eingereicht 15.12.2004, erledigt 18.3.2005)

04.3528 – Motion Vreni Hubmann: Betreuungsgutschriften für die Pflege von Hilflosen (eingereicht 6.10.2004, abgeschrieben 6.10.2006, da seit zwei Jahren hängig)

02.3546 – Motion Doris Leuthard: Unterstützung der erbrachten Pflege zu Hause durch Verwandte und Bekannte (eingereicht 2.10.2002, abgeschrieben 8.10.2004, da seit zwei Jahren hängig)

<sup>167</sup> SR 431.01

<sup>168</sup> SR 172.212.1

treten durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (Vereinbarung NGP). Die Vereinbarung NGP zwischen Bund und Kantonen definiert unter Ziffer 3.2, dass die Parteien Grundlagen-, Vorbereitungs- und Entwicklungsarbeiten für parallele, sich ergänzende oder gemeinsame nationale Aufgaben und Projekte festlegen und die Art und Weise ihrer Bearbeitung vereinbaren. Sowohl die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» als auch das «Bündnis gegen Depression» sind bereits laufende Projekte von Bund und Kantonen, die auf dieser Vereinbarung basieren.

Gemäss Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe c OV-EDI verfolgt das BAG insbesondere das Ziel, die Bevölkerung und die im Gesundheitsbereich tätigen Kreise mit den nötigen Informationen über Fragen der Gesundheit und der gesundheitlichen Entwicklung zu versorgen. Nach Absatz 3 Buchstabe c wirkt das BAG bei der Steuerung von wichtigen gesundheits- und sozialpolitischen Prozessen und bei der Erarbeitung der dafür notwendigen Grundlagen mit.

Die wissenschaftliche Dokumentation der transkulturellen Anpassung des Informationsmaterials und die Weiterentwicklung der erworbenen Nutzungs- und Lizenzrechte zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depressionen stützen sich auf Artikel 118 Absatz 1 der Bundesverfassung, auf Artikel 16 Absatz 5 des Forschungsgesetzes vom 7. Oktober 1983 (FIFG)<sup>169</sup> sowie auf Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und c sowie Artikel 9 OV-EDI.

Die bessere Bekanntmachung der Patientenverfügung als Möglichkeit zur Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende basiert auf dem neuen Erwachsenenschutzrecht, welches am 1. Januar 2013 in Kraft treten wird. Damit wird die rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt.

#### 4. Schlussfolgerungen

- **Eine Änderung des Strafrechts ist keine angemessene Lösung, um dem Bedürfnis der Bevölkerung nach einer Stärkung des Selbstbestimmungsrechts gerecht zu werden:** Nach erneuter Prüfung der Situation ist der Bundesrat überzeugt, dass es möglich ist, Missbräuche bei der Suizidhilfe (Suizidhilfe bei nicht urteilsfähigen oder bei gesunden Menschen, Abgabe von NaP ohne ärztliche Verschreibung, widerrechtliche Lagerung von NaP oder gewinnorientiertes Handeln) mit den heutigen gesetzlichen Mitteln zu bekämpfen. Auch wenn das geltende Recht keine besonderen Bestimmungen über Suizidhilfeorganisationen enthält, bildet Artikel 115 StGB zusammen mit den anderen Artikeln zu strafbaren Handlungen gegen das Leben (Art. 111 ff. StGB), dem HMG, dem BetmG und den standesrechtlichen Regeln ein ausreichendes und geeignetes Instrumentarium, um diese Phänomene in den Griff zu bekommen, sofern die Behörden entschlossen vorgehen. Je nach Fall werden unterschiedliche, d. h. strafrechtliche, administrative oder zivilrechtliche Sanktionen angewendet, was jedoch ihre Wirksamkeit nicht vermindert. Dieses Regelwerk hat ausserdem den Vorteil, dass es flexibel und praxisorientiert ist und ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen der staatlichen Schutzpflicht und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts bildet. Deshalb vertritt der Bundesrat die Auffassung, dass darauf verzichtet werden soll, die – private oder organisierte – Suizidhilfe über eine Änderung des Strafrechts zu regeln.
- **Eine Weiterführung der Massnahmen in den Bereichen Suizidhilfe und Palliative Care ist notwendig:** Im Gegensatz zu den divergierenden Meinungen in Bezug auf den gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene und zur Art der Regelung ist ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmer der Ansicht, eine bessere Garantie des Selbstbestimmungsrechts sei dadurch zu erreichen, dass der Bund sich – im Rahmen seiner Kompetenzen – stärker für Suizidhilfe und Palliative Care einsetze. Die Minimierung der Anzahl Suizide muss weiterhin hohe Priorität haben. Die demografische Entwicklung und die Tatsache, dass insbesondere die Anzahl der Alterssuizide in der Schweiz in den letzten Jahren zugenommen hat, verstärken längerfristig diese Notwendigkeit. Da die Selbstbestimmung beim assistierten Suizid eine grosse Bedeutung hat, müssen die Massnahmen darauf abzielen, die Selbstbestimmung vor allem in Kontext krankheitsbedingter Situatio-

---

<sup>169</sup> SR 420.1

nen am Lebensende zu stärken. Konkret heisst das: Alternativen zum assistierten Suizid müssen bekannter gemacht werden und Entscheidungen sollen frei, das heisst möglichst unbeeinflusst von physischen, psychischen und sozialen Leiden, getroffen werden können. Bereits heute unternimmt der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen einzelne Massnahmen, um die Selbstbestimmung insbesondere im Kontext krankheitsbedingter Situationen am Lebensende zu stärken. Der Bundesrat will – zusammen mit den Kantonen und allen betroffenen Kreise – diese Massnahmen weiterführen und intensivieren.

- ***Es besteht in der Schweiz kein klarer Konsens darüber, ob und wie die organisierte Suizidhilfe auf Bundesebene und über die bereits bestehenden Regelungen hinaus zu regeln ist:*** Diese Feststellung ergibt sich aus der Vernehmlassung und bildet ein grosses Hindernis für die Einführung einer Bundesregelung, die bei einer Mehrheit der Bevölkerung Anklang fände. Erschwerend kommt hinzu, dass es um ein höchstpersönliches Thema geht.