

# Staatsanwalts | Akademie

**Master of Advanced Studies in Forensics (MAS Forensics)**

## **Sterbehilfe – Assistierter Suizid**

Rechtliche, politische und moralisch-ethische Aspekte,  
inkl. Checkliste für Sterbehilfe-agTs

Eingereicht von

Ursina Stocker, Staatsanwältin,  
Staatsanwaltschaft Kanton Solothurn

am 8. August 2015

Betreut von

Dr. med. Kathrin Gerlach, Leitende Ärztin Forensische Medizin und Verkehrsmedizin,  
Institut für Rechtsmedizin Basel

Dr. Ulrich Weder, Leitender Staatsanwalt,  
Staatsanwaltschaft IV des Kantons Zürich

---

<b>I.</b>	<b>INHALTSVERZEICHNIS.....</b>	<b>II</b>
<b>II.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>III</b>
<b>III.</b>	<b>BERICHTE UND RICHTLINIEN.....</b>	<b>VI</b>
<b>III.</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>VII</b>
<b>IV.</b>	<b>KURZFASSUNG.....</b>	<b>IX</b>

## **I. INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>RECHTLICHE SITUATION.....</b>	<b>2</b>
2.1.	IN DER SCHWEIZ.....	3
2.2.	IM GRENZNAHEN AUSLAND; INSBESONDERE DEUTSCHLAND.....	7
2.2.1.	Grenznahes Ausland (Europa).....	7
A.	Niederlande.....	7
B.	Belgien.....	8
C.	Luxemburg.....	8
D.	Frankreich.....	9
E.	Österreich.....	10
2.2.2.	Deutschland.....	10
2.3.	EXKURS: AMERIKA.....	14
2.4.	FAZIT.....	16
<b>3.</b>	<b>BEITRAG AM SUIZID – ABGRENZUNG ZUM STRAFBAREN HANDELN.....</b>	<b>17</b>
3.1.	DIREKTE AKTIVE STERBEHILFE.....	18
3.2.	INDIREKTE AKTIVE STERBEHILFE.....	19
3.3.	PASSIVE STERBEHILFE.....	20
3.4.	VERLEITUNG UND BEIHILFE ZUM SUIZID.....	22
3.5.	DIE ABGABE VON NAP / BETMG.....	26
3.6.	FAZIT.....	28
<b>4.</b>	<b>POLITISCHE DISKUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b>5.</b>	<b>MORALISCH-ETHISCHE ASPEKTE BEI DER STERBEHILFE.....</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>STERBEHILFE-AGT UND CHECKLISTE.....</b>	<b>39</b>
<b>7.</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG.....</b>	<b>42</b>

---

## II. LITERATURVERZEICHNIS

Falls nicht anders vermerkt, werden die aufgeführten Autoren mit dem Nachnamen und der Seitenzahl zitiert.

- BIGLER-EGGENBERGER Margrith / FANKHAUSER Roland      Art. 16 ZGB, in: HONSELL / VOGT / GEISER (Hrsg.), Basler Kommentar Schweizerische Zivilprozessordnung, 2. Auflage, Basel 2013 (zit. Autor, Art., Rz.).
- BOSSHARD Georg / HURST Samia      Suizidhilfe: Der Bund ist gefordert, in: Bulletin SAMW 01/10, p. 1-3.
- BRUNNER Andreas      Graubereiche in der Sterbehilfe, in: Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, Petermann Frank Th. (Hrsg.), St. Gallen 2010.
- DUTTGE Gunnar      Der assistierte Suizid: Ein Dilemma nicht nur der Ärzteschaft, in: MedR (2014) 32, p. 621-625.
- EICKER Andreas / FISCH Stefanie      Zur prozeduralen Rechtfertigung von Suizidhilfe im Strafrecht, in: AJP/PJA 4/2015, p. 591-598.
- FISCHER Anne Christin      Strafflose Mitwirkung am Suizid oder strafbare Fremdtötung?, Hamburg 2011.
- GAVELA Kallia      Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, Berlin Heidelberg 2013.
- GETH Christopher      Vorbemerkungen zu Art. 111 StGB, in: TRECHSEL / PIETH (Hrsg.) Schweizerisches StGB Praxiskommentar, 2. Auflage, Zürich/St.Gallen 2013 (zit. Autor, Art., Rz.).
- GMÜR Mario      Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, in: Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, Petermann Frank Th. (Hrsg.), St. Gallen 2010.

- 
- HOTTELIER Michel L'aide au suicide face aux droits de l'homme, in: Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, Petermann Frank Th. (Hrsg.), St. Gallen 2010.
- KIPKE Roland Das „gute Leben“ in der Bioethik, in: Ethik Med (2013) 25, p. 115-128.
- KOLB Christoph Peter Neue Entwicklungen bei der Sterbehilfe, Diss. Universität Tübingen 2013.
- KUHN Caroline Beihilfe zum Suizid, Durchgeführt von Sterbehilfeorganisationen (Exit, Dignitas, Suizidhilfe) im Kanton Luzern (2000 bis 2005) Standortbestimmung aus Sicht der Strafverfolgungsbehörde, Masterarbeit MAS Forensics I, Luzern 2007.
- KUNZ Karl-Ludwig Sterbe- und Suizidhilfe, in: <[www.krim.unibe.ch/unibe/rechtswissenschaft/isk/content/e2464/e1477/files2478/Kunz\\_Sterbe\\_und\\_Suizidhilfe\\_ger.pdf](http://www.krim.unibe.ch/unibe/rechtswissenschaft/isk/content/e2464/e1477/files2478/Kunz_Sterbe_und_Suizidhilfe_ger.pdf)>, letztmals besucht am 28.07.2015.
- LAUX Johannes / RÖBEL Andreas / PARZELLER Markus Rechtsfragen zur ärztlichen Sterbehilfe Teil II – Hilfe im Sterben, direkte aktive und indirekte aktive Sterbehilfe, in: Archiv für Kriminologie 2013, 231, p. 1-37.
- LAUX Johannes / RÖBEL Andreas / PARZELLER Markus Rechtsfragen zur ärztlichen Sterbehilfe Teil III – Passive Sterbehilfe, internationaler Rechtsvergleich, Fazit für die ärztliche Praxis, in: Archiv für Kriminologie 2013, 231, p. 73-115.
- MATHWIG Frank Leben dürfen - Sterben können, Zur aktuellen Diskussion um die Suizidhilfe, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Bern 2010.
- NEUMANN Franziska Die Mitwirkung am Suizid als Straftat?, Diss. Universität Potsdam 2014.

- SCHUBARTH Martin                      Assistierter Suizid - Aussergewöhnlicher Todesfall?, in: Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, Petermann Frank Th. (Hrsg.), St. Gallen 2010.
- SCHWARZENEGGER Christian            Vor Art. 111 und Art. 115 StGB, in: NIGGLI / WIPRÄCHTIGER (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht II, 3. Auflage, Basel 2013 (zit. Autor, Art., Rz.).
- SCHWARZENEGGER Christian /  
MANZONI Patrik / STUDER David /  
LEANZA Catia                      Attitudes towards Euthanasia and Assisted Suicide in Switzerland, Results of a National Study, in: Kriminologie, Kriminalpolitik und Strafrecht aus internationaler Perspektive, Festschrift für Martin Killias zum 65. Geburtstag, Bern 2013.
- TRECHSEL Stefan / GETH Christopher    Art. 115 StGB, in: TRECHSEL / PIETH (Hrsg.) Schweizerisches Strafgesetzbuch Praxiskommentar, 2. Auflage, Zürich/St.Gallen 2013 (zit. Autor, Art., Rz.).
- VENETZ Petra                              Feststellung der Urteilsfähigkeit als gesetzliche Vorgabe - Juristische Aspekte, in: Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung, Petermann Frank Th. (Hrsg.), St. Gallen 2010.

### **III. BERICHTE UND RICHTLINIEN**

- Bericht-BR-2011 Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bericht des Bundesrates, Bern, Juni 2011.
- Bericht-EJPD-2006 Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?, Bern, April 2006.
- Bericht-EJPD-2007 Ergänzungsbericht zum Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“, Bern, Juli 2007.
- NEK-Bericht-2006 Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe, Hrsg. von der Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Bern, 2006.
- SterbeRL-2014 Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, Medizinisch-ethische Richtlinien vom 25. November 2004; Hrsg. von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, 6. Auflage, Basel, April 2014.

#### IV. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
AgT	aussergewöhnlicher Todesfall
Art.	Artikel
BetmG	Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe, Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)
BetmV-Swissmedic	Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe vom 12. Dezember 1996, Betäubungsmittelverordnung Swissmedic (SR 812.121.2)
BGE	Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BGHSt	(dt.) Bundesgerichtshof in Strafsachen
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 29. Mai 1874 (SR 101)
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
Diss.	Dissertation
dt.	deutsches/er
E.	Erwägung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EMRK	Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (SR 0.101)
f./ff.	und folgende (Seite/Seiten)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
Fn.	Fussnote
HMG	Bundesgesetz über die Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21)
Hrsg.	Herausgeber
h.L.	herrschende Lehre
h.M.	herrschende Meinung
i.e.S.	im engeren Sinn

---

inkl.	inklusive
IRM	Institut für Rechtsmedizin
i.V.m.	in Verbindung mit
i.w.S.	im weiteren Sinn
lit.	litera
NaP	Natrium-Pentobarbital
NEK	Nationale Ethikkommission
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
Österr.	österreichische(s)
p.	Pagina (Seite)
resp.	respektive
Rz.	Randziffer
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
sog.	sogenannt
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007, Strafprozessordnung (SR 312.0)
u.a.	unter anderem
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
z.T.	zum Teil
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert



## V. KURZFASSUNG

In der Schweiz ist Sterbehilfe ein oft und heiss diskutiertes Thema. Bereits seit einigen Jahren stehen die Sterbehilfe und entsprechende Organisationen immer wieder im Fokus von Berichterstattungen, was zur Folge hatte, dass auch auf politischer Ebene Diskussionen geführt wurden.

Ein Sterbehilfe-Suizid wird in der Praxis der Strafverfolgungsbehörden als aussergewöhnlicher Todesfall (agT) behandelt. Aus diesem Grund ist man als Staatsanwalt oder Staatsanwältin in der täglichen Arbeit immer mal wieder mit einem solchen agT konfrontiert.

Die vorliegende Arbeit zeigt, nebst der aktuellen Lage in weiteren europäischen Ländern und den USA, auf, dass zurzeit in der Schweiz Beihilfe zum Suizid, solange dies nicht aktiv begangen wird, straflos ist. Einzige Voraussetzung: es dürfen keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen. Gestützt auf einen Bundesgerichtsentscheid ist es Ärzten erlaubt, das tödliche Medikament Natrium-Pentobarbital (NaP) in der notwendigen Dosierung zu verschreiben, sodass sterbewillige Personen mit Hilfe von Sterbehilfeorganisationen und NaP aus dem Leben scheiden können. Diese liberale Rechtslage führt dazu, dass immer wieder auch Personen aus dem Ausland in die Schweiz reisen, um hier mit einer der ansässigen Sterbehilfeorganisationen Suizid zu begehen.

In der Vergangenheit gab es mehrere politische Vorstösse, die forderten, an der Situation und rechtlichen Regelung etwas zu ändern. Status quo ist jedoch, dass es in nächster Zukunft keine Änderung von Art. 115 StGB geben wird, da der Bund seinen Fokus mehr auf die Bereiche Suizidprävention und Palliative Care richten will und eine Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende anstrebt.

Doch auch die moralisch-ethischen Aspekte sollten bei der ganzen Thematik nicht ausser Acht gelassen werden. Durch die Notwendigkeit, dass für den begleiteten Suizid ein Rezept für NaP durch einen Arzt ausgestellt werden muss, wird dieser gezwungenermassen in den ganzen Prozess mit einbezogen und damit mit einer Aufgabe konfrontiert, die mit seinem ursprünglichen Heilungsauftrag nichts zu tun hat. So ergeben sich in diesem Bereich Herausforderungen an Ärzte, die letztlich jeder einzelne mit seinem Gewissen vereinbaren muss.

## **“Geboren werden hat seine Zeit, und Sterben hat seine Zeit.“**

(Die Bibel, Prediger Kapitel 3, Vers 2)

### **1. Einleitung**

„Sterbehilfe gehört nun zum Happy End“, so titelt die NZZ am Sonntag, 8. März 2015. Es scheint, als sei der (assistierte) Suizid gesellschaftsfähig geworden. In verschiedenen Filmen der jüngeren Vergangenheit, so z.B. „Still Alice“, „Usfahrt Oerlike“ oder „Morgen Mittag bin ich tot“, war Suizid, resp. Sterbehilfe, das Thema. Auch in der allgemeinen Berichterstattung von Zeitungen, Nachrichtensendungen und Boulevard-Magazinen wurde in den vergangenen Monaten oft und ausführlich über Sterbehilfe und Sterbehilfeorganisationen berichtet. So zum Beispiel über den Freitod von Ständerat This Jenny mit der Sterbehilfeorganisation Exit.<sup>1</sup> Oder die Geschichte der jungen Amerikanerin Brittany Maynard, die nach ihrer Diagnose Gehirntumor, welcher binnen sechs Monaten zum Tod führen sollte, extra mit ihrer Familie in einen der fünf Bundesstaaten in den USA gezogen war, in dem die Sterbehilfe erlaubt ist und sich dort im Kreise der Familie das Leben nahm.

Die Akzeptanz von Sterbehilfe stieg in den letzten Jahren in der Gesellschaft kontinuierlich – und doch sind viele Fragen offen und der Stoff bietet Anlass zu rechts-politischen, aber auch sehr persönlichen Diskussionen.

Gerade weil so viel darüber diskutiert wird, ist es nicht einfach, einen klaren, persönlichen Standpunkt zum Thema „Sterbehilfe – assistierter Suizid“ zu finden. Im Berufsalltag als Staatsanwältin bin ich zuweilen mehr als nur durch das Lesen von Schlagzeilen mit dem Thema konfrontiert. Gespräche mit Rechtspraktikanten<sup>2</sup> und Kollegen der Staatsanwaltschaft (oft nicht mehr fallbezogen und sachlich, sondern eher hitzig und emotional) stehen im Kontrast zu Diskussionen im privaten Umfeld und zum christlichen Gedankengut, mit dem ich aufgewachsen bin.

---

<sup>1</sup> Vgl. z.B. NZZ Online vom 15.11.2014 (<[www.nzz.ch/schweiz/ehemaliger-svp-staenderat-this-jenny-ist-tot-1.18425684](http://www.nzz.ch/schweiz/ehemaliger-svp-staenderat-this-jenny-ist-tot-1.18425684)>, letztmals besucht am 27.07.2015).

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text die männliche Form verwendet; die weibliche Form ist jeweils mitgemeint.

Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, wie die rechtliche Situation in der Schweiz zurzeit ist und wie sich diese im grenznahen Ausland darstellt. Sie soll die Beihilfe zum Suizid von strafbaren Handlungen abgrenzen, einen Überblick über die politischen Diskussionen geben und darstellen, wie allfällige Gesetzesänderungen aussehen könnten. Zudem soll auch der moralisch-ethische Aspekt des Themas aufgegriffen und letztlich mit einer Checkliste für den Sterbehilfe-agT dem Staatsanwalt ein Instrument in die Hand gegeben werden, mit dem er im konkreten Fall die Situation vor Ort prüfen kann.

Es wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, das Wort Selbstmord, Selbsttötung oder Freitod, sofern nicht so im Gesetzestext geschrieben, zu benutzen, weil diese Begriffe teilweise negativ belastet sind. Vielmehr wird der Ausdruck Suizid genutzt, da dieser eine neutrale Konnotation aufweist.

## **2. Rechtliche Situation**

Die Sterbehilfe und deren rechtliche Beurteilung werden nicht nur in der Schweiz sehr kontrovers diskutiert, sondern auch in anderen europäischen Staaten und in den USA. In diesem Kapitel soll deshalb aufgezeigt werden, wie die aktuelle rechtliche Situation in der Schweiz in Bezug auf Sterbehilfe, und insbesondere auch Sterbehilfeorganisationen, aussieht. Daneben soll die aktuelle Lage im grenznahen Ausland mit einem besonderen Augenmerk auf Deutschland ausgeleuchtet und letztlich in einem kurzen Exkurs ein Blick nach Amerika geworfen werden.

Auch wenn es in den medizin-ethischen und rechtlichen Diskussionen verschiedene Definitionen gibt, müsste begrifflich zwischen Sterbehilfe und Suizidhilfe unterschieden werden. Sterbehilfe meint Hilfe *beim* Sterben. Diese richtet sich an sterbende Patienten, die sich bereits in der letzten Lebensphase befinden. Hier geht es grob umrissen darum, jemanden im Sterben zu begleiten. Suizidhilfe richtet sich an sterbewillige Menschen. Diese befinden sich nicht notwendigerweise in der Sterbephase. Somit ist Suizidhilfe Hilfe *zum* Sterben.<sup>3</sup> Von assistiertem Suizid wird gesprochen, wenn die sterbewillige Person bei ihrem Vorhaben von einer oder mehreren Personen materiell oder psychologisch unterstützt wird.<sup>4</sup> In der

---

<sup>3</sup> MATHWIG, p. 1 f.

<sup>4</sup> Bericht-BR-2011, p. 12.

vorliegenden Arbeit ist mit Sterbehilfe auch die Suizidhilfe und umgekehrt mitgemeint und auch der assistierte Suizid wird darunter subsumiert.

## **2.1. In der Schweiz**

Mit der Schaffung von Art. 115 StGB hat der schweizerische Gesetzgeber eine Grundlage geschaffen, nach der die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen strafbar ist. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, wird auf Art. 115 StGB detailliert im Kapitel 3.4. eingegangen. Im vorliegenden Kapitel soll aufgezeigt werden, wie die grundsätzliche Haltung und Rechtslage in der Schweiz zum Recht auf Suizid und zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe ist.

Bis vor kurzem konzentrierte sich die Diskussion um die Sterbehilfe auf Art. 115 StGB. Es mag korrekt sein, dass diese Bestimmung für die Sterbehilfeorganisationen die massgebende Grundlage bildet – es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch internationale Übereinkommen und die Bundesverfassung beigezogen werden müssen und diese normen-hierarchisch über dem Gesetz stehen. Diese Erlasse sind ebenfalls von Bedeutung und müssen berücksichtigt werden, wenn es darum geht, festzulegen, in welchem Umfang der Staat eine Rolle einnehmen soll, wenn es um Menschen an deren Lebensende oder suizidwillige Personen geht.<sup>5</sup>

In erster Linie hat der Staat die Aufgabe, das menschliche Leben vor Angriffen Dritter zu schützen. Art. 2 EMRK ist dazu die Grundlage. Den Staatsorganen ist damit nicht nur verboten, den Tod eines Menschen herbeizuführen, sondern es beinhaltet auch die positive Verpflichtung des Staates, rechtliche und administrative Massnahmen zu treffen, die Eingriffe in das Recht auf Leben verhindern, abwenden und gegebenenfalls bestrafen. Zudem darf der Staat keine Handlung zulassen, die den Tod eines Menschen bezweckt.

In der Lehre wird aber gleichzeitig ausgeführt, dass jeder Mensch das Recht habe, sein Leben zu beenden. Dieses Recht wird aus der persönlichen Freiheit, die in Art. 8 Abs. 1 EMRK und Art. 13 Abs. 1 BV statuiert ist, abgeleitet.<sup>6</sup> Es ist jedoch zu unterscheiden zwischen dem Recht, sich

---

<sup>5</sup> Bericht-BR-2011, p. 19.

<sup>6</sup> HOTTELIER, p. 96.

das Leben zu nehmen, oder aber der Suizidhilfe, d.h. der Handlung bei der ein Dritter bei der Ausführung eines Suizids mitwirkt.<sup>7</sup>

Ein Spannungsfeld besteht somit zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des (urteilsfähigen) Menschen, sich das eigene Leben nehmen zu dürfen, resp. über dessen Beendigung selbstbestimmt zu urteilen und danach zu handeln einerseits und dem nicht bestehenden grundrechtlichen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid andererseits.<sup>8</sup>

Grundsätzlich ist der liberale Grundgedanke, der in der Schweiz in Bezug auf die straflose Sterbehilfe herrscht, nicht in Frage zu stellen. Für die strafrechtliche Beurteilung der Sterbehilfe ist massgebend, ob der Sterbewillige im Zeitpunkt, in der er die Sterbehilfe in Anspruch nimmt, urteilsfähig war, die Tatherrschaft über den todbringenden Akt inne hatte und seitens des Suizidhelfers, resp. der Sterbehilfeorganisation, keine selbstsüchtigen Beweggründe auszumachen sind, ansonsten sich der Sterbebegleiter eines Tötungsdelikts nach Art. 111 ff. StGB strafbar macht.<sup>9</sup>

Zum ersten Punkt: Hauptschwierigkeit bleibt nach wie vor die Feststellung und genügende Dokumentation der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person. Nur wer urteilsfähig ist, kann sich eigenverantwortlich für die Beendigung seines Lebens entscheiden. Die Urteilsfähigkeit ergibt sich aus Art. 16 ZGB. Vom Gesetz wird die Urteilsfähigkeit negativ und etwas verkürzt umschrieben. So ist urteilsfähig, wem nicht wegen seines Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Die Urteilsfähigkeit ist demnach die Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln. Daraus ergibt sich, dass urteilsfähig ist, wer auf der einen Seite die Fähigkeit hat, den Sinn und Nutzen sowie die Wirkung eines bestimmten Verhaltens einzusehen und abwägen zu können. Auf der anderen Seite muss aber auch ein Willensmoment vorhanden sein, nämlich die Fähigkeit, gemäss dieser Einsicht und nach freiem Willen handeln zu können.<sup>10</sup>

Der Zustand einer Person in Bezug auf die Urteilsfähigkeit, resp. die Urteilsunfähigkeit ist nicht von Bestand. Es muss immer für den jeweils interessierenden Zeitpunkt festgestellt werden, ob

---

<sup>7</sup> HOTTELIER, p. 98 f., Bericht-BR-2011, p. 19.

<sup>8</sup> BRUNNER, p. 225.

<sup>9</sup> BRUNNER, p. 225 f., EICKER / FISCH, p. 591 und unten Kapitel 3.

<sup>10</sup> BIGGLER-EGGENBERGER / FANKHAUSER, Art. 16, Rz. 2 f. und 6, VENETZ, p. 48 f.

in Bezug auf eine bestimmte Tätigkeit die Fähigkeit vorhanden war, vernunftgemäss zu handeln.<sup>11</sup>

Solange also an der Urteilsfähigkeit eines Sterbewilligen Zweifel bestehen, darf keine Sterbehilfe geleistet werden, resp. kann eine solche nicht straffrei erfolgen. Es gibt in der Schweiz keine Vorschriften darüber, wie die Urteilsfähigkeit in Bezug auf den Sterbewunsch dokumentiert werden muss. Gerade bei aus dem Ausland angereisten Patienten, die in der Schweiz mit Unterstützung von Sterbehilfeorganisationen Suizid begehen wollen<sup>12</sup>, ist diese Feststellung höchst problematisch. Oft liegen nur rudimentäre und z.T. noch in einer anderen Sprache verfasste ärztliche Zeugnisse vor, die in einem Satz festhalten, dass der Patient urteilsfähig sei. Ein solches Arztzeugnis reicht selbstverständlich zur Bestätigung der Urteilsfähigkeit nicht aus; insbesondere auch, wenn man bedenkt, dass eine Abklärung nach dem Tod nicht mehr oder nur sehr schwer nachgeholt werden kann.<sup>13</sup> Wer letztlich diese Abklärung zur Urteilsfähigkeit durchführt, ist nicht geregelt und an sich auch nicht relevant – es darf aber immerhin in Frage gestellt werden, ob es sinnvoll ist, wenn dies durch Mitarbeiter oder Konsiliarärzte der ebenfalls involvierten Sterbehilfsorganisation geschieht. Deren Tätigkeit ist ja genau auf die Suizidbegleitung ausgerichtet und eine gewisse Interessenkollision wohl kaum von der Hand zu weisen.<sup>14</sup>

Die Erkrankung muss in einer terminalen Phase sein, so dass Sterbehilfe in Anspruch genommen werden kann. Weiter müssen alternative Möglichkeiten, wie z.B. Palliativmedizin, alternative ärztliche Behandlung, Sozialhilfe und Therapien mit dem Patienten besprochen und verworfen worden sein. Letztlich muss der Suizidwunsch frei von äusserem Druck entstanden und wohlerrwogen sein. Dieser Suizidwunsch muss von einer Drittperson überprüft werden.<sup>15</sup> Auch wenn es sich bei diesen Empfehlungen nicht um eine gesetzliche Grundlage als solche handelt, halten sich die beiden grössten in der Schweiz ansässigen Sterbehilfeorganisationen,

---

<sup>11</sup> BIGGLER-EGGENBERGER / FANKHAUSER, Art. 16, Rz. 5a e contrario und 34, VENETZ, p. 54 f.

<sup>12</sup> Unangebracht, aber viel genutzt, ist in diesem Zusammenhang der Begriff des Sterbetourismus.

<sup>13</sup> BRUNNER, p. 227.

<sup>14</sup> BRUNNER p. 230.

<sup>15</sup> GMÜR, p. 31 und SterbeRL-2004, p. 9.

Exit Deutsche Schweiz und Dignitas, an diese Vorgaben und haben diese auch in die eigenen Bedingungen übernommen.<sup>16</sup>

Aktuell gibt es keine klar definierten Richtlinien, die besagen, in welcher Form, resp. mit welchem Mittel eine Sterbehilfeorganisation Sterbehilfe zu leisten hat oder darf. In der organisierten Sterbehilfe wird hauptsächlich – auch wenn zuweilen mit anderen Mitteln und Methoden experimentiert wurde<sup>17</sup> – das rezeptpflichtige Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NaP) eingesetzt. Beim NaP handelt es sich um einen abhängigkeiterzeugenden psychotropen Stoff des Wirkungstyps der Barbiturate. Dies ist einerseits zu begrüßen, weil es als das am besten erforschte Mittel im Zusammenhang mit der Sterbehilfe gilt, welches einen sanften, sicheren und schmerzlosen Suizid ermöglicht, andererseits aber auch, weil dieses der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung<sup>18</sup> untersteht und so Zwecks Rezeptabgabe die ärztliche Mitwirkung voraussetzt.<sup>19</sup>

Ein Sterbewilliger muss beim Suizid immer selber die Tatherrschaft innehaben. Er muss den letzten entscheidenden Akt selber ausführen. Um festzustellen, ob der Sterbewillige die Tatherrschaft über die todbringende Handlung innehatte, wird nach den allgemeinen Regeln vorgegangen. In der Regel trinkt der Sterbewillige bei einem Suizid mit Sterbehilfe das tödliche Medikament aus dem Glas selber, was unproblematisch ist. Schwieriger wird es, wenn die todbringende Substanz mittels Infusion oder Magensonde verabreicht wird, wie dies bei schwerstgelähmten Personen der Fall sein kann. Auch hier muss der Sterbewillige die Infusion oder Magensonde mittels Regler selber öffnen und so den entscheidenden Akt tatherrschaftlich selber ausführen können. Wird die tödliche Substanz eingeflösst und erfolgt kein Schluckvorgang oder ist der Regler bei der Infusion, resp. der Magensonde bereits geöffnet und kann die Substanz ungehindert und ohne weiteres Zutun des Sterbewilligen auf direktem Weg in

---

<sup>16</sup> Z.B. <[www.exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/](http://www.exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/)> und <[http://dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de](http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de)>, beide letztmals besucht am 31.07.2015.

<sup>17</sup> Z.B. mit Helium.

<sup>18</sup> Art. 24 Abs. 1 lit. a HMG; Art. 10 i.V.m. Art. 9 Abs. 1 BetmG.

<sup>19</sup> BRUNNER, p. 232, vgl. zur rechtlichen Problematik im Zusammenhang mit NaP und BetmG insbesondere auch Kapitel 3.5. unten.

dessen Körper gelangen, liegt die Tatherrschaft beim Sterbebegleiter, der sich entsprechend strafbar macht.<sup>20</sup>

Es bietet sich in besonders heiklen Fällen, namentlich bei schwerstbehinderten Sterbewilligen, an, den Sterbevorgang filmisch, inkl. Ton, zu dokumentieren, um nötigenfalls den Nachweis erbringen zu können, dass der letzte entscheidende Akt auch tatsächlich vom Sterbewilligen und nicht von einer Drittperson ausgeführt wurde.<sup>21</sup>

## **2.2. Im grenznahen Ausland; insbesondere Deutschland**

### **2.2.1. Grenznahe Ausland (Europa)**

#### **A. Niederlande**

Vorreiterin im Bereich der Sterbehilfe waren ab den 70er Jahren die Niederlande. Gewisse Kriterien haben sich dort mit Gerichtsentscheidungen (case law) etabliert, unter welchen Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe straffrei bleiben. Straffreiheit ist jedoch ausdrücklich Ärzten vorbehalten; ein Handeln von nichtärztlichen Sterbehelfern, wie dies in der Schweiz mit den Sterbehilfeorganisationen der Fall ist, ist in den Niederlanden illegal.<sup>22</sup>

Als erstes Land haben die Niederlande, nach langjähriger vorausgehender Diskussion zwischen Medizinern, Juristen, Ethikern, Politikern und der gesellschaftlichen Öffentlichkeit eine gesetzliche Grundlage geschaffen, wonach unter bestimmten Voraussetzungen die Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe<sup>23</sup> als zulässig erklärt wurde. Mit einem Beschluss des niederländischen Parlaments im April 2002 wurde die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid per Gesetz<sup>24</sup> für legal erklärt und das Land beschritt damit weitgehend juristisches Neuland.<sup>25</sup> Sofern sechs Bedingungen eingehalten werden, darf ein Arzt Suizidhilfe leisten und aktive Sterbehilfe somit vornehmen. Voraussetzung ist 1., dass der Patient (auch ein minderjähriger!) seinen Wunsch nach reiflicher Überlegung frei und dauerhaft geäußert hat, 2., dass seine

---

<sup>20</sup> BRUNNER, p. 240, SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz. 11.

<sup>21</sup> BRUNNER, p. 246.

<sup>22</sup> BOSSHARD / HURST, p. 2.

<sup>23</sup> Zu den Begriffen siehe unten Kapitel 3.

<sup>24</sup> “Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding”; “Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung”.

<sup>25</sup> GAVELA, p. 107, LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 93.



Leiden unerträglich und ohne Aussichten auf Besserung sind, 3., dass der Patient über seinen Zustand und seine Aussichten gründlich aufgeklärt wurde, 4., dass keine andere Lösung in Betracht kommt, 5., dass ein zweiter Arzt beigezogen wurde und 6., dass die Lebensbeendigung mit aller gebotenen ärztlichen Gewissenhaftigkeit durchgeführt wurde. Jeder einzelne so durchgeführte Fall von Sterbehilfe wird im Anschluss durch einen Ausschuss geprüft. Der Ausschuss setzt sich aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker zusammen. Wird durch den Ausschuss befunden, dass sämtliche Voraussetzungen eingehalten wurden, bleibt der Arzt straffrei; falls nicht, wird das Dossier der Staatsanwaltschaft übergeben.<sup>26</sup> Das niederländische Strafbuch wurde entsprechend angepasst.

#### B. Belgien

Nur wenig nach den Niederlanden hat sich Belgien im Jahr 2002 als zweites europäisches Land dazu entschieden, das Verbot der aktiven Sterbehilfe aufzuheben. Es hat dazu das Gesetz „Loi relative à l’Euthanasie“ geschaffen und dadurch die direkte aktive Sterbehilfe und den ärztlich assistierten Suizid legalisiert. Grundsätzlich sind die Voraussetzungen diejenigen der Niederlande sehr ähnlich. Der markanteste Unterschied ist, dass das Gesetz nur auf Erwachsene und Minderjährige von mindestens 15 Jahren anwendbar ist. Der Sterbewunsch muss im Beisein von zwei Zeugen geäußert werden und dies darf im Zeitpunkt der tatsächlichen Sterbehilfeleistung nicht länger als fünf Jahre zurückliegen. Sechzehn Mitglieder stark ist der hier für die Überprüfung zuständige Kontrollausschuss.<sup>27</sup> Es muss nachgewiesen werden, dass sich der Patient in einem medizinisch belegten Zustand physisch oder psychischen unerträglichen Leids befindet und eine langwierige Krankengeschichte aufweist.<sup>28</sup>

#### C. Luxemburg

Einige Zeit später, im 2009, hat auch Luxemburg ein Gesetz verabschiedet, das sich in der Ausgestaltung der Suizidhilfe und aktiven Sterbehilfe stark an der niederländischen und belgischen Gesetzgebung orientiert. Auch hier gingen lange Diskussionen und Auseinandersetzungen mit der Problematik der Sterbehilfe in Politik und Gesellschaft der Gesetzesänderung voran. Schlussendlich wurde das Gesetz „Loi sur l’euthanasie et l’assistance

---

<sup>26</sup> Bericht-BR-2011, p. 28.

<sup>27</sup> Bericht-BR-2011, p. 28, LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 94.

<sup>28</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 94.

au suicide“ geschaffen, womit die ärztlich vollzogene direkte aktive Sterbehilfe bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen legal wurde. Rechtmässig ist eine Tötung oder Suizidhilfe hier, wenn ein in Folge eines Unfalls oder einer Krankheit unheilbar und unerträglich leidender Patient, der volljährig ist, freiwillig und reflektiert, wiederholt und schriftlich seinen Sterbewillen ausgedrückt hat. Zwei unabhängige Ärzte müssen dies überprüfen. Wenn ein mündiger und urteilsfähiger Patient in einer Patientenverfügung festgehalten hat, was im Falle zu geschehen hat, wenn in einem späteren Zeitpunkt eine Willensäußerung nicht mehr möglich ist, darf ein Arzt auch direkte aktive Sterbehilfe leisten, wenn der Patient später an den schweren und unheilbaren Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit leidet und diese Folgen irreversibel sind. Hier besteht der Kontrollausschuss, der das ärztliche Vorgehen zu prüfen hat, aus neun Mitgliedern.<sup>29</sup>

#### D. Frankreich

Anders sieht es in Frankreich aus. In Frankreich unterliegt die Sterbehilfe dem Strafgesetzbuch. Dabei bleibt es unbeachtlich, ob eine allfällige Einwilligung vorliegt – der Tatbestand des Totschlags oder des Mordes ist unabhängig davon erfüllt. Somit ist die direkte aktive Sterbehilfe grundsätzlich strafbar.<sup>30</sup> Obschon aufgrund eines Falls einer Frau<sup>31</sup>, die die französische Justiz ersucht hatte, in Würde sterben zu dürfen, weil sie aufgrund einer äusserst seltenen Tumorerkrankung unerträgliche Schmerzen litt und den Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtssinn verloren hatte, die Diskussion zum Thema neu entbrannt war, wurde durch die Parlamentsmission nach der Veröffentlichung eines Berichts die Anerkennung eines Rechts auf Sterben und die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe abgelehnt. Auch wenn in der Folge im 2011 der zuständige Senatsausschuss einen Gesetzesentwurf zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verabschiedet hat, wurde diese Gesetzesvorlage durch den Senat abgelehnt.<sup>32</sup> Immerhin wurde im April 2005 ein Gesetz<sup>33</sup> verabschiedet, das eine gesetzliche Regelung der

---

<sup>29</sup> Bericht-BR-2011, p. 29, LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 95.

<sup>30</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 95.

<sup>31</sup> Es handelt sich um den Fall von Chantal Sébire, die sich zwei Tage nach dem abschlägigen Urteil unter Zuhilfenahme von starken Barbituraten vermutlich selber das Leben nahm. Eine durch die Staatsanwaltschaft eingeleitete Untersuchung musste eingestellt werden, weil sich nicht ermitteln liess, wer Chantal Sébire die Medikamente gegeben hatte.

<sup>32</sup> Bericht-BR-2011, p. 29.

<sup>33</sup> LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie.

---

passiven Sterbehilfe, einschliesslich Patientenverfügung, regelt.

#### E. Österreich

Österreich hat in seinem StGB in § 78 festgelegt, dass das Hilfeleisten und Verleiten zum Suizid vollständig verboten ist. Eine Einschränkung des Verbots gibt es nicht, es gilt absolut. Das Verleiten ist hierbei dem Hilfeleisten gleichgestellt. Aber ähnlich wie in der Schweiz, hat dieser Paragraph kaum praktische Bedeutung. Ungeachtet dessen gab es seit seiner Einführung kein Vorhaben, diesen zu ändern oder anzupassen. Aufgrund der aktuellen Einschätzung des österreichischen Gesetzgebers ist das Leben ein unverzichtbares Rechtsgut und entsprechend der Suizid sozialemisch verwerflich.<sup>34</sup> Ebenfalls strafbar ist die direkte aktive Sterbehilfe, vgl. dazu § 75 des österr. StGB, jedoch besteht in Bezug auf die Bestrafung, analog zur deutschen und schweizerischen Rechtsordnung, eine Privilegierung durch den Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 77 österr. StGB).<sup>35</sup> Jedoch wurde im Jahr 2006 durch den Nationalrat eine gesetzliche Neuregelung verabschiedet, die das Gebiet der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung regelt. Es gelten jedoch strenge Voraussetzungen, damit eine Patientenverfügung überhaupt Bindungswirkung entfalten kann. Wenn dann jedoch eine Verfügung unter Einhaltung der geforderten Voraussetzungen (Aufklärung des Patienten durch einen Arzt; konkrete medizinische Behandlung, die abgelehnt wird, muss erfasst sein; eine juristische Aufklärung muss erfolgt sein) errichtet wurde, bindet diese den Arzt während der Dauer von fünf Jahren. Passive Sterbehilfe kann somit grundsätzlich straffrei erfolgen – entweder über eine aktuelle Willensäußerung eines Patienten oder bei Vorliegen einer wirksamen Patientenverfügung.<sup>36</sup>

#### 2.2.2. Deutschland

Genau gleich wie in der Schweiz ist in Deutschland der Suizid als solches nicht strafbar. Dies ergibt sich daraus, dass die eigenhändige Lebensbeendigung gesetzlich weder erlaubt noch verboten ist – entsprechend wird der Suizid von der deutschen h.M. als unverboden, bzw. tatbestandsloses Handeln qualifiziert. Aus der Tatbestandslosigkeit des Suizids folgt als logische Konsequenz, dass auch hier die Gehilfenschaft oder die Anstiftung zu einer solchen Tat oder

---

<sup>34</sup> NEUMANN, p. 156 ff.

<sup>35</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 96.

<sup>36</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 97.

eines Versuchs dazu nicht unter Strafe stehen, weil die Teilnahme, wie in der Schweiz, eine vorsätzliche und rechtswidrig begangene Haupttat voraussetzt.

Es findet sich im deutschen Strafgesetzbuch zwar keine Bestimmung, die die Verleitung oder Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellen würde. Der deutsche Gesetzgeber hat bei verschiedenen Gesetzesrevisionen explizit darauf verzichtet, einen Suizidbeihilfetatbestand zu schaffen, weshalb nach wie vor kein solcher im dt. StGB zu finden ist.<sup>37</sup>

Die Suizidbeihilfe bleibt also straflos, sofern der Sterbewillige eigenverantwortlich, resp. freiverantwortlich handelt. In Bezug auf die Freiverantwortlichkeit wird auf die Einsichtsfähigkeit des Suizidenten abgestellt, die Tragweite seines Entschlusses und die Unwiderruflichkeit des bevorstehenden Schrittes einzusehen, sein Urteils- und Hemmungsvermögen sowie die Mängelfreiheit des Suizidwillens.<sup>38</sup>

Die Tatherrschaft im todbringenden Moment muss beim freiverantwortlich handelnden Sterbewilligen liegen, der diesen letzten Akt selber vornimmt. Hält der Sterbewillige in diesem kritischen Moment, der letztlich kein Zurück mehr erlaubt, dem „point of no return“, die Entscheidung über sein Leben in den eigenen Händen, begeht er einen Suizid. Hingegen liegt eine Tötung auf Verlangen vor, wenn der Suizident beim Vollzug des finalen Vollzugsaktes auf einen anderen vertraut, der ihm dann schlussendlich das Leben nimmt. Genau darin liegt auch die Wertdifferenz. Nur in der höchstpersönlichen Begehung des Suizids ist der suizidale Akt gegen eine mögliche Fremdbestimmung genügend abgesichert.<sup>39</sup>

All dies ändert nichts daran, dass jede einverständliche Tötung, auch bei einem absolut nachvollziehbaren Motiv des Verlangenden, als tatbestandsmässig im Sinne einer Tötung auf Verlangen gemäss § 216 dt. StGB anzusehen ist und mit einer erheblichen Freiheitsstrafe sanktioniert wird.<sup>40</sup> Somit ist die direkte aktive Sterbehilfe in Deutschland bislang verboten. Es wurde im 2006 ein Reformvorschlag vorgelegt, nachdem ein neuer § 217 dt. StGB (Sterbehilfe) geschaffen werden sollte und der zum Inhalt gehabt hätte, unter welchen Voraussetzungen eine ärztliche Sterbehilfe straflos bliebe. Es ist jedoch bis heute bei diesem Vorschlag geblieben und

---

<sup>37</sup> GAVELA, p. 14.

<sup>38</sup> GAVELA, p. 20.

<sup>39</sup> FISCHER, p. 31.

<sup>40</sup> FISCHER, p. 14 f., GAVELA, p. 16.

es deutet nichts darauf hin, dass in nächster Zeit ein solcher Paragraph in das dt. StGB aufgenommen würde.<sup>41</sup>

In Literatur und Rechtsprechung wird, wie bereits angetönt, bislang kontrovers diskutiert, in welchem Umfang ein Suizid von den ersten Vorbereitungshandlungen an bis zum Versterben des Suizidenten begleitet werden kann und, falls ja, in welcher Form und durch welche Personen.<sup>42</sup>

Gemäss geltender Rechtsprechung kann ein Teilnehmer an einem Suizid gestützt auf § 216 dt. StGB gleichwohl wegen Tötung durch Unterlassen verurteilt werden, wenn er eine Garantenstellung innehat, so z.B. der behandelnde Arzt. Weiter muss er (noch) anwesend sein, wenn der Suizident das Bewusstsein verliert, resp. bewusstlos ist. Die Tatherrschaft gehe bei Eintritt der Bewusstlosigkeit auf den Anwesenden über, der dann aufgrund seiner Garantenstellung entsprechend Hilfe leisten müsse.<sup>43</sup> In der deutschen Lehre wird diese Rechtsprechung, wie bereits erwähnt, heftig kritisiert, weil ja der Anwesende gerade den Willen des Sterbenden respektieren wolle und dieser die eigentliche Todesursache selber herbeigeführt habe. Weiter wird angeführt, dass der Tatbestand der Tötung auf Verlangen nicht durch Unterlassen erfüllt werden könne; § 216 dt. StGB enthalte ja gerade ein Verbot der aktiven Fremdtötung. Wenn die anwesende Person kein Arzt war und auch sonst keine Garantenstellung innehat, kommt laut Rechtsprechung eine Strafbarkeit nach § 323c dt. StGB in Betracht, in dem die unterlassene Hilfeleistung geregelt ist. Auch diese Auslegung stösst in der herrschenden Lehre auf harsche Kritik. Es sei mehr als fraglich, ob ein eigenverantwortlich ausgeführter Suizid überhaupt ein „Unglücksfall“ im Sinne dieser Bestimmung sein könne. Die Rechtsprechung hielt dem lange entgegen, dass ein Suizid häufig ein Hilferuf sei und entsprechend durchaus als Unglücksfall angesehen werden könne. In einem jüngeren Entscheid hat nun jedoch der Bundesgerichtshof das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gestärkt. Dies indem anerkannt wurde, dass die Einwilligung des Patienten sowohl den Verzicht auf

---

<sup>41</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 18.

<sup>42</sup> GAVELA, p. 1.

<sup>43</sup> BGHSt 32, 367, „Peterle“-Fall.

lebensverlängernde Massnahmen als auch den Abbruch einer Behandlung zu rechtfertigen vermöge.<sup>44</sup>

Wenn auch nicht ausdrücklich im deutschen Strafrecht geregelt, ist die passive Sterbehilfe grundsätzlich bei Patienten, bei denen der Sterbevorgang bereits eingesetzt hat und unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Schwerkranken gestattet, sofern dies dem Willen des Patienten, oder zumindest seinem vermuteten Willen, entspricht. Hierbei muss wiederum zwischen einem entscheidungsfähigen und einem entscheidungsunfähigen Patienten unterschieden werden. Möchte der entscheidungsfähige Patient nicht, dass eine medizinische Behandlung begonnen oder fortgeführt wird, muss der Arzt diesen Willen respektieren und entsprechend handeln, resp. nicht agieren. In Deutschland wurde per September 2009 ein Patientenverfügungsgesetz eingeführt, welches zur Ermittlung des mutmasslichen Willens eines Patienten Antworten bringt.<sup>45</sup>

Sowohl von der herrschenden Lehre als auch der Rechtsprechung wird die indirekte aktive Sterbehilfe bei Einwilligung des Patienten in die Therapie für grundsätzlich straflos gehalten. Wobei die Straflosigkeit nur gewährt werden kann, wenn die Verabreichung der schmerzlindernden und möglicherweise lebensverkürzenden Medikamente nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft geschieht.<sup>46</sup>

Zwar ist auch in Deutschland, wie bereits gesagt, die Beihilfe zum Suizid mangels fehlender Haupttat nicht strafbar – aber es wird Bedarf dafür gesehen, eine ausdrückliche Regelung der Sterbehilfe zu schaffen. Die verschiedenen Ärztekammern in den Bundesländern haben keine einheitliche Haltung in Bezug auf die ärztliche Beteiligung an einem Suizid. Einerseits wird empfohlen, diese zu unterlassen, andererseits wird eine solche schlichtweg verboten. Es gibt aber auch Bundesländer, in denen gar keine Empfehlung oder Regelung vorhanden ist. Daraus ergibt sich eine grosse Rechtsunsicherheit, sowohl bei Ärzten als auch bei Betroffenen. Für die Mediziner besteht in diesem Zusammenhang auch immer die Gefahr, ihre Zulassung zu

---

<sup>44</sup> Bericht-BR-2011, p. 27.

<sup>45</sup> NEUMANN, 35 ff., KOLB, p. 17 f. und 21.

<sup>46</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 19 und 22.

verlieren, denn nach der Musterberufsordnung der deutschen Bundesärztekammer dürfen Ärzte ausdrücklich keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.<sup>47</sup>

### **2.3. Exkurs: Amerika**

In Amerika werden im Bereich Sterbehilfe ebenfalls drei Bereiche abgegrenzt. Es sind dies die passive Sterbehilfe im Sinne eines Abbruchs oder die Unterlassung von lebenserhaltenden oder -verlängernden Massnahmen, die Tötung auf Verlangen und letztlich die Beihilfe zum Suizid.<sup>48</sup>

Der Begriff des Suizids wird auch in den USA als die beabsichtigte und gewollte Herbeiführung des eigenen Todes durch eine freiverantwortliche und mündige Person verstanden. In vielen Jurisdiktionen der verschiedenen Bundesstaaten wird der jeweils einschlägigen Suizidassistenz-Regelung eine Suiziddefinition vorangestellt, die klar zum Ausdruck bringt, dass der Suizid mit Vorsatz im Sinne einer wissentlichen und willentlichen Suizidbegehung begangen, resp. versucht worden sein muss.<sup>49</sup>

In keiner US-Jurisdiktion ist heutzutage ein Suizid oder ein Versuch desselben gesetzlich inkriminiert. Jedoch verbietet eine grosse Mehrheit der US-amerikanischen Gesetzgebung (gesamthaft 39 Staaten) eine Anstiftung und/oder die Beihilfe zum Suizid(versuch) durch eine statutarische Norm. Unterschiedlich ist hier besonders, in welchem Bereich des Strafgesetzes dies unter Strafe gestellt wird. Zum Teil ist sie explizit im Totschlag-Artikel enthalten (z.B. in Arkansas) oder aber die Suizidteilnahme wird in einer spezialgesetzlichen Regelung ausserhalb der Tötungsdelikte geregelt. So oder so wird das entsprechende Delikt fast überall als Verbrechen qualifiziert und ist als „Jedermanns-Delikt“ ausgestaltet.<sup>50</sup> Noch etwas weiter gehen gewisse Staaten, die bereits das Ermutigen zur Suizidbegehung (psychische Beihilfe), mithin das Bestärken eines bereits bestehenden Suizidwillens, ausdrücklich mit Strafe belegen.<sup>51</sup>

Ursprünglich nur richterlich festgehalten, zwischenzeitlich jedoch auch gesetzlich verankert, ist das Recht eines entscheidungsfähigen Erwachsenen, auf die medizinische (Weiter-)Behandlung zu verzichten, resp., eine solche abzulehnen. Um allfälligen Problemen im Zusammenhang mit

---

<sup>47</sup> EICKER / FISCH, p. 592.

<sup>48</sup> GAVELA, p. 149.

<sup>49</sup> GAVELA, p. 150 und 164.

<sup>50</sup> GAVELA, p. 160 ff.

<sup>51</sup> GAVELA, p. 162.

einer Selbstbestimmungsunfähigkeit eines Patienten entgegen zu wirken, räumen mittlerweile alle fünfzig Bundesstaaten den Patienten die Möglichkeit ein, Vorab-Bestimmungen über individuell gewünschte Behandlungsabgrenzungen zu treffen. Der Patient kann in einem sog. „Living Will“ bestimmen, unter welchen Bestimmungen er sich keine Behandlung mehr wünscht, sollte er einmal willensunfähig werden. Ebenfalls gibt es in vielen Bundesstaaten die Möglichkeit, eine Person zur Stellvertretung was Gesundheitsbelange anbelangt zu bestimmen.

Die Tötung auf Verlangen ist den normalen Tötungsdelikten zugeordnet und entsprechend wird die aktive Sterbehilfe mit hohen Strafen bedroht. Dies mit der Begründung, dass eine Tötung nicht weniger eine Tötung sei, nur weil sie auf Wunsch des Opfers geschehe.<sup>52</sup>

In einigen wenigen Bundesstaaten ist die ärztliche Unterstützung beim Suizid erlaubt. Als erster US-Bundesstaat hat Oregon mit Erlass des „Death with Dignity Act“ im Jahr 1997 die ärztliche Suizidhilfe für terminal erkrankte Patienten, bei denen eine Lebenserwartung von sechs Monaten oder weniger diagnostiziert wurde und die älter als achtzehn Jahre alt sind, geregelt. Die Voraussetzungen sind die folgenden: der Patient muss seinen Wohnsitz in Bundesstaat Oregon haben und sowohl einen schriftlichen als auch zwei mündliche Anträge innert fünfzehn Tagen zur Durchführung der Sterbehilfe stellen. Geistig muss der Patient in der Lage sein, die Tragweite seiner Entscheidung zu erfassen. Soweit diesbezüglich krankheitsbedingt Zweifel bestehen, hat eine Begutachtung explizit in Bezug auf die Urteilsfähigkeit zu erfolgen. Ausdrücklich verboten ist es, dass der Arzt direkte aktive Sterbehilfe leistet; er darf also das tödliche Medikament nicht verabreichen. Zulässig ist jedoch die Verschreibung einer letalen Dosis der entsprechenden Medikamente durch einen Arzt. In den gesamten Prozess mit einbezogen ist ein zweiter Arzt, der diese Entscheidungen mitträgt. Vorher muss der verschreibende Arzt den Patienten über mögliche Alternativen zum ärztlich assistierten Suizid aufklären; es sind dies Hospizbetreuung, Palliativpflege und adäquate Schmerztherapie.<sup>53</sup>

Nach Orgeon hat der Bundesstaat Washington ein Gesetz erlassen (2008), das dem „Oregon Death with Dignity Act“ nachempfunden ist. Im US-Staat Vermont wurde ebenfalls ein ähnliches Gesetz verabschiedet, dieses tritt vermutlich auf den 1. Juli 2016 in Kraft. In den

---

<sup>52</sup> GAVELA, p. 149.

<sup>53</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 98.



Bundesstaaten Montana und New Mexiko wurde der ärztlich assistierte Suizid per Gerichtssentscheid<sup>54</sup> faktisch legalisiert.<sup>55</sup>

Ähnlich wie in Bezug auf die Schweiz führt dies dazu, dass Patienten aus anderen Bundesstaaten in einen dieser Staaten umziehen, um so einen ärztlich assistierten Suizid in Anspruch nehmen zu können. Als bekanntes und aktuelles Beispiel von diesem Sterbetourismus mag hier noch einmal Brittany Maynard genannt sein, welche nach der Diagnose Hirntumor mit ihrer Familie in den Bundesstaat Oregon gezogen war, wo sie am 1. November 2014 nach Einnahme einer tödlichen Medikamentendosis verstarb.<sup>56</sup>

## 2.4. Fazit

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass es in Europa zwei verschiedene Wege gibt, wie die Länder mit dem Thema Sterbehilfe umgehen. Einerseits wird auf Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gesetzt, mit der Tendenz zur Ausweitung der Indikationen für die Suizidhilfe. Hier können als Beispiel insbesondere die Benelux-Staaten genannt werden. Die anderen Länder priorisieren die Stärkung der Patientenrechte ohne jedoch das Verbot der aktiven Sterbehilfe aufzuheben. Hierzu zählen Frankreich, Deutschland und das Vereinigte Königreich.<sup>57</sup> Die verschiedenen Lösungen lassen sich (unter anderem) aus den unterschiedlichen gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen begründen – die sich eben auch im Thema „Sterbehilferecht“ widerspiegeln.<sup>58</sup> Die Schweiz bewegt sich irgendwo dazwischen.

Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen wurde in den vergangenen Jahren in immer mehr Ländern mittels Schaffung von spezifischen gesetzlichen Regelungen legalisiert. Entsprechende Gesetzesvorstösse sind in den letzten Jahren in diversen anderen Ländern auf grosse Resonanz gestossen, jedoch noch nicht umgesetzt worden. Es erscheint demnach nicht völlig abwegig, dass in den nächsten zwanzig Jahren die Sterbehilfe (gemeint als aktive Sterbehilfe auf Verlangen oder Suizidbeihilfe) in den westlichen Staaten ähnlich verbreitet

---

<sup>54</sup> Beide Male waren es Richterinnen (Dorothy McCarter in Montana und Nan G. Nash in New Mexiko), welche den Entscheid gefällt haben.

<sup>55</sup> <[www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=54)>, letztmals besucht am 29.07.2015, LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 98.

<sup>56</sup> <[https://de.m.wikipedia.org/wiki/Brittany\\_Maynard](https://de.m.wikipedia.org/wiki/Brittany_Maynard)>, letztmals besucht am 29.07.2015.

<sup>57</sup> Bericht-BR-2011, p. 29.

<sup>58</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 93.

legalisiert werden könnte, wie dies mit dem Schwangerschaftsabbruch Ende des letzten Jahrhunderts der Fall war.<sup>59</sup>

### **3. Beitrag am Suizid – Abgrenzung zum strafbaren Handeln**

Die Teilnahme<sup>60</sup> an einer Tat ist nur dann strafbar, wenn die Haupttat, also die Tat, an der teilgenommen wird, strafbar ist. Will der Gesetzgeber von diesem Grundsatz abweichen, muss er einen Spezialtatbestand schaffen.

Weder der Versuch, noch der Suizid als solches sind eine strafbare Haupttat. Somit wäre nach den allgemeinen Zurechnungsprinzipien im Strafrecht die Suizidassistenz straflos. Nun hat aber der schweizerische Gesetzgeber über Art. 115 StGB die Suizidteilnahme unter gewissen Voraussetzungen für strafbar erklärt. Dies allerdings mit der praktisch bedeutsamen Einschränkung, dass nur das Handeln aus selbstsüchtigen Beweggründen bestraft werden soll.<sup>61</sup>

Doch wie lässt sich diese Beihilfe zum Suizid von anderen Beiträgen im Zusammenhang mit Sterbehilfe, resp. Suizid abgrenzen?

Sterbehilfe ist grundsätzlich unproblematisch, wenn sie nicht mit der Beschleunigung des Todes verbunden ist. Als „echte“ Sterbehilfe („Hilfe im Sterben“, „reine Sterbehilfe“) werden Sachverhalte qualifiziert, in denen ein Arzt die Schmerzen eines sterbenden Patienten durch Verabreichung von Medikamenten lindert, ohne dass diese Behandlung lebensverkürzende Wirkung hat. Jedoch beschränkt sich dabei das Handeln des Arztes nicht auf die rein medikamentöse Versorgung des Sterbenden, sondern bezieht sich auch auf pflegerische Massnahmen sowie zwischenmenschliche Fürsorge. Dieses Vorgehen steht ausserhalb jeglicher strafrechtlicher Relevanz, wenn sie fachgerecht ausgeübt wird.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> BOSSHARD / HURST, p. 3.

<sup>60</sup> Gehilfenschaft (Art. 25 StGB) oder Anstiftung (Art. 24 StGB).

<sup>61</sup> SCHUBARTH, p. 250.

<sup>62</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 3.

Wird jedoch durch die durch den Arzt veranlasste Therapie das Leben des Betroffenen verkürzt, muss einerseits zwischen direkter aktiver und indirekter aktiver Sterbehilfe und andererseits der passiven Sterbehilfe unterschieden werden.<sup>63</sup>

### 3.1. Direkte aktive Sterbehilfe

Unter der direkten aktiven Sterbehilfe (Sterbehilfe durch Tun) versteht man ein gezieltes Töten zur Verkürzung von Leiden eines Patienten.<sup>64</sup> Die gezielte unmittelbare Beendigung des Lebens des Patienten, der sich bereits in der Sterbephase befindet, erfolgt auf dessen ausdrücklichen Wunsch, gehandelt wird mit dem Vorsatz, ihm weiteres Leiden zu ersparen.<sup>65</sup> Es spielt dabei keine Rolle, welche Motivation dem Handeln zu Grunde liegt – sei es Schmerzlinderung, Mitleid oder Vernichtung „lebensunwerten Lebens“.<sup>66</sup> Die Strafbarkeit dieser Handlung ergibt sich aus dem aktiven Tun des Handelnden, bei dem die Tatherrschaft liegt. Dabei kann noch unterschieden werden, ob gegen oder ohne den Willen des Kranken eine Tötung erfolgt oder aber die Tötung auf sein ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin geschieht.<sup>67</sup>

Je nach den konkreten Umständen ist der Täter zu bestrafen wegen vorsätzlicher Tötung (Art. 111 StGB), wegen Totschlags (Art. 113 StGB), wenn er in einer entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung gehandelt hat, oder als Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB), wenn der Patient ernsthaft und eindringlich seinen Tod verlangt hat.<sup>68</sup> Unter Umständen (was wohl eher selten der Fall sein wird) muss der Täter sich auch wegen einer fahrlässigen Tötung (Art. 117 StGB) verantworten.<sup>69</sup>

Gestützt auf die grundrechtliche Höchstwertigkeit des menschlichen Lebens und einer absoluten Einwilligungsschranke oder -sperre von Art. 114 StGB ist die h.L. der Meinung, dass eine Rechtfertigung der direkten aktiven Sterbehilfe schlechthin unmöglich ist.<sup>70</sup>

---

<sup>63</sup> GETH, vor Art. 111, Rz. 5.

<sup>64</sup> SCHUBARTH, p. 250 und LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 5.

<sup>65</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 65, EICKER / FISCH, p. 591.

<sup>66</sup> KOLB, p. 15.

<sup>67</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 5.

<sup>68</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 66.

<sup>69</sup> GETH, vor Art. 111, Rz. 8.

<sup>70</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 66.

### 3.2. Indirekte aktive Sterbehilfe

Bei einer medizinisch indizierten schmerzlindernden Behandlung<sup>71</sup>, bei der mit Einwilligung des Patienten Mittel eingesetzt werden, die als unbeabsichtigte, jedoch unvermeidbare Nebenwirkung die Lebensdauer verkürzen und so den Todeseintritt beschleunigen, wird von indirekter aktiver Sterbehilfe (Sterbehilfe durch Tun, mittelbare Sterbehilfe) gesprochen.<sup>72</sup> Liegt keine Einwilligung des Patienten vor, z.B., weil eine solche aus gesundheitlichen Gründen nicht (mehr) eingeholt werden kann, handelt der Arzt nach dem vermuteten Willen des Patienten. Dieses Vorgehen durch Ärzte ist zulässig.<sup>73</sup>

Im klinischen Alltag vermischen sich jedoch häufig die beiden Ziele der Leidminderung und Lebensverkürzung. Die Absicht der behandelnden Ärzte bezieht sich deshalb oft auf beide Aspekte (sog. Doppelleffekt). Somit sind die Grenzen zur direkten aktiven Sterbehilfe im Bereich der Palliativmedizin fließend und eine Abgrenzung mithin sehr schwierig.

Auch wenn neuere medizinische Studien davon ausgehen, dass der Doppelleffekt in der Realität sehr gering ist, kommt diese Art der Sterbehilfe häufig vor. Es darf wohl dahingehend interpretiert werden, dass die Dosierung von Medikamenten durch die behandelnde Ärzteschaft häufig über die Grenze des palliativ Notwendigen hinausgeht.<sup>74</sup>

Durch die herrschende Meinung wird die indirekte aktive Sterbehilfe als zulässig anerkannt, wobei die Begründung dafür umstritten bleibt. Es erscheint überzeugend, die Rechtfertigung für das Handeln der Ärzte, mangels einer gesetzlichen Regelung, gestützt auf eine verfassungsrechtliche Güterabwägung zu bejahen. Hierbei wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches sich aus Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 Abs. 1 EMRK ergibt, und das Verbot der unmenschlichen Behandlung ausnahmsweise über die Lebenserhaltungspflicht bei terminal Kranken mit Sterbewunsch gestellt, falls keine weniger einschneidenden

---

<sup>71</sup> Palliative Care. Die WHO definiert Palliative Care wie folgt: „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“

<sup>72</sup> KOLB, p. 16, GETH, vor Art. 111, Rz. 7 und SterbeRL-2014; bspw. die Schmerzbehandlung eines Krebspatienten im Endstadium mit Opioiden, welche durch die atemdepressive Wirkung der Opiode den Todeseintritt beschleunigen kann; Beispiel bei LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 19.

<sup>73</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 4.

<sup>74</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 62 f. und SterbeRL-2014, p.11.

Schmerzbekämpfungsmassnahmen möglich sind und die Schmerzfreiheit, bzw. Reduktion derselben, die Lebensverkürzung aufzuwiegen vermag.<sup>75</sup>

Durch die Schweizer Bevölkerung wird die indirekte aktive Sterbehilfe in einem grossen Umfang akzeptiert.<sup>76</sup>

### 3.3. Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe (Sterbehilfe durch Behandlungsunterlassung, -begrenzung oder -abbruch<sup>77</sup>) zeichnet sich dadurch aus, dass jemand die eigentlich notwendigen Massnahmen nicht trifft, die vorgenommen werden müssten, um den Eintritt des Todes eines anderen Menschen, der im Sterben liegt, chronisch krank oder verletzt ist, zu verhindern oder mindestens hinauszuzögern. Wegen eines Tötungsdelikts verantworten muss sich der Täter, der eine Garantenstellung inne hat (bspw. die Eltern gegenüber dem Kind oder der Arzt und das Pflegepersonal gegenüber dem Patienten). Eine weitere Voraussetzung ist mithin, dass er objektiv und subjektiv in der Lage gewesen sein muss, die in der entsprechenden Situation gebotenen Rettungsmassnahmen vorzunehmen und (zusätzlich) dass der Tod bei einem Eingreifen mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht, bzw. erst später, eingetreten wäre.<sup>78</sup>

Wenn also bei einem Patienten lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder gar nicht erst ergriffen werden, spricht man, wie gesagt, von passiver Sterbehilfe.<sup>79</sup> Dazu gehören bspw. der Verzicht auf Reanimation, Verzicht auf Gabe von Antibiotika oder künstliche Zufuhr von Nährstoffen, aber auch, das aktive Abschalten von Apparaturen zur Aufrechterhaltung des Herz-Lungen-Kreislaufs.<sup>80</sup>

#### Bei Urteilsfähigen

Bei urteilsfähigen Patienten, die sich im Wissen um ihren konkreten gesundheitlichen Zustand und den ihnen in diesem Zusammenhang zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen frei von äusserem Druck und frei von Zwang dazu entschliessen, auf eine weitere Behandlung zu

---

<sup>75</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 63 f.

<sup>76</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 64.

<sup>77</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 74.

<sup>78</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 48.

<sup>79</sup> NEUMANN, p. 35.

<sup>80</sup> GETH, vor Art. 111, Rz. 6.

verzichten, handelt es sich um passive Sterbehilfe i.e.S. Es gilt, dass, auch wenn dadurch der Tod früher eintreten wird, der Arzt und Dritte diesen Entscheid zu respektieren haben. Dies ergibt sich einerseits aus verschiedenen SAMW-Richtlinien, andererseits aber auch aus der verfassungsrechtlichen Grundrechtsordnung. Hier erfolgt eine Abwägung zwischen den tangierten Grundrechten, die in derartigen Situationen zu einem Vorrang des Selbstbestimmungsrechts gegenüber dem Lebensschutz führt.<sup>81</sup>

Der Vorrang des Patientenwillens hat nicht nur im Kontext der passiven Sterbehilfe i.w.S. seine Gültigkeit sondern auch darüber hinaus. So zum Beispiel, wenn bei tödlicher Verletzung nach einem missglückten Suizid oder bei einem Krebspatienten, bei dem der Krankheitsverlauf noch keine Todesnähe bewirkt hat, eine Verweigerung der Behandlung erfolgt. Dies muss vom Arzt und Pflegepersonal respektiert werden. Jedoch muss sich der Arzt bei einer Behandlungsverweigerung oder einem Verzicht auf eine Behandlung vergewissern, dass diese/r auf dem freien und überlegten Willen des Patienten beruht.<sup>82</sup>

#### A. Bei Urteils- oder Äusserungsunfähigen

Anders sieht die Ausgangslage aus, wenn der Patient seinen Willen nicht oder nicht mehr kundtun kann. Sei dies, weil er bewusstlos ist oder es sich um Kinder oder psychisch Kranke handelt, die im Sterben liegen. Hier lässt sich die passive Sterbehilfe i.e.S. nur sehr beschränkt über das überwiegende Interesse am Schutz des Selbstbestimmungsrechts rechtfertigen. Dies ist lediglich möglich, wenn eine schriftliche Patientenverfügung vorliegt oder über andere Indizien auf den mutmasslichen Willen des Patienten geschlossen werden kann. Wenn aber auch nach gebotener Prüfung der Umstände keine Anhaltspunkte zur Feststellung des individuellen mutmasslichen Willens des Patienten zu finden sind (was z.B. bei Neugeborenen immer der Fall ist), kann nicht über ein „grundrechtlich überwiegendes Selbstbestimmungsrecht“ eine Rechtfertigung für die passive Sterbehilfe gefunden werden. Vielmehr muss bei der passiven Sterbehilfe i.e.S. über die Einschränkung der ärztlichen Berufspflicht und somit Garantenstellung argumentiert werden.<sup>83</sup> Gemäss SAMW-Richtlinien<sup>84</sup> sind bei verlöschendem

---

<sup>81</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 49 f., GETH, vor Art. 111, Rz. 6a.

<sup>82</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 51 f.

<sup>83</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 53 f.

<sup>84</sup> SterbeRL-2014, p. 8.

Leben die Intensität und die Schwere der dem Patienten zugemuteten Eingriffe und Anstrengungen zum Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung des Patienten in Beziehung zu setzen. Lebensverlängernde Massnahmen und deren Wirkung müssen in einem sinnvollen Verhältnis stehen; nur dann können entsprechende Interventionen im medizinischen Sinn als sinnvoll angesehen werden. Wenn also ein grosser Behandlungsaufwand nur eine geringfügige lebensverlängernde Wirkung erzielt, gleichzeitig aber unter Umständen das Leiden des Patienten vergrössert wird, ist ein Behandlungsverzicht gerechtfertigt. Hier tritt die Pflicht des Arztes zur Minderung von Leiden in den Vordergrund.<sup>85</sup>

Bezüglich der passiven Sterbehilfe i.w.S. (hierbei geht es v.a. um das Sterbenlassen von Personen, die sich im Wachkoma<sup>86</sup> befinden und die allenfalls noch Jahre überleben könnten) bei urteils- oder äusserungsunfähigen Personen, ist wiederum entscheidend, ob der Patient für den Fall des Eintretens eines derartigen Zustandes eine Behandlungsverzichtserklärung unterzeichnet hat oder eine ähnliche Erklärung abgegeben hat. Unter diesen engen Voraussetzungen rechtfertigt es sich, ein derart festgestellter mutmasslicher Wille in Bezug auf die Unterlassung der Lebensverlängerung anzunehmen, weil auch hier die Selbstbestimmung des vormals urteilsfähigen Patienten in der grundrechtlichen Abwägung vor die Lebenserhaltungspflicht tritt.<sup>87</sup> Dieses Abbrechen der Weiterbehandlung durch den Arzt ist kein aktives Tun, sondern vielmehr ein Unterlassen der gebotenen Weiterbehandlung. Aufgrund der Aussichtslosigkeit der Weiterbehandlung befindet sich der Arzt nicht (mehr) in einer Garantstellung, sodass eine Bestrafung wegen einem unechten Unterlassungsdelikt nicht in Frage kommt.<sup>88</sup>

### **3.4. Verleitung und Beihilfe zum Suizid**

Der schweizerische Gesetzgeber hat sich mit Schaffung des Art. 115 StGB dazu entschlossen, die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (so der Gesetzestext) zu regeln.

---

<sup>85</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 54.

<sup>86</sup> Appallisches Syndrom; Ausfall des Grosshirns bei weiterer Funktion des durch das Stammhirn gesteuerten Kreislaufs.

<sup>87</sup> SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 56.

<sup>88</sup> KUNZ, p. 3.

So wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bestraft, wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemandem zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet.

Von Suizid wird gesprochen, wenn eine Person in Tatherrschaft vorsätzlich den eigenen Tod verursacht. Dabei stellt die h.M. in Bezug auf die Freiverantwortlichkeit auf die Urteilsfähigkeit nach Art. 16 ZGB ab, die Voraussetzung ist. Art. 115 StGB bedroht somit die Teilnahme an einer an sich nicht tatbestandsmässigen Haupttat mit Strafe.

Inhaltlich unterscheidet sich Verleitung und Beihilfe im Sinne dieses Artikels nicht von Anstiftung und Gehilfenschaft. Eine Verleitung zum Suizid liegt vor, wenn der Täter einen anderen dazu bestimmt, einen Suizid zu begehen. Wenn er also in ihm den Tatentschluss hervorruft, wobei zur Strafbarkeit nach Art. 115 StGB erforderlich ist, dass der Suizid durch den Sterbewilligen mit Tatherrschaft und freiverantwortlich begangen oder zumindest versucht wird. Somit bleibt sie straflos, wenn die Verleitung erfolglos bleibt – und somit erst recht nicht strafbar ist, wenn es nur bei einem Verleitungsversuch bleibt.<sup>89</sup> Von Beihilfe wird ausgegangen, wenn dem Sterbewilligen der letzte Schritt überlassen bleibt. Wenn also einem Sterbewilligen das tödliche Gift auf die Lippen gelegt wird, es aber ihm überlassen bleibt, ob er es schlucken will oder nicht.<sup>90</sup> Bildlich gesprochen darf der Aussenstehende somit zwar dem Sterbewilligen eine Pistole besorgen, diese laden und ihm in die Hand geben – jedoch muss dieser den tödlichen Schuss selber abgeben.<sup>91</sup> Die Hilfeleistung kann einerseits erfolgen bei der Vorbereitung zum Suizid oder aber auch bei der Ausführung desselben. Wer sowohl bei der Vorbereitung als auch der Ausführung des Suizids teilnimmt, ist nach herrschender Ansicht nur einmal wegen Art. 115 StGB zu bestrafen; anders wäre dies nur bei der Teilnahme an verschiedenen selbstständigen (versuchten) Suiziden.<sup>92</sup> Sowohl die Anstiftung als auch die Beihilfe sind nicht durch Unterlassen begehbar.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> GAVELA, p. 69.

<sup>90</sup> TRECHSEL / GETH, Art. 115, Rz.1 ff.

<sup>91</sup> LAUX / RÖBEL / PARZELLER, p. 6.

<sup>92</sup> GAVELA, p. 69.

<sup>93</sup> NEUMANN, p. 142.



Nebst dem geforderten (Eventual-) Vorsatz im Sinne von Art. 12 StGB, den Entschluss zum Suizid hervorzurufen oder dessen Ausführung zu unterstützen, müssen selbstsüchtige Beweggründe als Voraussetzung gegeben sein. Rechtspolitischer Hintergrund dieser Bestimmung war der Gedanke, dass es nicht mehr als Freundschaftsdienst, bzw. Akt der Nächstenliebe angesehen werden kann, wenn der Suizidhilfeakt von der bösen Gesinnung des Suizidhelfers überschattet wird.<sup>94</sup> Somit muss der Täter überwiegend die Befriedigung eigener materieller oder affektiver Bedürfnisse anstreben, um unter diese Bestimmung zu fallen. Dazu zählt die Lehre einerseits den Antritt eines Erbes, Entlastung von Unterhaltspflichten oder Befreiung von einer verhassten Person. Nicht als selbstsüchtig gilt Gleichgültigkeit gegenüber dem Sterbewilligen.<sup>95</sup> Ebenfalls unter die selbstsüchtigen Motive gefasst werden Gründe ideeller oder affektiver Art: Befriedigung von Hass, Rachsucht oder auch Bosheit. Mit dieser Einschränkung, dass eine Strafbarkeit eben nur gegeben ist, wenn selbstsüchtige Beweggründe gegeben sind, wird die Teilnahme am Suizid zu einer partiellen Verbotslösung, wobei die Strafbarkeit eindeutig eine Ausnahme bildet.<sup>96</sup>

Problematisch ist diese Bestimmung jedoch in Bezug auf die in der Schweiz sehr verbreitet tätigen Sterbehilfeorganisationen. Einerseits ist das Einfordern einer angemessenen Entschädigung des mit der Sterbehilfe verbundenen Aufwandes nicht ausreichend, selbstsüchtige Beweggründe in der Variante eines materiellen Vorteils zu begründen. Anders sieht es jedoch aus, wenn darüber hinaus der Organisation Zuwendungen gemacht werden, die über die Deckung der tatsächlichen Kosten des assistierten Suizids hinausgehen. Wenn also quasi eine Kommerzialisierung der Sterbehilfetätigkeit erfolgt, setzt sich der Suizidhelfer dem Vorwurf der eigennützig motivierten Suizidassistenz aus – und damit gleichzeitig einer möglichen Strafverfolgung.<sup>97</sup> Um dieser strafrechtlichen Ahndung zu entgehen, sind die Suizidhelfer, die in direktem Kontakt mit dem Sterbewilligen stehen, gezwungen, ihre Tätigkeit

---

<sup>94</sup> GAVELA, p. 70.

<sup>95</sup> TRECHSEL / GETH, Art. 115, Rz. 6.

<sup>96</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz. 14.

<sup>97</sup> Vgl. dazu den aktuellen Fall in Basel: <<http://www.kath.ch/newsd/basler-staatsanwaltschaft-ermittelt-gegen-sterbehilfe-organisation/>>, letztmals besucht am 08.08.2015.

grossmehrheitlich ehrenamtlich auszuführen und sich lediglich die tatsächlich aufgelaufenen Spesen entschädigen zu lassen.<sup>98</sup>

Die Strafverfolgungspraxis hat bis dato die gewerbsmässige und entgeltliche Leistung von Sterbehilfe nie als strafbar betrachtet. Strafverfolgungsbehörden, insbesondere jene des Kantons Zürich, der am stärksten vom Sterbetourismus betroffen ist, haben bisher immer entschieden, dass die für die Strafbarkeit nach Art. 115 StGB massgebenden selbstsüchtigen Beweggründe mit der finanziellen Abgeltung für die geleistete Sterbehilfe nicht gegeben sei.<sup>99</sup> Gerade diese liberale Praxis führt dazu, dass so viele ausländische Sterbewillige in die Schweiz reisen, um vom hiesigen Angebot der Sterbehilfeorganisationen Gebrauch zu machen.<sup>100</sup>

Weil nicht nur der direkt vor Ort anwesende Sterbebegleiter, Arzt oder allenfalls Angehörige selbstsüchtige Beweggründe haben können, ist es wichtig, dass die Strafverfolgungsbehörde auch die etwas weiter entfernten, aber dennoch involvierten Personen, in das Ermittlungsverfahren miteinzubeziehen. So müssen z.B. auch der verschreibende Arzt, der Apotheker oder andere Personen, die kurz vor dem Suizid noch Kontakt mit dem Sterbewilligen hatten, im Auge behalten, und allenfalls sachdienlich befragt werden. Denn auch diese können sich – selbst wenn der direkt beteiligte Sterbebegleiter keine selbstsüchtigen Beweggründe hat – aufgrund der Motive, mit denen sich diese an der Tat beteiligen, strafbar machen.<sup>101</sup>

Art. 115 StGB ist als Verbrechen ausgestaltet. Der vorgesehene Strafraum reicht von einer Geldstrafe bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe. Beachtlich dabei ist, dass der Strafraum damit höher liegt, als es dies bei der Tötung auf Verlangen der Fall ist. Ebenfalls auffallend ist, dass die Strafandrohung bei Verleitung und Beihilfe identisch ist – dem unterschiedlichen Tatbeitrag und der entsprechend unterschiedlichen Intensität in der Mitwirkung am Suizid wird wohl bei der tatsächlichen Strafzumessung Rechnung zu tragen sein.<sup>102</sup>

---

<sup>98</sup> GAVELA, p. 72.

<sup>99</sup> Bericht-BR-2011, p. 21.

<sup>100</sup> Je nach Ausgang des Verfahrens in Basel-Stadt könnte sich dies ändern, vgl. zum Fall Fn. 97.

<sup>101</sup> Bericht-BR-2011, p. 22.

<sup>102</sup> GAVELA, p. 72 f.

### 3.5. Die Abgabe von NaP / BetmG

Die Sterbehilfe-Diskussion dreht sich nebst den bereits aufgeführten Problemen auch um die Thematik, ob und unter welchen Voraussetzungen ein, je nach Dosierung, tödlich wirkendes Medikament zwecks Suizid abgegeben, bzw. verschrieben werden darf. Gerade mit der Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen, die meist das Mittel NaP benutzen, rückte die Frage nach der Verschreibungszulässigkeit in den Fokus.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei NaP um einen abhängigkeiterzeugenden psychotropen Stoff vom Wirkungstyp der Barbiturate. Damit untersteht er einerseits dem BetmG und andererseits wird er auch im Verzeichnis der Betäubungsmittel<sup>103</sup> aufgeführt. Entsprechend der geltenden heilmittelrechtlichen Vorgaben darf NaP nur durch Medizinalperson auf ärztliche Verschreibung hin abgegeben werden.<sup>104</sup> Das EJPD hat in seinem Bericht von 2007<sup>105</sup> unter anderem auch die Rechtslage in Bezug auf die ärztliche Verschreibung und Abgabe von NaP zum Zwecke eines Suizids untersucht und gelangte zum Schluss, dass die Verschreibung und Abgabe einer tödlichen Dosis NaP im Rahmen der Vorschriften des BetmG und HMG und der Regelungen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften zulässig ist. Ähnlich hat das Bundesgericht in seinem Entscheid BGE 133 I 58 argumentiert. In diesem Entscheid ging es um das Ersuchen eines psychisch kranken Mannes, der sich mit Hilfe von NaP (und Dignitas) das Leben nehmen wollte. Er wollte sich vor Bundesgericht das Recht erstreiten, das NaP auch ohne ärztliche Verschreibung erhalten zu können. Das Bundesgericht hat in diesem Entscheid zwar grundsätzlich anerkannt, dass NaP zum Zweck des Suizides abgegeben werden könne. Doch aus dem Recht des Einzelnen auf Suizid ergebe sich kein Anspruch, dass ihm durch den Staat Beihilfe bei der Selbsttötung oder bei der aktiven Sterbehilfe geleistet werde und somit auch nicht auf Abgabe von NaP ohne ärztliche Verschreibung.<sup>106</sup> Das Bundesgericht hat mit diesem Entscheid Zweifel ausgeräumt. Denn bis zu diesem Zeitpunkt war ungeklärt, ob eine tödliche Dosis von NaP überhaupt verschreibbar ist oder nicht, da dies weder im HMG noch im

---

<sup>103</sup> Anhänge a und b BetmV-Swissmedic, SR 812.121.2.

<sup>104</sup> GAVELA, p. 75 f.

<sup>105</sup> Bericht-EJPD-2007, p. 3 ff.

<sup>106</sup> BGE 133 I 58, E. 4. und 6., HOTTELIER, p. 102 f.

BetmG ausdrücklich geregelt ist.<sup>107</sup> Durch diese Vorgabe wird die Aushändigung dieses Stoffes, dessen Einnahme den Tod herbeiführen soll, von einer unter ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten vorgenommenen Diagnose, Indikationsstellung und einem Aufklärungsgespräch abhängig gemacht. Dadurch solle vor unüberlegten, voreiligen Entschlüssen geschützt werden – was ja durchaus im Interesse des Patienten liege.<sup>108</sup>

Weil, wie angeführt, die meisten Sterbehilfe-Suizide in der Schweiz mittels NaP durchgeführt werden und die Rezeptpflicht nach diesem BGE klar statuiert ist, kommt den Ärzten im Zusammenhang mit den durch die Sterbehilfeorganisation durchgeführten Suiziden faktisch eine grosse Kontrollfunktion zu. Somit wurde quasi ein System des ärztlich assistierten Suizids geschaffen, weil in jedem Fall, wo NaP oder ein vergleichbarer Stoff abgegeben wird, eine medizinische Untersuchung erfolgen muss. De facto werden die Ärzte so in den Entscheidungs- und Vorbereitungsprozess eines jeden mit Hilfe von Heil- bzw. Betäubungsmitteln begleiteten Suizids eingebunden und sollen damit einerseits dafür Gewähr bieten, dass mit solch gefährlichen Substanzen möglichst sorgfältig umgegangen wird und andererseits das jeweilige Suizidvorhaben auf dessen medizinischen Hintergründe genau überprüfen.<sup>109</sup> Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang deshalb auch, dass die tatsächlichen Sterbebegleiter, die vor Ort dem Sterbewilligen das NaP abgeben, in der Regel medizinische Laien sind.

Neben den bereits angeführten strafrechtlichen, den betäubungs- und heilmittelrechtlichen Bestimmungen spielen auch die standesrechtlichen Regeln im Bereich der Sterbehilfe eine wichtige Rolle. Denn in dem oben erwähnten BGE hat das Bundesgericht nicht nur gesagt, dass ein Arzt eine letale Dosis von NaP verschreiben kann, sondern auch, dass er sich bei der Verschreibung an die anerkannten medizinischen Berufsregeln zu halten hat, insbesondere an die von den SAMW aufgestellten Regeln.<sup>110</sup> Nach Veröffentlichung dieses Leitentscheides des Bundesgerichts hat die FMH eine Stellungnahme herausgegeben. Darin wird unter anderem festgehalten, dass Suizidbeihilfe keine ärztliche Tätigkeit sei. Bei einer entsprechenden Anfrage

---

<sup>107</sup> GAVELA, p. 76.

<sup>108</sup> BGE 133 I 58, E. 6.3.2.

<sup>109</sup> GAVELA, p. 78.

<sup>110</sup> BGE 133 I 58, E. 4.1.2, Bericht-BR-2011, p. 24.

um Suizidbei- oder Sterbehilfe könne jeder Arzt selber entscheiden, ob er im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben darauf eintreten wolle oder nicht.

Jeder Arzt könne im Rahmen der eigenen Willensfreiheit seine beruflichen Kompetenzen einsetzen, um die Urteilsfähigkeit des Patienten zu beurteilen oder um ein letales Medikament zu verschreiben. Es wird empfohlen, dass nicht die gleiche Person die Urteilsfähigkeit beurteilt, die dann das Rezept für das tödliche Medikament ausstellt.<sup>111</sup>

Auch die SAMW-Richtlinien<sup>112</sup> weisen in Ziffer 4.1. darauf hin, dass sich für den behandelnden Arzt ein Dilemma ergeben könne, wenn sein Patient einen dauerhaften Sterbewunsch äussere. Einerseits sei Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den grundlegenden Zielen der Medizin widerspreche. Andererseits geniesse auch die Achtung des Patientenwillens hohe Priorität und sei Grundlage für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Konfliktsituation erfordere eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Zu respektieren sei demzufolge eine Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten. Genauso habe aber der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Sollte sich der Arzt entschliessen, Beihilfe zum Suizid zu leisten, hat er sich an die ebenfalls unter Ziffer 4.1. aufgeführten Voraussetzungen zu halten.<sup>113</sup>

Grundsätzlich in die gleiche Richtung gehen die Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission. Die NEK-Empfehlungen erlauben jedoch im Gegensatz zu den SAMW-Richtlinien Suizidhilfe auch bei Personen, die krankheitsbedingt schwer leiden. Hier ist also eine unmittelbare Todesnähe nicht notwendig, um Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu können.<sup>114</sup>

### **3.6. Fazit**

Direkte aktive Sterbehilfe ist verboten, wohingegen sowohl die indirekte aktive als auch die passive Sterbehilfe zulässig sind. Beihilfe zum Suizid, die uneigennützig erfolgt, bleibt nur dann straffrei, wenn eine freie Willensentscheidung des urteilsfähigen Sterbewilligen vorliegt. Wenn jedoch eine Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt, ist dies nach Art. 115 StGB strafbar und wird entsprechend sanktioniert.

---

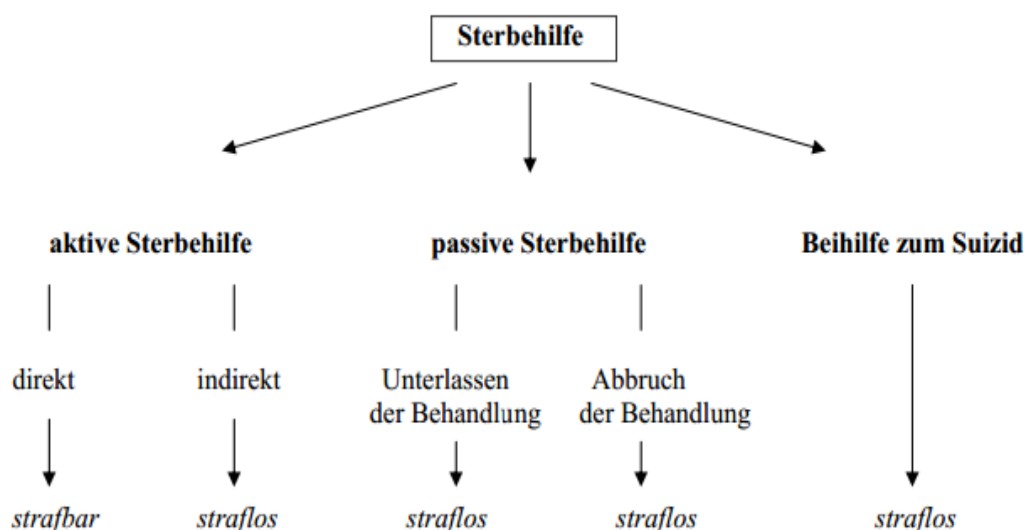
<sup>111</sup> Positionspapier der FMH vom Januar 2008, Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe.

<sup>112</sup> SterbeRL-2004.

<sup>113</sup> Vgl. zu den Voraussetzungen SterbeRL-2004, p. 9 und die Ausführungen auf p. 5 dieser Arbeit.

<sup>114</sup> NEK-Bericht-2006, p. 4-6, NEUMANN, p. 146 f.

Optisch lässt sich die Unterscheidung wie folgt darstellen:



Das Einzige, was diese Grafik<sup>115</sup> nicht darstellt, ist die Strafbarkeit nach Art. 115 StGB.

#### 4. Politische Diskussion

Erster Anstoss zu den Diskussionen um die Sterbehilfe gab bereits im 1994 die Motion Ruffy<sup>116</sup>, in welcher der Antrag gestellt wurde, unter strengen Voraussetzungen von einer Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe abzusehen, damit unheilbar kranke Personen, die kurz vor dem Lebensende stehen, nicht Opfer einer Lebenserhaltung um jeden Preis werden. In der Folge wurde, weil der Bundesrat zum Schluss kam, dass keine genügende Grundlage für eine vertiefte Diskussion des Themas vorhanden war, eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Diese erhielt den Auftrag, die sich in diesem Bereich stellenden Fragen eingehend zu klären.<sup>117</sup>

Die in der Folge durch das EJPD am 20. März 1997 eingesetzte Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, die rechtlichen und praktischen Fragen im Bereich der Sterbehilfe zu prüfen. Mit Bericht vom März 1999 wurden deren Empfehlungen veröffentlicht. So war die Arbeitsgruppe einhellig der Meinung, dass die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege ausgeschöpft

<sup>115</sup> KUHN, p. 4.

<sup>116</sup> Motion Ruffy vom 28.9.1994 (94.3370, Sterbehilfe, Ergänzung des Strafgesetzbuches), <[http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=19943370](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=19943370)>, letztmals besucht am 31.07.2015.

<sup>117</sup> Bericht-BR-2011, p. 5.

werden müssen. Weiter wurde dem EJPD (zwecks Rechtsklarheit) einhellig empfohlen, die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe ausdrücklich zu regeln. Von einer Mehrheit der Arbeitsgruppe wurde empfohlen, Art. 114 StGB um einen Abs. 2 zu erweitern, wonach in extremen Ausnahmefällen von einer Strafverfolgung oder Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung des Täters abgesehen werden müsse. Und letztlich empfahl eine Minderheit der Arbeitsgruppe, auf jegliche Lockerung des Fremdtötungsverbots zu verzichten.<sup>118</sup>

Nachdem der Bundesrat Einsicht in den Bericht genommen hatte, wurde das Parlament ersucht, die Diskussion um die Sterbehilfe zu vertiefen. Zahlreiche weitere parlamentarische Vorstösse gaben dazu Anlass; angetrieben auch von neuen Erkenntnissen, wozu auch die in diesem Zeitpunkt besorgniserregende Praxis der Sterbehilfeorganisationen gehörte.<sup>119</sup>

Im Herbst 2004 setzte der Vorsteher des EJPD eine verwaltungsinterne Arbeitsgruppe ein, die den Auftrag hatte, sich mit den Problemen des „Sterbetourismus“ zu befassen. Die Studie wurde in der Folge nach Diskussionen mit verschiedenen Experten ausgeweitet, weil sich die Begrenzung auf das genannte Thema als zu eng erwies. Die Studie wurde deshalb allmählich auf das gesamte Spektrum der Sterbehilfe- und Palliativmedizin ausgeweitet und letztlich mit der Veröffentlichung des Berichts „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund“ abgeschlossen. Der Bundesrat nahm den Bericht Ende Mai 2006 zur Kenntnis und gab danach drei Empfehlungen an das Parlament ab: Erstens sah der Bund nach wie vor keinen Handlungsbedarf was eine Neuregelung im Bereich der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe anging; es sei auf einen Erlass oder eine Ergänzung von Gesetzesbestimmungen zu verzichten. Weiter sei auf die Änderung von Art. 115 StGB und auf eine umfassende Gesetzgebung auf Bundesebene über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen und den sogenannten Sterbetourismus zu verzichten. Vielmehr habe der Bund den Bereich der Palliativmedizin zu fördern.<sup>120</sup>

Der Bundesrat schloss sich der Einschätzung des EJPD an und gelangte zum Schluss, dass allfällige Missbräuche bei der Suizidhilfe mit einer konsequenten Durchsetzung des geltenden Rechts verhindert werden können. Diese Aufgabe obliege den jeweiligen

---

<sup>118</sup> Bericht-BR-2011, p. 5, GAVELA, p. 96.

<sup>119</sup> GAVELA, p. 96.

<sup>120</sup> Bericht-BR-2011, p. 6, GAVELA, p. 97 f.

Strafverfolgungsbehörden. Eine Revision von Art. 115 StGB, sei es durch ein rigoroses Verbot von Suizidbeihilfe, eines Verbots der organisierten Suizidbeihilfe oder des Verbots des Sterbetourismus, erscheine als zu radikale Massnahme, wäre kaum durchsetzbar und im Verhältnis zu anderen Lösungsmöglichkeiten unverhältnismässig.<sup>121</sup>

Um die unerwünschten Randerscheinungen der Sterbehilfe einzudämmen und diese kontrollieren zu können, könne der Bundesgesetzgeber, so der Bericht<sup>122</sup>, die Sterbehilfeorganisationen durch ein spezielles Aufsichtsgesetz der staatlichen Kontrolle unterstellen und damit zur Einhaltung von bestimmten vorgeschriebenen Sorgfaltsmassstäben verpflichten. Doch auch diese Lösung wurde als zu unverhältnismässig und untauglich angesehen, weil dies zu einer Institutionalisierung und staatlichen Legitimierung dieses Tätigkeitsfeldes geführt hätte. Auch aus diesem Grund sei auf die Schaffung einer Suizidbeistandschaft zu verzichten, die in das nun revidierte Erwachsenenschutzrecht des ZGB zu integrieren gewesen wäre. Um allenfalls der Realität der organisierten Sterbehilfe rechtlich entgegenkommen zu können, sei gemäss dem Bericht allenfalls eine Revision des BetmG in Erwägung zu ziehen. Für die Verschreibung und Abgabe von NaP und ähnlicher Substanzen könnten damit restriktivere Voraussetzungen geschaffen werden.<sup>123</sup>

Nach Entgegennahme des Ergänzungsberichts über Sterbehilfe des EJPD<sup>124</sup> fasste der Bundesrat folgenden Beschlüsse: Um allfällige Missbräuche bei der Suizidhilfe zu verhindern, sei eine Änderung des BetmG nicht angebracht und das EDI werde dem Bundesrat zu gegebener Zeit Vorschläge für eine Stärkung der Förderung im Bereich der Palliativ-Medizin zu unterbreiten haben.

Nachdem es in der Öffentlichkeit und Politik wegen einigen Fällen von Suizidhilfe zu heftigen Reaktionen gekommen war, beauftragte der Bundesrat dennoch im Juli 2008 das EJPD abzuklären, ob es einen Bedarf nach einer gesetzlichen Regelung gewisser minimaler Sorgfalts- und Beratungspflichten der Suizidhilfeorganisationen, einer Dokumentationspflicht, einer Qualitätssicherung bei der Auswahl und Ausbildung der Sterbebegleiter sowie einer Pflicht zu

---

<sup>121</sup> Bericht-BR-2011, p. 6 f., GAVELA, p. 98.

<sup>122</sup> Bericht-EJPD-2006, p. 44.

<sup>123</sup> Bericht-BR-2011 p. 6 zum Bericht-EJPD-2006, p. 46 f., GAVELA, p. 99.

<sup>124</sup> Bericht-EJPD-2007.



finanzieller Transparenz gebe. Vorweg verworfen wurde die Option, ein neues Gesetz auf Bundesebene zu schaffen, welches geregelt hätte, unter welchen Voraussetzungen organisierte Suizidhilfe künftig noch hätte angeboten werden dürfen. Dies wurde einerseits aus dem Grund abgelehnt, weil dadurch die heikle Aufgabe auf den Bundesgesetzgeber abgewälzt worden wäre, die Indikationen (quasi den geforderten Gesundheitszustand) für die Zulässigkeit der Inanspruchnahme von Suizidhilfe festzulegen, andererseits aber, und noch gewichtiger, weil die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen dadurch eine staatliche Legitimation erhalten hätten. Das EJPD legte im Juni 2009 den entsprechenden Bericht vor. Nach einer ersten Aussprache entschloss sich der Bundesrat, einen Vorentwurf und den entsprechenden erläuternden Bericht mit zwei Varianten in die Vernehmlassung zu schicken. Variante 1 beschied u.a. den Verantwortlichen und Mitarbeitenden der Sterbehilfeorganisationen unter bestimmten strengen Voraussetzungen Straffreiheit und Variante 2 enthielt ein Verbot der organisierten Suizidhilfe. Anfang März 2010 wurde das Vernehmlassungsverfahren geschlossen.<sup>125</sup>

Alle Kantone, dreizehn Parteien, diverse Vereine und Privatpersonen haben im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens Stellung genommen. Obschon eine klare Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer einen Handlungsbedarf auf Bundesebene anerkannt haben, herrschte keine Einigkeit darüber, wie die Gesetzgebung zu gestalten sei – klar war nur, dass keine der beiden vom Bundesrat vorgeschlagenen Varianten zu überzeugen vermochte.

Vereinzelte Teilnehmer beurteilten die Variante 1 als prinzipiell umsetzbar, weil diese im Grundsatz den Richtlinien der SAMW und der NEK entsprach. Weiter würde es diese Variante erlauben, einen rechtlichen Rahmen für die Sterbehilfeorganisationen zu setzen, welcher wiederum die polizeiliche Tätigkeit in diesem Zusammenhang zu harmonisieren vermag. Jedoch wurden abgesehen von diesen positiven Bemerkungen zahlreiche Vorbehalte zu Variante 1 geäußert. Es seien hier einige davon genannt: Die Bestimmung sei zu komplex, zu wenig übersichtlich und trage dem Bedürfnis der Bevölkerung zu wenig Rechnung; dass drei Ärzte in den Suizidhilfeprozess einbezogen werden müssten, wurde als extrem belastend, unbrauchbar, ja gar als Schikane bezeichnet; eine Beschränkung des Zugangs zu Sterbehilfe auf unheilbar kranke Patienten mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge sei diskriminierend; die Überprüfung von alternativen Behandlungsmethoden gehöre nicht in den Aufgabenbereich des

---

<sup>125</sup> Bericht-BR-2011, p. 7, GAVELA, p. 102.

Sterbebegleiters und durch die gesetzliche Regelung der organisierten Sterbehilfe werde diese staatlich legalisiert.

In Bezug auf die Variante 2 hat eine kleine Teilnehmergruppe begrüsst, dass diese der oft fragwürdigen Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen, der Kommerzialisierung derselben und dem Sterbetourismus ein Ende setzen würde; auch wurde die Einfachheit dieser Variante geschätzt. Eine grosse Mehrheit hat jedoch hauptsächlich folgende Kritikpunkte vorgebracht: Diese Variante widerspreche der liberalen schweizerischen Grundhaltung und verkenne die heutige Realität – insbesondere gerade auch die Tatsache, dass ein Grossteil der Bevölkerung die Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen unterstütze; es handle sich um einen unzulässigen Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung und aufgrund dieser Variante drohe die Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen in die Illegalität abgedrängt zu werden, weil die Sterbehilfe dann einfach heimlich durchgeführt werde.<sup>126</sup>

Nebst diversen anderen Ideen und Gedanken, die die Vernehmlassungsteilnehmer mitgeteilt haben, haben etliche Teilnehmer die Gelegenheit genutzt, den Bund zu ermuntern, seine bisherigen Anstrengungen in den Bereichen der Suizidprävention und der Palliative Care weiter zu verfolgen und dazu die notwendigen Massnahmen zu ergreifen.

Im September 2010 hat der Bundesrat den Vernehmlassungsbericht zur Kenntnis genommen und nach seiner Sitzung am gleichen Tag das EJPD beauftragt, auf Grundlage der Variante 1 einen Gesetzesentwurf zur Änderung von Art. 115 StGB auszuarbeiten. Bei dieser Bearbeitung musste das EJPD die im Verlaufe des Vernehmlassungsverfahrens geäusserten Anregungen übernehmen – und durfte dabei nicht vergessen, dass die Änderung nicht nur präzise sein hatte, sondern auch einen direkten Einfluss auf die aktuelle Praxis haben muss.<sup>127</sup>

Wenn sämtliche vorgebrachten Kritikpunkte berücksichtigt werden, käme entsprechend nur eine Bestimmung in Betracht, die 1. kein Kriterium enthält, welches auf den Gesundheitszustand der suizidwilligen Person abstellt, sondern vermehrt auf Massnahmen setzt, die sicherstellen, dass die Person urteilsfähig ist, 2. ein einziger Arzt (und nicht deren drei) dafür verantwortlich ist, die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person zu prüfen, sie vollständig über alternative Therapien aufzuklären und gegebenenfalls das NaP zu verschreiben und 3. nur unentgeltliche Sterbehilfe

---

<sup>126</sup> Bericht-BR-2011, p. 7 f.

<sup>127</sup> Bericht-BR-2011, p. 9.

zulässt. Werden alle diese Punkt berücksichtigt, könnte ein geänderter Art. 115 StGB wie folgt 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.*

Eine solche Bestimmung würde zumindest teilweise den im Vernehmlassungsverfahren eingegangenen Voten Rechnung tragen. Tatsächlich würde sie jedoch gegenüber der heutigen Regelung nur einen sehr beschränkten Mehrwert bringen, so der Bundesrat, weil sie lediglich die Verpflichtungen, die sich bereits heute aus Art. 115 StGB ergeben, konkretisieren würde. Denn auch nach geltendem Recht muss die sterbewillige Person urteilsfähig und ausreichend informiert worden sein und darf nicht unter äusserem Druck stehen. Auch der Arzt, der das todbringende Medikament verschreibt, muss bereits heute die unter b bis d umschriebenen Handlungen vornehmen. Dass der Sterbebegleiter unentgeltlich zu handeln hat, heisst denn auch nichts weiteres, als dass er nicht aus selbstsüchtigen Gründen handeln darf.

Nebst diesen bereits aufgeführten Gründen, die nicht für eine Änderung des Gesetzes sprechen, könnte sich die Einführung einer solchen Bestimmung auch klar negativ auswirken. Gerade in Ärztekreisen stiess der Vorschlag auf wenig Akzeptanz. Die Rolle, die den Ärzten durch den Vorentwurf zugewiesen wurde, stiess auf grosse Kritik. Die FMH möchte nicht, dass die

Suizidhilfe eine ärztliche Tätigkeit wird und plädiert dafür, dass die Verschreibung eines letalen Medikaments in der persönlichen Verantwortung und Entscheidung eines jeden Arztes verbleiben solle. Der oben aufgeführte Änderungsvorschlag würde klar eine Einmischung in die ärztliche Tätigkeit bedeuten. Die Bestimmung wäre weiter nur schwer mit dem Bestimmtheitsgebot vereinbar, weil die verwendete Terminologie einigen Interpretationsspielraum lasse und eine uneinheitliche Praxis mit sich bringen könnte. Letztlich würden die Sterbehilfeorganisationen damit eine staatliche Legitimierung erhalten.<sup>128</sup>

Als wichtigster Grund, der dagegen spricht, eine Änderung von Art. 115 StGB vorzunehmen, ist sicherlich der Widerspruch zu nennen, der sich zu allen Bestrebungen des Bundes ergibt, sich in den Bereichen Suizidprävention und Palliative Care stark zu machen. Der Bund hat seine Tätigkeit in diesem Bereich noch mehr verstärkt und wird in Zukunft seinen Fokus auf die Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende richten.<sup>129</sup>

## **5. Moralisch-ethische Aspekte bei der Sterbehilfe**

In diesem Kapitel möchte ich speziell drei Themenbereiche aufgreifen, die moralisch-ethische Aspekte im Zusammenhang mit Sterbehilfe, resp. assistiertem Suizid beinhalten. Einerseits die grundsätzliche Frage nach der Zulässigkeit von Sterbehilfe, andererseits die beängstigende Zunahme von (assistierten) Suiziden bei Rentnern ohne medizinische Diagnose und die Beteiligung und die Rolle der Ärzte bei assistierten Suiziden.

Welches ist die ethisch und rechtlich „richtige“ Haltung der Gesellschaft, wenn schwerkranke und erheblich leidende Patienten ihrem Leben ein vorzeitiges Ende setzen wollen?<sup>130</sup> Egal wie es genannt wird: es ist immer eine Form des Tötens, wenn geborenes Leben genommen wird. Keine andere Handlung wird moralisch so streng und kritisch beurteilt, wie dies bei der Tötung eines Menschen der Fall ist. Wie bereits ausgeführt, zeigt ein Blick ins Strafgesetzbuch und auf die politischen Diskussionen um das Thema die moralische und ethische Herausforderung der Suizidhilfe. Auch wenn in der Schweiz der Suizid als solches nicht strafbar ist, ist die Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Gründen nach Art. 115 StGB strafbar. Dieser Artikel ist mitten

---

<sup>128</sup> Bericht-BR-2011, p. 33 f.

<sup>129</sup> Bericht-BR-2011, p. 36.

<sup>130</sup> DUTTGE, p. 621.

unter den Tötungsdelikten eingereiht. Es spielen bei der differenzierten strafrechtlichen Beurteilung der Tötungsdelikte auch christliche Traditionen und Moralvorstellungen eine Rolle.<sup>131</sup> Im Zentrum stehen Rechte und Pflichten, moralische Prinzipien der Fürsorge und Autonomie, aber auch die Sorge um die menschliche Würde, um „slippery-slope“-Argumente und den moralischen Zusammenhalt der Gesellschaft. Von Gegnern der aktiven Sterbehilfe und assistierten Suizid wird meist argumentiert, dass die Zulassung oder Tolerierung solcher Praktiken inakzeptable moralische Folgen nach sich ziehen würden.<sup>132</sup> Es darf denn auch nicht leichtfertig ein bereits seit langem bestehender moralischer Konsens aufs Spiel gesetzt werden, da das Leben und die Sicherheit heutzutage in der westlichen Welt auf der Geltung dieser ethischen und rechtlichen Prinzipien fusst. Verlass auf den Schutz des eigenen Lebens gibt es nur solange, als dass man sich darauf verlassen kann, dass jedes Töten grundsätzlich nur als genau definierte Ausnahme von der Regel erlaubt ist. Die Tötung eines Menschen darf unter keinen Umständen in einer moralischen Grauzone verschwimmen oder zu einer neuen Regel werden. Aber es darf auch nicht übersehen werden, dass es zuweilen Lebenslagen und Situationen gibt, in denen Moral und Recht an ihre Grenzen stossen. Es gibt immer wieder Ausnahmesituationen, in denen es Menschen unmöglich oder unerträglich ist, das eigene Leben weiter auszuhalten. Hier kann weder Gesetz noch Moral weiterhelfen und der Einzelne muss für sich eine Entscheidung treffen. Dies wird auch nicht in Abrede gestellt. Fraglich ist jedoch, inwieweit dies dann eine Rückwirkung auf unsere grundlegenden rechtlichen und moralischen Überzeugungen haben soll – und inwieweit neue gesetzliche Regelungen von Nöten sind, um diesen besonderen Situationen Rechnung zu tragen.<sup>133</sup> Es ist in der Schweiz etablierte Praxis, dass Sterbehilfe in gewissen Situationen und unter Berücksichtigung gewisser Voraussetzungen zulässig ist. Dies rückgängig machen zu wollen, ist unrealistisch und entspricht bestimmt keinem Bedürfnis der Bevölkerung. Ob es eine weitere Lockerung hin zu aktiver Sterbehilfe in Zukunft geben wird – und braucht –, wird sich zeigen.

Die Lebenserwartung in der Schweiz ist in den vergangenen Jahren markant angestiegen. Einerseits aufgrund medizinischen Fortschritts, andererseits aber auch wegen der besseren Gesundheitsversorgung älterer Leute. Als Konsequenz des medizinischen Fortschritts sterben

---

<sup>131</sup> MATHWIG, p. 4.

<sup>132</sup> KIPKE, p. 119.

<sup>133</sup> MATHWIG, p. 4.

immer weniger Menschen eines natürlichen, plötzlichen und unerwarteten Todes ohne vorhergehende medizinische Intervention.<sup>134</sup>

Gemäss einem Artikel in der SonntagsZeitung nimmt nicht nur die Anzahl an Suiziden bei Frauen im Alten zwischen 65 und 94 zu – sondern es entscheiden sich offenbar auch immer mehr sterbewillige Frauen, dies mit Begleitung einer Sterbehilfeorganisation zu tun.<sup>135</sup> In die gleiche Richtung, resp. noch etwas weiter, geht ein Artikel in der westschweizer Zeitung Le Matin vom 1. März 2014. Auch hier wird die Frage aufgeworfen, ob die „Lebensmüden“ nicht zu einfach Zugang zu Sterbehilfe haben – denn mehr als ein Viertel der Personen, die Sterbehilfe beansprucht hätten, seien „fatigués de la vie“ – ohne medizinische Indikation oder Diagnose.<sup>136</sup> Dies wird zwar von Exit bestritten. Aber auf der anderen Seite macht Exit selber mobil, damit auch Personen, die kein ärztliches Zeugnis, welches ihnen ein schweres Leiden bescheinigen würde, vorlegen können, Zugang zu Suizidhilfe erhalten. Es seien die Mitglieder gewesen, so Exit, die das Anliegen zum Thema gemacht hätten. Noch sei dies Zukunftsmusik – aber es werde von den Mitgliedern gefordert, die Möglichkeit eines assistierten Suizides zu haben, z.B. vor einem anstehenden Eintritt in ein Pflegeheim.<sup>137</sup> So erzählt auch die 92-jährige Gemma dem französischen Sender Europe 1, dass sie sich entschieden habe, von Frankreich in die Schweiz zu reisen, sollte sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern. Sie habe nicht Angst davor, Schmerzen zu haben, aber sie wolle ihren Kindern nicht zur Last fallen. Sie möchte unabhängig sein. Sobald dies nicht mehr möglich sei, wäre dies für sie unerträglich. Weiter führt sie aus, dass es früher anders gewesen sei, da habe man sich noch um die ältere Generation gekümmert. Dies sei heute nicht mehr so, was zwar traurig sei, aber sie wolle keine Schuldgefühle hervorrufen. Was sie hingegen etwas ungerecht finde, sei die Tatsache, dass es lediglich denjenigen sterbewilligen Personen möglich sei, Sterbehilfe im Ausland in Anspruch zu nehmen, die über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> SCHWARZENEGGER / MANZONI / STUDER / LEANZA, p. 426, DUTTGE, p. 621.

<sup>135</sup> SonntagsZeitung vom 08.07.2015, p. 7.

<sup>136</sup> <<http://www.lematin.ch/suisse/Suicide-assiste-sans-maladie/story/28311194/print.html>>, letztmals besucht am 22.07.2015.

<sup>137</sup> <<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58716>>, letztmals besucht am 02.08.2015.

<sup>138</sup> <<http://www.europe1.fr/societe/suicide-assiste-gemma-92-ans-ira-mourir-en-suisse-2393893>>, letztmals besucht am 25.06.2015.

Wie eine Umfrage unter Schweizer Bürgern gezeigt hat, sind diese zwar grundsätzlich für Sterbehilfe, da sie überzeugt sind, dass suizidale Personen einen anderen Weg finden würden das Leben zu beenden, falls ihnen die Verschreibung der letalen Substanz verweigert würde. Unter bestimmten Voraussetzungen würde die Mehrheit dies sogar für Menschen in Ordnung finden, die psychisch krank sind – jedoch nicht für Menschen, die ohne medizinische Diagnose sind, die einfach nicht mehr leben, sondern sterben wollen („people tired of life“).<sup>139</sup>

Und doch scheint gerade dies ein Bedürfnis zu sein. Niemandem zur Last fallen wollen als Grund für einen Suizid? Gerade Frauen können schlecht damit umgehen, auf Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein – was wiederum eine Erklärung dafür sein mag, warum gerade bei den Frauen die Zunahme von (assistierten) Suiziden so frappant hoch ist. Dabei steht doch aber ganz offensichtlich der Wunsch nicht mehr leben wollen im Vordergrund und nicht der tatsächliche Wunsch zu sterben. Wenn ohne Einschränkung weitergelebt werden könnte, würde sich die ganz grosse Mehrheit der Betroffenen dafür entscheiden. Kann man hier überhaupt noch von einem freiverantwortlichen Handeln und einem Sterbewunsch, der frei von äusserem Druck entstanden ist, reden? Diese Entwicklung hin zu assistierten Suiziden bei „Lebensmüden“ ist äusserst heikel. Die Bemühungen des Bundes gehen jedoch genau in diese Richtung. Es wurde erkannt, dass es dringend notwendig ist, die Selbstbestimmung am Lebensende zu stärken, Suizidprävention zu betreiben und den Menschen die Möglichkeiten der Palliative Care näher bekannt und zugänglich zu machen.

In der bereits oben erwähnten Umfrage wurden die Teilnehmer gefragt, wer ihrer Meinung nach dazu berechtigt sein sollte, Sterbehilfe, resp. assistierten Suizid, auszuführen. 86.1% waren der Meinung, dass dies ein Arzt sein sollte, gefolgt von Krankenschwestern mit spezieller Ausbildung (61.4%). Nur noch 43.3% waren dafür, dass speziell ausgebildete Sterbehelfer von Sterbehilfeorganisationen dazu berechtigt sein sollten und 39.3% fanden, es sei in Ordnung, wenn Verwandte oder Freunde diese Aufgabe übernehmen.<sup>140</sup> Hier zeigt sich eine grosse Diskrepanz zwischen (Wunsch-)Vorstellung und Realität. Zwar ist in der Schweiz bei einem Sterbehilfe-Suizid immer mindestens ein Arzt involviert, der das Zeugnis für das NaP ausstellt und die Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen dokumentiert – aber bei der tatsächlichen

---

<sup>139</sup> SCHWARZENEGGER / MANZONI / STUDER / LEANZA, p. 433 f.

<sup>140</sup> SCHWARZENEGGER / MANZONI / STUDER / LEANZA, p. 434 f.

Ausführung der Sterbehilfe ist in der Regel nur ein Sterbebegleiter der Sterbehilfeorganisation, und allenfalls Freunde und Angehörige, anwesend. Der ärztlich assistierte Suizid gehört, wie bereits ausgeführt, nicht zu den Aufgaben von Ärzten – und doch werden sie in ihrem Berufsalltag vermutlich je länger je mehr mit dieser Problematik konfrontiert.

Die SAMW anerkennt, dass die ärztliche Beteiligung beim assistierten Suizid mittlerweile eine breite Akzeptanz und Verbreitung inne hat, stellt aber die Frage, ob dieser Tatsache darin Rechnung getragen werden müsse, dass man gewisse Inhalte in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung integriere. Sie wirft weiter die Frage auf, ob es für die Ärzteschaft nicht sicherer wäre, auf dem Standpunkt „Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“ zu beharren.<sup>141</sup> Die FMH lehnt es ab, dass Ärzte zu sehr in die Thematik des assistierten Suizides einbezogen werden. Sie anerkennt zwar, dass ein Verbot der Sterbehilfeorganisation keine Lösung sei, genauso wenig wie eine zu restriktive Reglementierung. Gleichzeitig hat sie aber einige Fragen aufgeworfen: Was bringt Sterbehilfe; was bringt sie und wo bedroht sie? Wo bringt sie mehr Freiheit und Würde – und wo wird Menschlichkeit und Fürsorge zerstört? Wo wird die Fähigkeit gefördert und wo verhindert sie es, sich dem Leben und dem Sterben überlassen zu können?<sup>142</sup>

Es wird für Ärzte in näherer Zukunft bestimmt nicht einfacher werden, mit dem Thema assistierter Suizid umzugehen und eine eigene Linie zu finden.

## **6. Sterbehilfe-agT und Checkliste**

In der Schweiz wird jeder Suizid als nicht natürlicher, aussergewöhnlicher Todesfall i.S.v. Art. 253 StPO der zuständigen Strafuntersuchungsbehörde gemeldet. In der Folge muss abgeklärt werden, ob es sich in diesem Fall um einen Suizid handelt oder nicht.

Mein erster agT, zu dem ich als Staatsanwältin alleine ausrücken musste, war halbwegs ein Sterbehilfe-agT. Der Mann war zwar Mitglied bei Exit und hat auch nach den Anweisungen in einem Büchlein von Exit versucht, sich mit einem Plastiksack über dem Kopf das Leben zu nehmen. Als dies jedoch nicht gelang, hat er in das Büchlein, neben die detaillierten

---

<sup>141</sup> BOSSHARD / HURST, p. 2.

<sup>142</sup> Schweizerische Ärztezeitung, 2010;91: 9, p. 333.



---

Anweisungen, wie vorzugehen sei, geschrieben „Hat nicht geklappt!“ – und hat sich in der Folge mit einer alten Waffe aus dem 2. Weltkrieg das Leben genommen. Er war dabei alleine.

Beim letzten agT, zu dem ich ausrückte, hat es sich um einen „echten“ Exit-Fall gehandelt. Hier wiederum hat die Besonderheit darin gelegen, dass im Dossier von Exit zwei Arztzeugnisse enthalten waren, die im Abstand von wenigen Wochen ausgestellt worden waren. Das erste bescheinigte der sterbewilligen Person eine ganz gute Gesundheit, wobei anerkannt wurde, dass gewisse Altersgebrechen vorliegen. Das zweite hingegen bescheinigte ein schweres, krankheitsbedingtes Leiden – und das Zeugnis für den Bezug von NaP wurde ausgestellt.

Im Kanton Solothurn rückt die Staatsanwaltschaft praktisch bei jedem gemeldeten agT aus. Doch was hat sie am Ort des Geschehens nach einem Sterbehilfe-agT abzuklären? Sie hat alle relevanten Beweismittel zu sichern, die dazu benötigt werden, um feststellen zu können, ob der Suizid freiverantwortlich, in eigener Tatherrschaft ausgeübt wurde und keine selbstsüchtigen Beweggründe des Suizidhelfers vorgelegen haben. Dazu muss allenfalls auch einmal der Verstorbene in die Rechtsmedizin überführt werden; auf jeden Fall hat eine Legalinspektion stattzufinden. Es mag für die allenfalls anwesenden Angehörigen in einem gewissen Mass pietätlos erscheinen, wenn so kurz nach dem Tod eines geliebten Menschen die Polizei und Staatsanwaltschaft aufmarschiert und der Leichnam beschlagnahmt wird – doch hat hier das öffentliche Interesse Vorrang. Selbstverständlich wird dabei mit der grösstmöglichen Rücksichtnahme vorgegangen. Bei Exit liegt für die Untersuchungsbehörde ein Dossier bereit, worin die Freiverantwortlichkeit und die Tatherrschaft beim Suizid dokumentiert sind. Wie genau abgeklärt werden kann und soll, in welche Richtung die Beweggründe des Sterbehelfers gehen, herrscht Unklarheit.<sup>143</sup>

Um es der Staatsanwaltschaft zu erleichtern, vor Ort an die relevanten und zu prüfenden Fakten zu denken, soll die nachstehend aufgeführte Checkliste, die in Anlehnung an die „Checkliste assistierter Suizid“ des IRM Basel erstellt wurde, dienen.

---

<sup>143</sup> SCHUBARTH, p. 260 ff.

## Checkliste assistierter Suizid

Verfahrens-Nr.

Datum

Uhrzeit

### GRUND FÜR SUIZIDWUNSCH

- Relevante Krankheit nach Sterbehilferegeln (Chronische Schmerzkrankheit)
- Relevante, das Leben beeinträchtigende, nicht adäquat therapierbare Krankheit (Herzinsuffizienz, MS, ALS, Parkinson, Aids, Folgen eines Schlaganfalls, etc.)
- Altersgebrechen (Bluthochdruck, Gelenkerkrankungen, Visusverlust)
- Autonomieverlust / Lebensmüdigkeit
- Psychische Krankheit
- Demenz
- Äusserer Druck

### SUIZIDMEDIKATION

- Natrium-Pentobarbital       andere

### EINNAHME

- oral                                       intravenös, indiziert                       intravenös, nicht indiziert
- Magensonde, indiziert               Magensonde, nicht indiziert

### STERBEHILFEORGANISATION

- Exit                                       Dignitas                                       Eternal Spirit
- andere

Erste Kontaktaufnahme: \_\_\_\_\_

Beitrittsdatum / Dauer Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

Anzahl Gespräche (mit Freitodbegleiter, Arzt / Konsiliararzt / Geschäftsstelle): \_\_\_\_\_

### ZU PRÜFEN

Bescheinigung der Urteilsfähigkeit liegt vor: \_\_\_\_\_

Freiverantwortlichkeit und Tatherrschaft beim Sterbewilligen sind dokumentiert: \_\_\_\_\_

Liegen Verletzungen durch Fremdeinwirkung vor: \_\_\_\_\_

Falls ja: Ist eine Obduktion indiziert: \_\_\_\_\_

## 7. Schlussbetrachtung

Wann ist ein Leben noch lebenswert? Wie viel Zeit nehmen wir uns zum Leben – und wieviel Zeit zum Sterben?

Es bleibt bei mir in Bezug auf das Thema der Sterbehilfe und des assistierten Suizides ein innerer Zwiespalt.

Einerseits bin ich überzeugt, dass es nicht am Menschen ist, zu entscheiden, wann ein Leben noch lebenswert ist oder nicht und entsprechend wann es beendet werden soll. Andererseits aber auch ein Verständnis dafür, dass Menschen autonom darüber entscheiden wollen können, wann sie ihr Leben beenden möchten und sich wünschen, dazu ein Mittel zur Verfügung zu haben, mit dem sie schmerz- und weitgehend risikolos den eigenen Tod herbeiführen können. Dabei bleibt aber die Ungerechtigkeit offen, dass dieser Weg nur denjenigen Menschen offen steht, die noch in der Lage sind, diese Tat auch tatsächlich selber auszuführen, den letzten notwendigen Akt selbst auszuüben. Doch diejenigen Sterbewilligen, denen dies aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr möglich ist, bleibt dieser Ausweg versperrt – obwohl kaum jemand bestreiten mag, dass gerade für die Situation dieser Menschen und den damit einhergehender Sterbewunsch ein grosses Verständnis vorhanden ist.

Somit wäre es meines Erachtens durchaus wünschenswert, eine ähnliche Bestimmung, wie diese in den erwähnten Bundesstaaten der USA und den Benelux-Ländern geschaffen wurde, auch in der Schweiz näher zu prüfen. Ein ärztlich assistierter Suizid ist alleweil besser, als wenn sich jemand vor den Zug wirft oder jemand für den Sterbewilligen eine Tötung auf Verlangen durchführt. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber dieses Bedürfnis nach einer Regelung erneut aufgreift und eine moralisch-ethisch klare Lösung finden kann.

## **Erklärung**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne Mithilfe Dritter verfasst habe und in der Arbeit alle verwendeten Quellen angegeben habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von Plagiaten auf Note 1 erkannt werden kann.

Herisau, 8. August 2015

Ursina Stocker