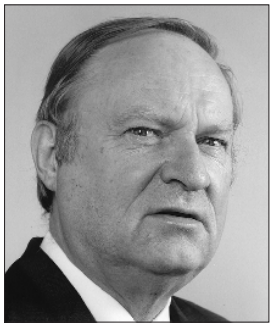
# Die EMRK schützt die Suizidfreiheit

## Wie antwortet darauf das Schweizer Recht?





lic. iur. LUDWIG A. MINELLI,
Forch-Zürich

Inhaltsübersicht:

A. Völkerrecht
1. Massgebende Bestimmungen der EMRK
1.1. Das Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten
1.1.1. Die Haltung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte
1.2. Die Dogmatik zur Frage einer Weiterlebenspflicht
1.3. Der Anspruch aus Art. 8 EMRK reicht weiter
1.4. Exkurs: Von der Schwierigkeit, Suizid zu begehen
1.4.1. Erschwerung des Suizids durch technische Fortschritte
1.4.2. Suizidmethoden mit besonders schwerer Eigengefährdung
1.4.3. Suizidmethoden mit starker Drittgefährdung
1.4.4. Abzulehnende Methoden
1.4.5. Unzumutbarkeit solcher Methoden für Drittpersonen
1.5. Die risiko- und schmerzfreie Suizid-Methode
1.6. Natrium-Pentobarbital ist nicht allgemein zugänglich
1.7. Pflichten der Vertragsstaaten aus Art. 2 EMRK?
1.8. Fazit der völkerrechtlichen Situation
B. Schweizerisches Landesrecht
1. Betäubungsmittelrecht im Allgemeinen
1.1. Vorschriften über Natrium-Pentobarbital
1.1.1. Auf der Grundlage von Bundesgesetzen
1.1.2. Auf der Grundlage internationaler Übereinkommen
1.2. Vorschriften über die Abgabe von Betäubungsmitteln
1.3. Fazit
2. Gründe für das Fehlen von Bestimmungen im Zusammenhang mit Suizidhilfe
3. Arztrecht
3.1. Im Bereich der Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften
3.1.1. Bestehende Richtlinien
3.1.2. Geplante Richtlinien
3.1.3. Bemerkungen zu diesen Richtlinien
3.1.3.1. NAP-Anwendung wird vorausgesetzt
3.1.3.2. Das Problem der mental Kranken
3.1.4. Fazit
4. Die Rolle des Arztes bei der Verschreibung von Arzneimitteln
4.1. Zum Zwecke von Heilung oder Linderung von Krankheiten
4.2. Zum Zwecke der Durchführung eines begleiteten Suizides
4.3. Die Dokumentierung zuhanden der Strafverfolgungsbehörden
5. Fazit

*Was man in der Erklärung*
*der Menschenrechte vergessen hat*
*und was nunmehr als Folge*
*dieser Unterlassung auch in keiner*
*modernen liberalen Verfassung steht,*
*ist der simple Satz:*
*"Jeder Mensch hat das Recht zu leben*
*und das Recht zu sterben."*

MANFRED KUHN[1]

Am 29. April 2002 hat der Europäische Gerichtshof sein Urteil in der Sache *Diane Pretty* gegen das Vereinigte Königreich verkündet[2]. Diane Pretty litt an Amyotropher Lateralsklerose (englisch: Motor Neuron Disease), einer neurologischen Krankheit, bei welcher nach und nach alle Muskeln ihre Kraft verlieren, und bei welcher die Kranken in der Regel sterben, weil die zum Atmen notwendigen Muskeln ihren Dienst versagen.

Diane Pretty wollte, dass ihr Mann ihr bei einem allfälligen Suizid behilflich sei, doch da der britische "Suicide Act" von 1961 Beihilfe zum Suizid mit einer Freiheitsstrafe bis zu 14 Jahren bedroht, verlangte sie vom Staat vorsorglich die Zusicherung, ihren Ehemann allenfalls deswegen nicht zu verfolgen. Mit diesem Antrag hatte sie in Grossbritannien keinen Erfolg; ihre Beschwerde in Strassburg, mit der sie unter anderem eine Verletzung ihres Rechts auf Respektierung ihres Privatlebens geltend gemacht hatte, wurde abgewiesen.

Da es ihre britischen Anwälte versäumt hatten, im Strassburger Verfahren grundlegende Fragen aufzuwerfen, die im Spannungsfeld zwischen Suizidfreiheit und Europäischer Menschenrechtskonvention bestehen, sah der Gerichtshof keine Möglichkeit, diese zu prüfen und zu beantworten. Immerhin ist bemerkenswert, dass er bei der Prüfung der Frage, ob Grossbritannien Rechte von Diane Pretty, die aus Art. 8 EMRK folgen, verletzt habe, erklärt hat, er könne nicht ausschliessen, dass das Recht, seinem eigenen Leben ein Ende zu setzen, von Art. 8 EMRK gedeckt sei.

Im Folgenden soll diesen Fragen, insbesondere jener, ob die Suizidfreiheit durch die EMRK garantiert wird, vertieft nachgegangen werden.

1 In: MANFRED KUHN, Ist das alles wahr?, Zürich 2001, 87.
2 Urteil vom 29.4.2002; EuGRZ 2002, 234–244.

# A. Völkerrecht

## 1. Massgebende Bestimmungen der EMRK

Im Vordergrund steht zweifellos Art. 8 EMRK. Er hat folgenden Wortlaut:

1. Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.
2. Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Massnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

### 1.1. Das Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten

Da Art. 8 Abs. 1 EMRK die Achtung des Privatlebens durch die Vertragsstaaten völkerrechtlich verbrieft, fällt darunter auch das Recht eines Menschen, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten. Angesichts des Fehlens von einschränkenden materiellen Bestimmungen zu diesem Recht in der EMRK muss zudem davon ausgegangen werden, dass ein solches Recht jedenfalls unabhängig von einer besonderen Begründung, wie etwa schwerer oder unheilbarer Krankheit oder unmittelbar bevorstehende Sterbephase, besteht; die Suizidfreiheit besteht somit *voraussetzungslos*, jedenfalls solange der Suizident in Bezug auf diesen Vorgang urteilsfähig ist.

Seit dem Inkrafttreten des britischen "Suicide-Acts" im Jahre 1961 gibt es in den nationalen Rechten der Vertragstaaten der EMRK keine strafrechtlichen Bestimmungen mehr, welche einen Menschen wegen eines an sich selbst vorgenommenen Versuchs, sich zu töten, mit Strafe bedrohen – im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen in gewissen Rechtsordnungen auf Suizidversuch sogar die Todesstrafe gestanden hat (sic!)[3].

#### 1.1.1. Die Haltung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hatte bisher noch nie zu entscheiden, ob das Recht eines Menschen, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, durch eine Bestimmung der EMRK geschützt sei. Die Frage hat sich auch im Fall *Diane Pretty* gegen das Vereinigte Königreich nicht gestellt, da sie von den dortigen Parteien leider gar nicht aufgeworfen worden war.

Der Gerichtshof hat jedoch bei der Prüfung der Frage, ob das Vereinigte Königreich verpflichtet gewesen wäre, dem Ehemann von Diane Pretty für eine allfällige Beihilfe zum Suizid Straffreiheit zuzusichern, erklärt, er sei "nicht in der Lage auszuschliessen, dass dies einen Eingriff in ihr Recht auf Achtung des Privatlebens darstellt, wie es in Art. 8 Abs. 1 EMRK garantiert ist", und er prüfe deshalb die Frage, ob dieser Eingriff mit den Anforderungen des Art. 8 Abs. 1 EMRK vereinbar sei[4].

Betrachtet man die gesamte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zu Art. 8 EMRK, ergibt sich ohne weiteres, dass neben beispielsweise der Freiheit beruflicher Betätigung[5], der Freiheit, sich mit anderen Menschen einverständlich sexuell zu betätigen[6] etc., auch das Recht, sein eigenes Leben beenden zu dürfen, zum *Privatleben* zu zählen ist, welches vom Staat zu respektieren ist. Es ist in keiner Weise ersichtlich, dass dieses Recht von den Vertragsstaaten unter Berufung auf Art. 8 Abs. 2 EMRK irgendwie eingeschränkt oder gar entzogen werden dürfte, da die für derartige Eingriffe erforderlichen Voraussetzungen, wie sie von Art. 8 Abs. 2 EMRK gefordert werden, vollständig fehlen[7].

Im Übrigen hatte schon die Europäische Menschenrechtskommission vor zwanzig Jahren im Fall *Reed* gegen das Vereinigte Königreich[8] in Abschnitt 13 ihrer Entscheidung angedeutet, dass das Recht, seinem eigenen Leben ein Ende zu bereiten, unter Art. 8 der EMRK fallen könnte.

### 1.2. Die Dogmatik zur Frage einer Weiterlebenspflicht

Die Rechtswissenschaft ist sich weitgehend darin einig, dass ein Mensch auf sein Recht auf Leben verzichten darf. *Es gibt keine Pflicht zum Weiterleben.* Diese Auffassung geht auf das liberale Denken des 19. Jahrhunderts zurück. Der Bundesrat hat dazu in seiner Botschaft zum Entwurf des Schweizerischen Strafgesetzbuches bereits im Jahre 1918[9] ausgeführt:

> Die Selbsttötung ist im modernen Strafrecht kein Vergehen und es liegt keine Veranlassung vor, etwa aus bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten auf das frühere Recht zurückzukommen.

Die Dogmatik ist sich einig darüber, dass Art. 8 EMRK das Selbstbestimmungsrecht des Individuums, mithin dessen Befugnis, über die eigene Person und die Gestaltung des Lebens zu verfügen, garantiert[10]. Dazu gehört naturgemäss auch das Recht, seinem eigenen Leben ein Ende setzen zu dürfen.

Am ausführlichsten hat sich zu dieser Thematik bislang der gegenwärtige Präsident des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, LUZIUS WILDHABER, geäussert[11]; das Zitat wird seiner Bedeutung wegen vollständig, auch mit den dazugehörigen Fussnoten, wiedergegeben:

---

3 http://www.jmmv.de/service/archiv/suizid/exponate/130.html
4 Abschnitt 67 des erwähnten Urteils.
5 JOCHEN ABRAHAM FROWEIN, Rz. 3 zu Art. 8, in FROWEIN/PEUKERT, EMRK-Kommentar, 2. A.; EuGRZ 1993, 65, 66.
6 Dies. (FN 5), Rz. 4 zu Art. 8; EuGRZ 1983, 488; EuGRZ 1992, 447.
7 Es fehlen sowohl die formellen als auch die materiellen Voraussetzungen für Eingriffe.
8 DR 33, 270, 271.
9 BBl 1918 IV 1, 32.
10 MARK E. VILLIGER, Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), Zürich 1999, Rz. 555.
11 In: HERIBERT GOLSONG et al., Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, Köln etc., 1992, N 267–269 zu Artikel 8 EMRK.

"267 Persönliche Entscheidungsfreiheit und Willensautonomie sind Ausfluss des jedem Menschen zustehenden Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts. Beschränkungen stellen daher Eingriffe in das in Art 8 EMRK geschützte Privatleben dar.

268 Zu dieser Entscheidungs- und Willensautonomie gehört auch die Möglichkeit, gegenüber sich selbst – nicht aber gegenüber Dritten – auf das eigene Leben zu verzichten, solange man in der Lage ist, darüber verantwortlich zu urteilen und danach zu handeln *(FN 78, MARCO BORGHI, L'image de la mort en droit public, FS 100-Jahrfeier der Universität Freiburg i. Ue., 1990, 37–55; WILFRIED BOTTKE, Suizid und Strafrecht, 1982, 42–44; DERS., Das Recht auf Suizid und Suizidverhütung, GA 129 [1982], 346–361; OLIVER C. BRÄNDEL, Über das Recht, den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst zu bestimmen, ZRP 18 [1985], 85–92; MONIKA BURKART, Das Recht, in Würde zu sterben – Ein Menschenrecht, Diss. Zürich 1983, 63–64, 81; ROBERT KEHL, Sterbehilfe. Ethische und Juristische Grundlagen, 1989; ALEX PEDRAZZINI, L'euthanasie, de l'avortement eugénique à la prolongation artificielle de la vie, Diss. Lausanne 1982, 105–109; MICHEL ROSSINELLI, Le premier et le dernier des droits – Reflexions sur le droit à la vie et le "droit de mourir dignement" dans l'ordre juridique suisse, in: Patient Patientenrecht, Droit des patients – quel diagnostic [Hgb Demokratische Juristen der Schweiz], 1984, 117–144; TRIBE, American Constitutional Law 1369–1371; aA CHRISTA NIESTROJ, Die rechtliche Bewertung der Selbsttötung und die Strafbarkeit der Suizidbeteiligung, Diss. Göttingen 1983, 67–71; HARRO OTTO, Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung, Verhandlungen des 56. DJT, 1986, 12–18).*

Einer solchen Möglichkeit steht das Recht auf Leben gemäss Art 2 EMRK nicht entgegen. Denn dieses verpflichtet den Staat nur, das Leben des Einzelnen nicht zu gefährden, es positiv zu garantieren und vor Eingriffen seitens Dritter zu schützen. Es verpflichtet den Staat hingegen nicht dazu, den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will. Das Recht auf Leben begründet auch keine "Weiterlebenspflicht" zulasten Einzelner *(FN 79, BRÄNDEL [Anm 78] 89; BOTTKE, Recht auf Suizid [Anm 78] 349; NIESTROJ [Anm 78] 11–50; PEDRAZZINI [Anm 78] 105–106; ROSSINELLI [Anm 78] 131; CLAUS ROXIN, Die Mitwirkung beim Suizid – ein Tötungsdelikt?, FS Eduard Dreher, 1977, 331–355, 338. Für eine "Weiterlebenspflicht" aber HENNING KLINKENBERG, Die Rechtspflicht zum Weiterleben und ihre Grenzen, JR 1978, 441–445; EBERHARD SCHMIDHÄUSER, Strafrecht, Bes Teil, 2. A. 1983, 18–19).*
Mit seinem aus dem Persönlichkeitsrecht ableitbaren Entscheid über den Zeitpunkt seines Todes bestimmt der Betroffene vielmehr gleichsam selbst, wann und wie er sein Recht auf Leben ausüben möchte *(FN 80, FRANÇOIS RIGAUX, Vorwort zu X. DIJON, Le sujet de droit et son corps, une mise à l'épreuve du droit subjectif, Diss. Namur, 1982, XI).*

269 Der Entscheid einer verantwortlich urteilenden und handelnden Person zur Selbsttötung in Ausübung ihres Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts ist somit zu respektieren *(FN 81, Diskutiert wird, ob Ausnahmen zum Recht auf Selbsttötung aus höchstpersönlichen Fürsorge-, Schutz- oder Treuepflichten hergeleitet werden könnten oder sich aus der Wahrnehmung gesetzlicher Suizidverhinderungsrechte und -pflichten ergeben könnten, BOTTKE, Suizid und Strafrecht [Anm 78], 45–49).*

Rechtsnormen, die den Selbsttötungsversuch unter Strafe stellen wollten, verstiessen deshalb gegen den Anspruch auf Achtung des Privatlebens *(FN 82, Während die kontinentaleuropäischen Rechtsordnungen solche Normen seit langem nicht mehr kennen, war der Selbsttötungsversuch im angelsächsischen Rechtskreis bis 1961 strafbar, GÜNTER STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht, Bes Teil I, 1983, 35–36).*

Die EKMR deutete in einem Entscheid von 1983 an, dass die Selbsttötung zur Privatsphäre des Einzelnen gehören könne, ohne dazu aber eindeutig Stellung zu nehmen. Im selben Entscheid stellte sie sodann fest, dass jede Form von Beihilfe zur Selbsttötung aufgrund des unbefugten Eingriffs in das öffentliche Interesse am Schutz von Leben nicht zur Privatsphäre der helfenden Drittperson gehöre *(FN 83, EKMR, E 4.7.1983, 10083/82, DR 33, 270, [Reed c GB; Fall der "Exit"-Organisation]. Dazu auch HANS REIS, Heutige Auffassungen in der BRD und in der DDR zu Euthanasie, "Selbstbestimmungsrecht" und Beihilfe zur Selbsttötung, EuGRZ 14 [1987], 277–282. Vgl ferner EKMR, E 20.1.1986, 10801/84 [unv, S] [bloss provisorische Entlassung aus psychiatrischer Anstalt; gerechtfertigt, weil überprüft werden musste, dass die Patientin ihre Mittel einnahm]).*"

### 1.3. Der Anspruch aus Art. 8 EMRK reicht weiter

Nun darf aber nicht übersehen werden, dass sich die Pflicht der EMRK-Vertragsstaaten, das Privatleben bezüglich der Selbsttötung zu achten, nicht allein darin erschöpfen kann, dass dem Einzelnen ein solches theoretisches Recht zugestanden wird. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte enthält die EMRK *"nicht bloss theoretische oder illusorische Rechte"*, sondern – so steht es erstmals im Urteil in der Sache *Artico gegen Italien* vom 13. Mai 1980 Abschnitt 31, – *"Rechte, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten."*[12]

Insgesamt will die EMRK mit allen ihren Bestimmungen letztlich die menschliche Würde schützen. Sie beruft sich in ihrer Präambel ausdrücklich und an erster Stelle auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 verkündet worden ist, und jene Erklärung nennt ihrerseits in ihrer Präambel "die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Familie innewohnenden Würde" an erster Stelle[13].

Grundrechte sind jedoch solange nicht verwirklicht, als deren Inanspruchnahme dem Einzelnen nicht ohne weiteres oder nicht ohne schwere Beeinträchtigungen seiner Befindlichkeit oder seiner Würde möglich sind, und sie sind auch nicht verwirklicht, wenn ihre Inanspruchnahme tatsächlich nur wenigen Auserwählten – beispielsweise Ärzten, für welche die Statistik nachweist, dass sie eine viel höhere Suizidhäufigkeit aufweisen als die übrige Bevölkerung[14] – überhaupt möglich ist, oder wenn ihre Inanspruchnahme

12 EuGRZ 1980, 662, 664.
13 H. MIEHSLER/H. PETZOLD, European Convention on Human Rights, Text and Documents, Köln etc. 1982, Bd. I, Abs. B., 2, 3.
14 H. B. JURKAT/C. REIMER, Lebensqualität und Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten, Schweizerische Ärztezeitung 2001, 1739.

mit der inhärenten Gefahr verbunden ist, beliebige Dritte in ihren geschützten Grundrechten dadurch zu verletzen.

### 1.4. Exkurs: Von der Schwierigkeit, Suizid zu begehen

Genau dies ist aber in der Regel der Fall, wenn jemand heutzutage sein eigenes Leben freiwillig beenden möchte. Ein solcher Akt kann nur dann als die menschliche Würde respektierend bezeichnet werden, wenn – wie bei einem natürlichen Sterben, das sich vorher angekündigt hat – Angehörige und/oder andere dem Sterbenden nahestehende Menschen ohne übermässige emotionale Belastung während des Sterbevorganges anwesend sind und den Sterbenden so auf seiner allerletzten Wegstrecke seines Lebens begleiten können.

Ebenso fällt ins Gewicht, dass die Zuerkennung eines Rechtes, das nur ausgeübt werden kann, indem ein Mensch gleichzeitig schlimmste Risiken für den Fall seines unbeabsichtigten Weiterlebens in Kauf nehmen muss, das Grundrecht auf selbstbestimmtes eigenes Sterben seines praktischen Gehaltes entleert; es würde die Ausübung dieses Grundrechtes an eine Bedingung knüpfen, die ihrerseits der menschlichen Würde zuwiderläuft. Wer etwa sagt, es möge derjenige, der selbstbestimmt sterben wolle, eine Pistole kaufen und sich damit erschiessen, verlangt vom Sterbewilligen, in Kauf zu nehmen, dass nach einer solchen Handlung sein Körper höchst wahrscheinlich entstellt sein wird und dass seine Angehörigen den Toten nicht mehr werden sehen können, ohne dadurch schwerst traumatisiert zu werden. Gleichzeitig auferlegt ein solches Denken immer wieder Angehörigen öffentlicher Dienste, insbesondere jener der Notfallärzte, die in den meisten Fällen die Ersten sind, die zu Hilfe gerufen werden, der Polizei oder der Gerichtsmedizin, sich mit derartigen Situationen auseinandersetzen zu müssen.

Es ist tatsächlich keineswegs mehr einfach, Suizid zu begehen. Sonst würden die Versuche dazu nicht so oft scheitern. Zum Beweise dessen sei vorerst auf die Antwort des Bundesrates vom 9. Januar 2002 auf die Einfache Anfrage von Nationalrat ANDREAS GROSS hingewiesen. Darin führt der Bundesrat unter anderem wörtlich aus[15]:

> Zwischen 1980 und 1997 waren die Suizidzahlen in der Schweiz gemäss Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik sowohl absolut wie relativ rückläufig. Wurden 1980 noch 1621 (1128 Männer und 493 Frauen) Suizide registriert, waren es 1990 noch 1467 (1032 Männer und 425 Frauen) und 1997 noch 1341 (963 Männer und 378 Frauen). Pro 100 000 Einwohner ergab dies 24,9 Suizide im Jahre 1980, 20,1 im Jahre 1990 und 17,1 im Jahre 1997. Wenn wir die genannten Zahlen amtlich registrierter Selbsttötungen mit den geschätzten Dunkelziffern multiplizieren, ergeben sich für 1997 rund 20 000 bis 67 000 (!) versuchte Suizide in der Schweiz. Zudem bewegt sich unser Land im internationalen Vergleich bezüglich der amtlich registrierten Selbstmorde in der Spitzengruppe.
>
> Fachleute wie forensische Psychiater, Psychotherapeuten und Gerichtsmediziner westeuropäischer Industriestaaten gehen heute davon aus, dass die Zahl der versuchten Selbsttötungen (meist in der Form des so genannten "appellativen Suizidversuches") mindestens zehnmal höher liegt als jene der tatsächlich "erfolgreich" ausgeführten und deswegen amtlich bekannt gewordenen Suizide. Die Dunkelziffer ist auf jeden Fall erschreckend hoch. Dr. CALVIN FREDERICK, Chief of Emergency Mental and Disaster Assistance am amerikanischen National Institute of Mental Health, schätzt diese Zahl der Selbstmordversuche in Industriestaaten sogar bis zu 50-mal höher als jene der gelungenen Selbstmorde.

Sodann ist auf die vor kurzem veröffentlichte Studie zu verweisen, die im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für die Europäische Menschenrechtskonvention (SGEMKO) über die finanziellen Auswirkungen des Suizidgeschehens in der Schweiz durchgeführt worden ist[16]. Darin wird gezeigt, dass insbesondere die gescheiterten Suizidversuche häufig zu schwerwiegenden Schädigungen der Suizidenten, wenn auch nicht zu ihrem Tode, führen, und dass deswegen für die Gesellschaft ausserordentlich hohe Kosten entstehen. Häufig sind auch Schädigungen Dritter durch suizidale Handlungen.

Die Studie belegt, dass die von der Gesellschaft zu tragenden Kosten des Suizidgeschehens – dieses umfasst gelungene Suizide und misslungene Suizidversuche – Jahr für Jahr Summen in der Grössenordnung von 2,5 Milliarden Schweizer Franken ausmachen. Dabei entfällt der Löwenanteil auf die Kosten der Suizidversuche, führen diese doch in zahlreichen Fällen zu überaus hohen Gesundheitskosten.

Die Studie weist im Übrigen auch nach, dass es sowohl der Bund als auch die Kantone bislang versäumt haben, für eine dem Problem angemessene Prophylaxe zu sorgen. Sie sollten ihrer Pflicht, Leben zu schützen, in erster Linie dort nachkommen, wo es in der Gesellschaft als ausserordentlich stark gefährdet erscheint und schon angesichts der damit verbundenen Kosten für die Gemeinschaft dringender Handlungsbedarf besteht.

#### 1.4.1. Erschwerung des Suizids durch technische Fortschritte

Der Vollzug eines Suizids ist seit längerer Zeit vor allem durch technische Fortschritte oder – bei Pharmazeutika – durch Einsatz anderer Stoffgruppen, die selbst in Überdosis nicht letal wirken, oder durch Kombination mit Emetika (Brechmitteln), die bei Überdosis wirken, stark erschwert worden. Früher verhältnismässig sichere und geläufige Methoden des Suizids funktionieren heute vor allem deshalb nicht mehr.

Obwohl wahrscheinlich noch immer eine überwiegende Zahl von Menschen glaubt, sich beispielsweise mit einer Überdosis Schlaftabletten oder mit einer Kombination von Arzneimitteln umbringen zu können, ist dies seit längerem praktisch ausgeschlossen: Die früher auf der Basis von Barbituraten funktionierenden Medikamente, die als Schlafmit-

15 Einfache Anfrage ANDREAS GROSS vom 3.10.2001 betr. Suizide und Suizidversuche. Zahlen, Antwort des Bundesrates vom 9.1.2002, Geschäft Nr. 01.1105.

16 PETER HOLENSTEIN, Der Preis der Verzweiflung, Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz, SGEMKO Forch-Zürich, 11.9.2003.

tel eingesetzt worden sind, sind längst durch Benzodiazepine ersetzt worden. Diese wirken auch in Überdosis nur in den seltensten Fällen noch letal; sie bewirken allerdings in Überdosis zum Teil schwerste Schädigungen wichtiger Organe wie Leber oder Niere. Selbst das letzte noch auf dem Markt befindliche Barbiturat "Luminal" – Phenobarbital –, das gegen Epilepsie eingesetzt wird, wirkt in Überdosis in der Regel nicht mehr letal, sondern bewirkt allenfalls länger dauernde komatöse Zustände und entsprechend nachwirkende Schädigungen von Organen[17].

Die früher ebenfalls verhältnismässig häufig verwendete Methode, sich in einer geschlossenen Garage mit laufendem Automotor einzuschliessen, so dass der Suizident das in den Abgasen enthaltene Kohlenmonoxid anstelle von Sauerstoff eingeatmet hatte, was zum Tode führte, ist mit heutigen Motoren nicht mehr leicht möglich; diese erzeugen wegen der viel besseren Verbrennung des Treibstoffs und des Einsatzes von Katalysatoren viel weniger Kohlenmonoxid.

Auch die Methode, sich mit Kochgas – welches ebenfalls Kohlenmonoxid enthielt –, umzubringen, funktioniert seit dem Übergang auf Erdgas nicht mehr; hingegen ist das auch beim Kochgas vorhandene hohe Risiko der Verursachung einer schweren Explosion nicht verschwunden. Es werden in starkem Masse Dritte gefährdet, wenn jemand versucht, sich mit dem Ausströmenlassen von brennbaren Gasen umzubringen. Es dürfte bekannt sein, dass insbesondere Gasexplosionen in Gebäuden verheerende Auswirkungen haben.

Schliesslich sind auch frühere Methoden, sich mit Starkstrom zu töten, kaum mehr zielführend, weil aufgrund der mittlerweile grossen Verbreitung von Fehlerstromschutzschaltern in der Regel ein solcher Fi-Schalter den Strom unterbricht, bevor Dauer und Stärke des Stroms auf den Menschen tödlich wirkende Werte angenommen haben.

Die in den Vorstellungen des Publikums ausserdem vielfach als nach wie vor wirksam geglaubte Methode, sich die Pulsadern zu öffnen, führt ihrerseits seit jeher in fast allen Fällen zu gescheiterten Suizidversuchen.

### 1.4.2. Suizidmethoden mit besonders schwerer Eigengefährdung

"Geläufige" Suizidmethoden – wie etwa sich erschiessen, sich erhängen oder sich ertränken – weisen besonders hohe Risiken der Eigengefährdung auf, wenn die Versuche scheitern, was immer wieder vorkommt, aber äusserst selten bekannt wird. Alle diese Methoden können zu schwersten Hirnschädigungen führen; im Falle des Überlebens resultiert in zahlreichen Fällen jahrzehntelange Pflegebedürftigkeit, was entsprechend hohe Kosten verursacht.

### 1.4.3. Suizidmethoden mit starker Drittgefährdung

Schliesslich sind Suizidmethoden, die auf absichtlich herbeiführten Unfällen mit hohen Geschwindigkeiten in Automobilen beruhen, oder solche, die auf anderen gewaltsamen Vorgehensweisen beruhen (etwa der Sturz aus grosser Höhe), mit hohen Risiken vor allem auch für unbeteiligte Dritte verbunden. Sie führen überdies regelmässig zu schweren Verletzungen mit erheblichen Kostenfolgen, wenn sie scheitern. Beispiele dazu aus jüngerer Zeit haben sich u. a. in Lausanne auf dem Grand-Pont ereignet[18].

### 1.4.4. Abzulehnende Methoden

Vollständig abzulehnen sind Suizid-Methoden, die auf eigentlichen Vergiftungen beruhen, weil sie in aller Regel auch für die Sterbephase den Suizidenten schwersten Schmerzen und Krämpfen aussetzen.

Hierzu ist zur Definition des Begriffes "Gift" darzulegen, dass in der Wissenschaft die von Paracelsus stammende Definition, die Gift als grundsätzlich dosisabhängig versteht, mittlerweile aufgegeben worden ist. Unter Gift wird heute eine Substanz verstanden, die in keiner Dosis – auch nicht in einer sehr geringen – im menschlichen Körper irgend einen nützlichen Effekt bewirkt. Schulbeispiel mag dabei etwa Zyankali sein. Dieses wirkt zwar verhältnismässig rasch und unumkehrbar, aber der sterbende Mensch muss dabei schwerste Qualen erdulden. Auch der Einsatz von Insulin, der gelegentlich zu Freitod-Zwecken postuliert wird, ist abzulehnen; er verursacht einen hypoglykämischen Schock mit Krampfneigung und ist deshalb weder für Sterbewillige noch für anwesende Angehörige akzeptierbar.

### 1.4.5. Unzumutbarkeit solcher Methoden für Drittpersonen

Abgesehen davon, dass allen diesen Methoden auch ein hohes Potential der Gefährdung der eigenen (restlichen) Gesundheit anhaftet, falls der Versuch scheitert, sind sie für Drittpersonen, die grundsätzlich bei einer Suizidbegleitung anwesend sein könnten, unzumutbar. Das gilt auch für die neuere Methode mit dem in Kanada entwickelten "Exit-Bag", einem Plastiksack, der in Kombination mit starken Beruhigungsmitteln und oft auch unter Einsatz von Helium eingesetzt wird[19]. Hinzu kommt auch hier ein grosses Risiko des Scheiterns, wenn diese Methode ohne sachkundige Hilfe angewandt wird: Reflexartige Bewegungen des Körpers zur Beseitigung des Atemhindernisses selbst unter Bewusstlosigkeit haben verschiedentlich schon dazu

17 DIGNITAS liegt der Bericht eines Mitglieds aus Deutschland vor, das 100 Tabletten Luminal geschluckt hat. Die Folge war ein komatöser Zustand während eines Krankenhausaufenthaltes von drei Monaten. Auch weitere Berichte von Personen mit ähnlichen Erfahrungen bestätigen dieses Bild. Das hängt in der Regel damit zusammen, dass tablettierte Medikamente in den Tabletten nicht nur den Wirkstoff, sondern so genannte Tablettierstoffe enthalten. Je nach der Galenik eines Medikaments tritt die Wirkung früher oder später, stärker oder schwächer, auf.

18 Meldung der Schweiz. Depeschenagentur vom 18.10.2003 aus Lausanne.

19 In Fachkreisen wird gelegentlich diskutiert, der Einsatz des "Exit-Bags" führe dann nicht zum "gewünschten" Ergebnis, wenn die tiefste innere Haltung der "sterbewilligen" Person den eigenen Tod noch nicht annehmen wolle; dann reagiere die Person dadurch, dass sie letztlich das Atemhindernis wieder reflexartig beseitige.

geführt, dass die Methode nicht zielführend, aber wiederum schädigend war.

Wer somit eine dieser Methoden für seinen eigenen Suizidversuch wählt, muss von vornherein in Kauf nehmen, dass er dies vollständig allein durchführen muss und somit nicht begleitet werden kann. Dies wiederum erhöht die Risiken des Scheiterns[20].

### 1.5. Die risiko- und schmerzfreie Suizid-Methode

Risiko- und schmerzfrei ist hingegen die auf der Anwendung von Natrium-Pentobarbital beruhende Methode dann, wenn sie in Begleitung einer Person erfolgen kann, welche für deren Einsatz ausgebildet ist. Es ist dies zur Zeit nach unserer Kenntnis die einzige Methode, welche diese Vorteile bietet.

Die Substanz Natrium-Pentobarbital (kurz "NAP") gehört zu den Barbituraten. Sie wurde früher in geringer Dosis als Beruhigungsmittel, in etwas stärkerer Dosis als Schlafmittel, noch stärker als Narkosemittel verwendet, und sie findet noch heute in der Tiermedizin Anwendung bei der Euthanasierung von Tieren. Als letal gilt dabei eine Dosis von 50 Milligramm je Kilogramm Körpergewicht[21].

Im Bereich der begleiteten Suizide im Rahmen der Organisationen "EXIT (Deutsche Schweiz)" und "DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben" werden in der Regel Dosen von 10 bis 15 Gramm eingesetzt, nachdem die sterbewillige Person etwa eine halbe Stunde vorher ein Anti-Emetikum erhalten hat, um den Magen daran zu hindern, die alkalische Lösung von NAP in Wasser zurückzuweisen[22].

Die sterbewillige Person kann nach der Einnahme der in etwa 60 Milliliter Wasser aufgelösten Substanz ein ganz besonderes Wohlbefinden und eine Leichtigkeit erleben[23]. Innerhalb zwei bis fünf Minuten nach der Einnahme schläft die Person ein und fällt in der Folge in eine sehr tiefe Bewusstlosigkeit. Erst nach einiger Zeit – die Dauer kann stark variieren – erfolgt durch das NAP eine Lähmung des Atemzentrums. Dadurch wird der Gasaustausch Kohlensäure–Sauerstoff in der Lunge gestoppt, der Körper bildet immer mehr Kohlensäure, und dies löst den eigentlichen Sterbeprozess in genau gleicher Weise aus, wie dies etwa der Fall bei einem Atemstillstand ist.

Personen, die nicht in der Lage sind, die NAP-Lösung auf dem Wege über den Mund zu sich zu nehmen, können sich diese bei noch einigermassen intaktem Bewegungsapparat durch eine allenfalls bestehende oder extra dazu angelegte Magensonde selbst dem Magen zuzuführen; in verhältnismässig seltenen Fällen kommt es auch vor, dass das NAP intravenös angewendet wird.

In allen Fällen begleiteter Suizide durch Organisationen, welche diesen Dienst anbieten, besteht die strikte Regel, dass die suizidwillige Person in der Lage sein muss, den

20 Am Kongress der "World Federation of Right do die-Societies" in Zürich im Jahre 1998 ist bezüglich ärztlicher Assistenz bei einem Suizid auch die Frage des Einsatzes von Curare (indianisches Pfeilspitz-Gift) diskutiert worden. Curare ist eine Substanz, welche in der Lage ist, Muskeln zu lähmen. Sie wirkt jedoch nicht auf das Bewusstsein. Für einen Betrachter ist der unter Curare stehende Mensch vollkommen ruhig; das schliesst aber nicht aus, dass er in seinem Bewusstsein Schlimmes durchmacht: es sind Fälle bekannt, in denen Personen, die sich einer Operation unterziehen mussten, aus medizinischen Gründen nicht nur mit Narkosemitteln, sondern auch mit Curare behandelt worden sind; dabei konnte es dazu kommen, dass wegen des Curare-Einflusses auf den Patienten vom Anästhesisten nicht bemerkt wurde, dass der Patient aus der Narkose erwacht und bei vollem Bewusstsein weiter operiert worden war. Da durch Curare die Muskeltätigkeit gelähmt war, konnte sich der Patient jedoch in keiner Weise bemerkbar machen. Demzufolge müssen gegen den Einsatz von Curare im Zusammenhang mit ärztlicher Assistenz bei einem Suizid grösste Bedenken bestehen.

21 Die Angabe von 50 mg/kg Körpergewicht als letale Dosis für Natrium-Pentobarbital stammt aus Kreisen der Veterinärmedizin und ist zweifellos nicht exakt, denn in der Pharmakologie ist es definitionsgemäss gar nicht möglich, eine exakte letale Dosis zu nennen: Die so genannte "Dosis/Wirkungskurve" nähert sich dem Wert 100 asymptotisch. Exakte Angaben bestehen in Bezug auf die so genannte $LD_{50}$ im Tierversuch: Man kann genau angeben, bei welcher Dosis 50% der Versuchstiere sterben. Für Ratten und orale Verabreichung von NAP liegt diese $LD_{50}$ bei 118 mg/kg Körpergewicht (E. W. Schafer, Toxicol. Appl. Pharmacology 21:315 [1972]). Demgegenüber sind die therapeutischen Dosen in der Humanmedizin für NAP, bezogen auf einen Menschen mit dem Durchschnittsgewicht 70 kg, erheblich viel tiefer: Sie liegen zwischen 50 mg und 200 mg, wobei schon die geringe Dosis von 50 mg bei einem 70 kg schweren Menschen Schlaf bewirken kann. Die Erfahrungen von DIGNITAS aus einer Praxis von annähernd fünf Jahren zeigen jedoch, dass die in der Regel verwendete Dosis von 15 Gramm für eine Freitod-Begleitung bisher ausnahmslos letal gewirkt hat.
Barbiturathaltige Schlafmittel, wie sie früher üblich waren, hatten bei Suiziden von bekannten Persönlichkeiten eine Rolle gespielt, so etwa beim Tode von Marilyn Monroe im Jahre 1962. Die zunehmende Häufigkeit von Schlafmittel-Suiziden anfangs der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts führte dazu, diese psychotropen Stoffe rechtlich ähnlich zu behandeln wie Betäubungsmittel. Barbiturate konnten sogar eigentlich unbeabsichtigte Suizide nach sich ziehen: Da sie in verhältnismässig geringer Dosis bereits das Kurzzeitgedächtnis auszuschalten vermögen (was auch die heute üblichen Benzodiazepine bewirken können; etwa das vor Operationen häufig eingesetzte "Dormicum"), kam es vor, dass jemand, der ein Schlafmittel einnehmen wollte, dies nach der ersten Einnahme, aber vor dem Einschlafen, bereits wieder vergessen hatte. Es konnte zu vielfach repetitiver Einnahme kommen, weil man ja schlafen wollte, aber vergessen hatte, dass man die Tablette bereits eingenommen hat, was dazu führen konnte, dass sich jemand auf diese Weise in kurzer Zeit nach und nach eine letale Dosis zuführte.

22 Alkalische Stoffe, also das Gegenteil von Säuren, schmecken nicht besonders gut. Im Magen bewirken sie zusammen mit der Magensäure eine Neutralisation, und dagegen wehrt sich ein gesunder Magen durch Erbrechen.

23 Bericht in Bild am Sonntag vom 2.9.2001, 30, 32. Dort berichtete die Witwe von Georg Burman, selbst Ärztin, über die letzten Worte ihres bei DIGNITAS verstorbenen Mannes: "Mir ist so wohl, alles ist so leicht".

letzten Akt in ihrem Leben, der zur Einleitung der NAP-Lösung in ihren Körper führt, selbst auszuführen: Sie muss somit entweder in der Lage sein, selber zu trinken (allenfalls mittels eines Trinkhalms), oder sich die Lösung selbst durch eine PEG-Sonde (Magensonde) in den Magen zu spritzen, oder wenigstens das Ventil einer zuvor angelegten Infusion zu öffnen. In Fällen besonderer Muskelschwäche besteht allenfalls auch die Möglichkeit der Verwendung eines Apparates, bei welchem durch Kippen eines leicht gängigen Kippschalters ein Mechanismus ausgelöst wird, der den Kolben einer Spritze nach unten drückt, so dass die NAP-Lösung entweder durch eine Magensonde oder eine zuvor gelegte und mit physiologischer Kochsalzlösung zum Laufen gebrachten Infusion in den Körper gelangt[24].

Der Vorgang ist sowohl für die sterbewillige Person als auch für Anwesende absolut friedlich und ruhig; bei regelrechter Begleitung durch ausgebildete Freitodhelferinnen oder -helfer besteht praktisch keinerlei Risiko des Scheiterns.

### 1.6. Natrium-Pentobarbital ist nicht allgemein zugänglich

Im Gegensatz zu allen oben angesprochenen mehr oder weniger gewaltsamen Suizidmethoden, von denen praktisch jedermann – unter Inkaufnahme der damit verbundenen schweren Risiken – Gebrauch machen kann, wenn er dazu entschlossen ist, ist die Methode der Anwendung von NAP nicht allgemein zugänglich. NAP ist vor Jahren auf die Liste der Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe gesetzt worden. Dies wirft im Zusammenhang mit der Suizid-Freiheit, wie sie sich aus der EMRK ergibt, ganz besondere Fragen auf.

### 1.7. Pflichten der Vertragsstaaten aus Art. 2 EMRK?

Bei der Diskussion der Suizidfreiheit ist diligenzhalber vorerst jedoch noch die Frage zu stellen, inwieweit Pflichten der Vertragsstaaten zum Schutze des Lebens, wie sie sich aus Art. 2 EMRK ergeben, der Suizidfreiheit allenfalls im Wege stehen könnten. Art. 2 EMRK hat folgenden Wortlaut:

1. Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils, das von einem Gericht im Falle eines durch Gesetz mit der Todesstrafe bedrohten Verbrechens ausgesprochen worden ist, darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.
2. Die Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie sich aus einer unbedingt erforderlichen Gewaltanwendung ergibt:
   a) um die Verteidigung eines Menschen gegenüber rechtswidriger Gewaltanwendung sicherzustellen;
   b) um eine ordnungsgemässe Festnahme durchzuführen oder das Entkommen einer ordnungsgemäss festgehaltenen Person zu verhindern;
   c) um im Rahmen der Gesetze einen Aufruhr oder einen Aufstand zu unterdrücken.

HEINZ GURADZE betont unter Hinweis auf ROBINSON[25], diese Vorschrift wolle den Staat nicht verpflichten, "den einzelnen gegen Mord oder Totschlag zu schützen; solche Verpflichtung des Staates gehöre nicht in eine MR-Erklärung". Art. 2 habe lediglich den Zweck, den Staat daran zu hindern, in das Rechtsgut des Lebens eines Menschen einzugreifen. Er lehnt jegliche Drittwirkung ab[26]. Dem widersprechen die neuere Lehre und die Praxis des Europäischen Gerichtshofes; die EMRK enthält durchaus auch Ansprüche der Rechtsunterworfenen auf positive Leistungen der Vertragsstaaten zur Sicherung von Rechten gegenüber anderen Privaten[27].

JACQUES VELU und RUSEN ERGEC halten sogar Euthanasie – also in der schweizerischen Strafrechts-Terminologie "Tötung auf Verlangen" (Art. 114 StGB) – für mit Art. 2 EMRK vereinbar[28]. MARK E. VILLIGER betont die positiven Pflichten der Staaten, die aus Art. 2 EMRK abgeleitet werden. Sie halten die Vertragsstaaten einerseits dazu an, straf- oder zivilrechtliche Rechtswege für die Überprüfung einer allfälligen Verletzung von Art. 2 EMRK und für die Durchsetzung einhergehender Ansprüche einzurichten und Gesetzesbestimmungen zum Schutze des Lebens zu schaffen[29].

LUZIUS WILDHABER betont seinerseits, Art. 2 EMRK verpflichte den Staat nicht dazu, den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will[30].

Von dieser letzteren Meinung ist auszugehen. Dies deshalb, weil die EMRK grundsätzlich den urteilsfähigen, selbst verantwortlichen und sich selbst bestimmenden Menschen voraussetzt. Paternalismus, insbesondere Paternalismus seitens des Staates, ist der EMRK nicht nur fremd; er ist ihr ein Gräuel.

### 1.8. Fazit der völkerrechtlichen Situation

Es ergibt sich somit auf Grund des bisher Gesagten, dass einerseits das Völkerrecht in Form von Art. 8 Abs. 1 EMRK jedem urteilsfähigen Menschen, der unter der Jurisdiktion eines der EMRK-Vertragsstaaten lebt, zwar das theoretische Recht garantiert, selber seinen eigenen Tod herbeizuführen; dass aber anderseits aufgrund der heutigen technischen und pharmazeutischen Gegebenheiten keine allgemein zugängliche Methode der Suizidierung mehr besteht, die einigermas-

---

24 G. BOSSHARD/D. JERMINI/D. EISENHART/W. BÄR (alle vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich), "Assisted suicide bordering on active euthanasia", in International Journal of Legal Medicine (2003) 117; 106–108. In dieser Arbeit wird ein entsprechender Apparat beschrieben und abgebildet, der bei DIGNITAS eingesetzt worden ist.

25 The Universal Declaration of Human Rights, New York 1958, 106.

26 HEINZ GURADZE, Die Europäische Menschenrechtskonvention, Kommentar, Berlin etc. 1968, 47.

27 J. A. FROWEIN, (FN 5), Rz. 9 zu Art. 8.

28 J. VELU/R. ERGEC, La Convention Européenne des Droits de l'Homme, Brüssel 1990, 174, Ziffer 223.

29 M. E. VILLIGER, (FN 10), Rz. 264.

30 LUZIUS WILDHABER, (FN 11), N 68 zu Art. 8 EMRK.

sen risikofrei wirkt, wogegen die einzige Methode, welche bei regelrechter Durchführung risiko- und schmerzfrei wirkt, auch dann nicht allgemein und ohne weiteres zugänglich ist, wenn für einen Menschen wirklich ernsthafte Gründe vorhanden sind, seinem eigenen Leben ein Ende zu bereiten.

Sofern somit nicht im Recht der einzelnen EMRK-Vertragsstaaten die Möglichkeit geschaffen oder zumindest geduldet wird, in begründeten Fällen Zugang zur NAP-Methode zur Durchführung eines risiko- und schmerzlosen Suizids zu erlangen, besteht das von Art. 8 Abs. 1 EMRK garantierte Recht auf Beendigung des eigenen Lebens in allen Vertragsstaaten der EMRK mit Ausnahme der Schweiz lediglich theoretisch[31]. Dies jedoch stellt eine Verletzung der EMRK dar.

## B. Schweizerisches Landesrecht

### 1. Betäubungsmittelrecht im Allgemeinen

Der Verkehr mit Natrium-Pentobarbital wird durch das Betäubungsmittelrecht geregelt[32].

#### 1.1. Vorschriften über Natrium-Pentobarbital

Über Natrium-Pentobarbital finden sich im Landesrecht sowohl Vorschriften, die auf einem formellen Bundesgesetz beruhen, als auch solche, die sich aus internationalen Abkommen ergeben.

##### 1.1.1. Auf der Grundlage von Bundesgesetzen

Natrium-Pentobarbital steht im "Verzeichnis aller Betäubungsmittel", wo es in Anhang a als "Pentobarbital-Natrium" aufgeführt wird; es ist jedoch auch in Anhang b verzeichnet, was bedeutet, dass es von der Kontrolle, wie sie für eigentliche Betäubungsmittel gilt, teilweise ausgenommen ist[33].

Natrium-Pentobarbital gehört nicht zu den eigentlichen Betäubungsmitteln, sondern gilt seit der Revision des BetmG von 1975 als psychotroper Stoff[34]. Als solcher ist er zwar den Betäubungsmitteln grundsätzlich gleichgestellt; da aber internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen und/oder die Weltgesundheitsorganisation entsprechende Empfehlungen abgegeben haben, ist dieser Stoff von den sonst für Betäubungsmittel vorgesehenen strengen Kontrollmassnahmen teilweise ausgenommen. So bedarf es für die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital keines besonderen Betäubungsmittel-Rezept-Formulars, sondern die Verschreibung kann auf gewöhnlichem Rezept-Formular erfolgen.

##### 1.1.2. Auf der Grundlage internationaler Übereinkommen

Die Revision des BetmG von 1975 geht auf die Annahme des Übereinkommens über psychotrope Stoffe zurück, das am 21. Februar 1971 in Wien abgeschlossen worden ist[35]. Für die Schweiz ist dieses Übereinkommen am 21. Juli 1996 in Kraft getreten.

Das Übereinkommen verweist in seiner Präambel darauf, dass bestimmte psychotrope Stoffe zunehmend missbraucht worden seien, und es sagt dazu, dass deshalb strenge Massnahmen ergriffen werden müssten, um die Verwendung dieser Stoffe auf *rechtlich zulässige Zwecke* zu beschränken. Im Anhang des Übereinkommens wird Pentobarbital und seine Salze – wozu Natrium-Pentobarbital gehört – in der Tabelle III unter Ziffer 4 aufgeführt[36].

Gemäss Art. 2 Ziffer 7 lit. c des Übereinkommens hat eine Vertragspartei für Stoffe der Tabelle III ganz bestimmte Vorschriften zu erlassen; für den Verkehr auf ihrem Staatsgebiet insbesondere die *Rezeptpflicht* gemäss Art. 9 des Übereinkommens vorzusehen. Dieser Art. 9 hat folgenden Wortlaut:

*Art. 9 Ärztliche Verordnungen:*

1. Die Vertragsparteien schreiben vor, dass die in den Tabellen II, III und IV aufgeführten Stoffe zur Verwendung durch Einzelpersonen nur gegen ärztliches Rezept geliefert oder abgegeben werden dürfen, ausser in den Fällen, in denen Einzelpersonen diese Stoffe rechtmässig in der ordnungsgemäss genehmigten Ausübung therapeutischer oder wissenschaftlicher Aufgaben erwerben, verwenden, abgeben oder verabreichen dürfen.
2. Die Vertragsparteien treffen die notwendigen Massnahmen, damit die Rezepte für die in den Tabellen II, III und IV aufgeführten Stoffe nach den medizinischen Regeln ausgestellt und Vorschriften, insbesondere über die Wiederholbarkeit und die Gültigkeitsdauer, unterstellt werden, wie sie zum Schutze der Gesundheit und des öffentlichen Wohls erforderlich sind.
3. Ungeachtet der Bestimmungen des Absatzes 1 kann eine Vertragspartei, falls die örtlichen Gegebenheiten dies nach ihrer Auffassung erfordern und unter den von ihr vorgeschriebenen Bedingungen, einschliesslich des Registrierverfahrens, lizenzierte Apotheker oder sonstige von den für die Volksgesundheit in ihrem Lande oder einem Teil desselben zuständigen Behörden zugelassene Detaillisten ermächtigen, nach ihrem Ermessen und ohne Rezept innerhalb der von den Vertragsparteien zu bestimmenden Grenzen geringe Mengen der in den Tabellen III und IV aufgeführten Stoffe zur Verwendung für medizinische Zwecke durch Einzelpersonen in Ausnahmefällen abzugeben.

---

31 Das gilt auch für Belgien und die Niederlande, welche mittlerweile Euthanasie-Gesetze geschaffen haben. Deren Voraussetzungen für die Zulassung strafloser Euthanasie schränken jedoch diese Möglichkeit praktisch auf Sterbende ein. So haben beispielsweise Personen mit einer frühen Alzheimer-Diagnose in diesen Ländern keine Möglichkeit, eine Euthanasie zu erlangen. Ausserdem schränkt auch das Monopol der Ärzte die Möglichkeiten ein: Wer nicht rechtzeitig mit seinem Arzt über dessen Einstellung zur Euthanasie spricht und dann allenfalls den Arzt wechselt, hat später unter Umständen Schwierigkeiten, weil sein langjähriger Arzt ein Gegner der Euthanasie ist. Dann ist guter Rat teuer!

32 Art. 1 Abs. 3 lit. c BetmG, SR 812.121.

33 SR 812. 121.2, 16.

34 Als psychotrop gilt ein Stoff, wenn er auf die Psyche einwirken kann.

35 SR 0.812.121.02.

36 SR 0.812.121.02, 25.

### 1.2. Vorschriften über die Abgabe von Betäubungsmitteln

Zum Verordnen von Betäubungsmitteln sind aufgrund von Art. 10 Abs. 1 BetmG jene Ärzte befugt, die nach Art. 9 Abs. 1 BetmG über eine Bewilligung zur selbständigen Ausübung ihres Berufes verfügen. Nach Art. 11 BetmG sind sie verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist.

Einem Arzt kann die Befugnis zum Beziehen, Lagern, Verwenden und Abgeben von Betäubungsmitteln entzogen werden, wenn er betäubungsmittelabhängig ist oder eine Widerhandlung nach Art. 19–22 begangen hat[37].

Art. 19 BetmG beschlägt illegale Herstellung, Handel etc. mit Betäubungsmitteln; Art. 20 unwahre Angaben zur Erlangung von Erlaubnissen; Art. 21 Kontrollvergehen und Art. 22 übrige Zuwiderhandlungen gegen das BetmG und dessen Ausführungsbestimmungen, die als Übertretungen gelten.

### 1.3. Fazit

Somit zeigt sich, dass das positive Landesrecht der Schweiz, soweit es sich um staatliches Recht handelt, sich zu Fragen des NAP-Einsatzes zu Suizidzwecken nicht äussert.

## 2. Gründe für das Fehlen von Bestimmungen im Zusammenhang mit Suizidhilfe

Dass sich schweizerische Bundesgesetze oder das Übereinkommen über psychotrope Stoffe in keiner Art und Weise zur Frage äussern, ob NAP als psychotroper Stoff zum Zwecke der Begleitung von Suiziden eingesetzt werden darf und wer dazu NAP verordnen kann, ist durchaus verständlich: Die geltenden Bestimmungen über Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe sind in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts entstanden, somit rund zwölf Jahre vor der Zeit, in welcher in der Schweiz die pionierhaften EXIT-Gesellschaften – zuerst in der Westschweiz, dann in der deutschen Schweiz – gegründet worden sind. Ausserdem haben sich diese Gesellschaften zuerst hauptsächlich gegen übertriebene Apparatemedizin gestellt; erst nach und nach haben sie zu ihrer neben der Abgabe von Patientenverfügungen wichtigsten Dienstleistung, der Beihilfe zu einem möglichst sicheren und schmerzlosen Suizid, gefunden.

## 3. Arztrecht

Zu fragen ist somit nur noch, ob allenfalls im Bereich des Arztrechts entsprechende Bestimmungen vorhanden sind.

### 3.1. Im Bereich der Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften

Es ist eine der Aufgaben der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), Richtlinien für die ärztliche Tätigkeit aufzustellen. Tut sie dies, werden diese meist in die Standesordnung der "FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte" aufgenommen[38].

#### 3.1.1. Bestehende Richtlinien

Die bisher bestehenden Richtlinien im Rahmen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften enthalten zu diesem Thema zumindest bislang keine Regeln; im Gegenteil. In den jedenfalls hinsichtlich sterbender Personen noch immer gültigen "Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten"[39] vom 24.2.1995, die zwar in Revision gezogen worden sind, heisst es in Ziffer 2.2:

> Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen könnte, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.

---

37 Art. 12 BetmG.

38 FN 3 der Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen über die Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen der SAMW (http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_AeMiA.pdf).

39 Medienmitteilung der SAMW vom 2.5.2002 (http://www.samw.ch, Publikationen, "Sterbehilfe: Die Richtlinien der SAMW aus dem Jahr 1995 sind nach wie vor gültig". Inzwischen hat die SAMW am 5.2.2004 Medizinisch-ethische Richtlinien zur "Betreuung von Patienten am Lebensende" zur Vernehmlassung veröffentlicht (http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_ Sterbehilfe.pdf). Sie hält darin immer noch am Satz fest, Beihilfe zum Suizid sei nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, "denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist. Der einzelne Arzt trägt dann die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Mindestanforderungen:
– Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
– Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
– Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlerwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss. Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden."

Nach wie vor äussert sich somit die Akademie nicht zur Methode des Suizids bezw. zur Verschreibung von Natrium-Pentobarbital. Das ist angesichts der auch von ihr erwogenen Tatsache, dass mittlerweile in der Schweiz jährlich rund 250 Menschen bei begleiteten Suiziden auf Grund der Ausstellung eines Rezepts durch einen praxisberechtigten Schweizer Arzt sterben, nur schwer verständlich. Zudem beschränken sich die Ausführungen der SAMW in dieser Richtlinie ausdrücklich auf Menschen, die auf Grund ihrer Krankheit in naher Zukunft ohnehin eines "natürlichen" Todes, meist wohl unter schweren Qualen, sterben würden. Damit wird der Arzt erneut dort allein gelassen, wo ein Mensch, ohne terminal krank zu sein, seinem Leben ein risikofreies und schmerzfreies Ende setzen will.

Die Revision wurde notwendig, weil die SAMW selbst zur Auffassung gelangt ist, dass der Satz, Beihilfe zum Suizid sei kein Teil der ärztlichen Tätigkeit, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann[40].

### 3.1.2. Geplante Richtlinien

Zur Zeit befinden sich Richtlinien über "Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen" in der Vernehmlassung[41]. Auch dieses Regelwerk äussert sich noch immer nicht zur Frage der Abgabe oder Verschreibung von Natrium-Pentobarbital durch einen Arzt zum Zwecke eines assistierten Suizids, obschon das Suizid-Thema sowohl im Abschnitt über die Tätigkeit der Ärzte als auch über das Verhalten in Pflege-Institutionen angesprochen wird. In Bezug auf die ärztliche Tätigkeit heisst es in diesem Entwurf:

> 3.6. Suizidwunsch
>
> Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Selbsttötung, suchen Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betroffenen Person. Bei pflegebedürftigen älteren Personen ist ein Suizidwunsch oft verbunden mit dem Gefühl, eine Last bzw. ein unwertes, teures Leben zu sein. Im Gespräch werden die Lebenssituation sowie mögliche Verbesserungen der Therapie-, Pflege- und Betreuungssituation angesprochen. Der Arzt und das Pflegepersonal stellen sicher, dass die erforderlichen therapeutischen, psychiatrischen und/oder palliativen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden.

In Bezug auf die Tätigkeit der Pflege-Institution heisst es sodann im Entwurf:

> G. Suizid
>
> Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Selbsttötung, suchen Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betreffenden Person (vgl. Abschnitt 3.6 dieser Richtlinie).
>
> Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch, ihrem Leben selbst oder mit Hilfe Dritter ein Ende zu setzen, so kann dies ein Hilferuf sein, aber auch Folge einer psychischen Erkrankung oder das Resultat von äusserem Druck. Gerade bei älteren Personen in Abhängigkeitssituationen verdienen diese Aspekte besondere Beachtung.
>
> *Aufgaben der Institution*
>
> Entschliesst sich in einer Institution eine urteilsfähige ältere pflegebedürftige Person zum Suizid, so hat die Institution besondere Schutzpflichten. Insbesondere stellt sie sicher, dass wie in Art. 3.6 der Richtlinien beschrieben der behandelnde Arzt und das Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betreffenden Person suchen. Dabei sollen die Lebenssituation sowie mögliche Verbesserungen der Therapie, Pflege und Betreuungssituation angesprochen werden. Der Arzt und das Pflegepersonal sind dafür verantwortlich, dass die erforderlichen therapeutischen, psychiatrischen und/oder palliativen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden.
>
> *Suizid unter Beihilfe eines Dritten*
>
> Äussert eine urteilsfähige ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Suizid unter Beihilfe eines Dritten, so hat die Institution zusätzliche Abklärungen durchzuführen. Die Institution zieht in einem solchen Fall einen externen, unabhängigen, in diesen Fragen speziell kompetenten Arzt bei, welcher beauftragt ist sicherzustellen, dass der Entscheid zum Suizid nicht auf Druck Dritter, auf eine mangelhafte diagnostische Abklärung, auf eine psychische Erkrankung oder auf eine nicht adäquate Behandlung oder Betreuung zurückzuführen ist. Insbesondere überprüft dieser Arzt die Institution auf ihre Praxis der palliativen Betreuung. Zudem schlägt die Institution der betroffenen Person eine Warten bzw. Bedenkfrist vor, nach der eine Neubeurteilung erfolgen wird.
>
> Pflegebedürftige ältere Personen stehen in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Personal der Institution; dieses Verhältnis kann beim Personal zu Interessenskonflikten führen. Aus diesem Grund und aus Rücksichtnahme auf die übrigen Bewohner der Institution soll das Personal einer Institution der Langzeitpflege nicht an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids mitwirken. Die Begleitung der Sterbewilligen bzw. die Anwesenheit beim Suizid ist dem Personal freigestellt. Es kann dazu jedoch nicht verpflichtet werden.
>
> *Begleitung der Betroffenen*
>
> Die Institution sorgt dafür, dass nach Durchführung eines Suizids eine angemessene Begleitung und Betreuung der zurückbleibenden Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, der Angehörigen sowie des Personals gewährleistet ist.
>
> *Amtliche Meldung und interne Dokumentation*
>
> Wurde in einer Institution ein Suizid durchgeführt, so stellt die Leitung der Institution sicher, dass eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die zuständige kantonale Ermittlungsbehörde erfolgt.
>
> Die Institution erfasst und dokumentiert im Dossier des Patienten systematisch alle von Heimbewohnern ernsthaft und wiederholt geäusserten Wünsche nach Suizid, allfällige Suizidversuche, die Begleitumstände sowie den weiteren Verlauf.

### 3.1.3. Bemerkungen zu diesen Richtlinien

Es ergibt sich aus dem Umstand, dass die SAMW einerseits ihre Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten in Revision gezogen hat, und anderseits die Richtlinien über "Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen" entworfen hat, dass sie sich nun doch langsam dem Thema des begleiteten Suizids nähert. *Allerdings hat sie sich offensichtlich noch nicht dazu entschliessen können, sich deutlich zur Frage zu äussern, ob und allenfalls in welcher Weise ein Arzt Natrium-Pentobarbital zu einem solchen Zweck verabreichen oder verschreiben darf.*

#### 3.1.3.1. NAP-Anwendung wird vorausgesetzt

Es ergibt sich aber aus dem Zusammenhang, dass ein begleiteter Suizid, wie er in Abschnitt G des Entwurfs im Rahmen einer Pflegeinstitution angesprochen wird, begrifflich überhaupt nur möglich ist, wenn der sterbewilligen Person Natrium-Pentobarbital zur Verfügung gestellt wird. Es darf auf keinen Fall angenommen werden, die SAMW befürworte als Suizidmethode irgend eine andere Methode als jene des Einsatzes von Natrium-Pentobarbital.

---

40 Medienmitteilung der SAMW vom 2.5.2002 (http://www.samw.ch), Publikationen, "Sterbehilfe: Die Richtlinien der SAMW aus dem Jahr 1995 sind nach wie vor gültig".

41 http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_AeMiA.pdf

*Es muss also festgestellt werden, dass die SAMW jedenfalls einstweilen unausgesprochen und somit stillschweigend davon ausgeht, dass in einem solchen Fall ein Arzt Natrium-Pentobarbital abgibt oder verschreibt.*

#### 3.1.3.2. Das Problem der mental Kranken

Ebenfalls ist festzustellen, dass die SAMW im erwähnten Entwurf die Auffassung vertritt, dass dann, wenn der Entscheid zum Suizid auf *psychischen Erkrankungen* beruht, eine ärztliche Beihilfe *nicht zulässig* sei. Diese vorgesehene Regel stünde allerdings im *Widerspruch zur menschenrechtlichen Situation;* es sei hier wiederholt, dass das Recht eines urteilsfähigen Menschen, sein eigenes Leben freiwillig zu beenden, *voraussetzungslos* und somit auch *vollkommen unabhängig von irgend einer medizinischen Indikation Geltung beansprucht.*

In der Diskussion um die Frage der Suizidbeihilfe für mental Kranke wird vor allem von Seiten der Psychiatrie behauptet, diese Krankheiten seien zumindest auf längere Sicht jeweils im Einzelfall entweder ganz oder zumindest soweit zu heilen oder zu bessern, dass kein Todeswunsch mehr bestehe. Diese Diskussion stützt sich auf Untersuchungen an Personen, welche solche Todeswünsche überlebt haben[42]. Die Psychiatrie blendet dabei regelmässig aus, dass immer wieder ein bemerkenswerter Teil jener Patienten, die zufolge suizidaler Gefährdung in psychiatrischen Einrichtungen behandelt worden sind, sich noch in der Klinik oder unmittelbar nach ihrer Entlassung dann wirklich suizidieren[43]: Die Suizidgefährdung ist unmittelbar nach der Entlassung am höchsten. Die Auffassung mag auch eine ihrer Wurzeln darin haben, dass niemand direkt an psychischen Krankheiten stirbt.

Oft spielt bei dieser Ablehnung der Suizidbeihilfe für mental Kranke auch das Argument mit, Personen, die unter solchen Krankheiten leiden, seien in Bezug auf die Beendigung ihres Lebens ohnehin nicht urteilsfähig. Wissenschaftlich ist dies allerdings nicht zu belegen; und nur schon einige logische Überlegungen zeigen, dass das Argument grundsätzlich wohl falsch ist: Wenn eine dreissigjährige Person während der Hälfte ihres Lebens, also seit dem 15. Lebensjahr, schizophren gewesen ist und unter dieser Problematik nicht nur immer wieder schwer gelitten, sondern auch erduldet hat, dass sie mehrfach in Kliniken eingewiesen worden und dort behandelt worden ist, ohne dass sie jemals eine Besserung verzeichnen konnte, zum Schlusse kommt, sie wolle dieses Elend nicht weitere dreissig Jahre auf sich nehmen, sondern lieber in den Tod gehen, beweist dies höchste Urteilsfähigkeit. Sie erkennt ihre eigene Lage, ist zur Besinnung darüber fähig, schliesst zu Recht auf ihre Unheilbarkeit und zieht die für sie persönlich vernünftige Konsequenzen.

HANS BINDER, einer der hervorragendsten Experten an der Nahtstelle von Psychiatrie und Recht, den unser Land je hervorgebracht hat, wies im Übrigen zu Recht auf die Relativität der Urteilsfähigkeit hin[44]:

> "Je nachdem ob die zur kritischen Zeit vorhandene Besinnungsfähigkeit eines Menschen den spezifischen Anforderungen dieser einzelnen Situation genügt oder nicht, ist er für die Handlung, mit der er auf diese Situation antwortet, urteilsfähig oder nicht."

Er hat auch deutlich darauf hingewiesen, worauf es ankommt, wenn unterschieden werden soll, ob jemand einen Suizid in rechtlich urteilsfähigem oder urteilsunfähigem Zustand verübt hat: Als urteilsunfähigen Zustand beschreibt er den Vorgang, in welchem "in völlig unbesonnener und impulsiver Weise" vorgegangen wurde. "Bei einem derartigen Suicid bricht das Triebhafte unmittelbar und elementar ins Handeln durch, wobei jene Distanznahme von der Welt, wie sie für das absichtliche Willenshandeln kennzeichnend ist, sich gar nicht mehr ausprägen kann. Der Mensch wird vielmehr bei einer solchen Selbsttötung durch übermächtige Triebe (insbesondere Aggressionsimpulse gegen die eigene Person) fortgerissen; Absicht und Wille spielen keine Rolle mehr …".

Derartige Zustände sind bei mental Kranken, die sich im Hinblick auf ihre Erlösung von ihrer Krankheit an Organisationen wenden, die beim Suizid behilflich sein können, von vornherein auszuschliessen.

Dies alles unterstellt zeigt, dass eine prinzipielle Ablehnung des begleiteten Suizids beim Vorliegen mentaler Krankheiten rechtlich unhaltbar ist. Auch er muss, soll das Menschenrecht verwirklicht werden, möglich sein[45].

Kein Zweifel kann hingegen bestehen, dass in solchen Fällen besonders sorgfältig vorgegangen werden muss, wobei insbesondere zu prüfen ist, ob der Zustand, um den es sich beim Kranken handelt, bereits als Ausdruck einer Chronifizierung der Krankheit gewertet werden muss. Das ist insbesondere beim Vorliegen von Depressionen erforderlich, soweit es sich bei diesen nicht klar um reaktive Depressionen als Folge schwerer körperlicher Krankheiten handelt.

Es wäre deshalb hilfreich, wenn die SAMW sich diesen Fragen endlich stärker annehmen würde, so dass die Ärzte sich auch in dieser Hinsicht auf vernünftige Berufsregeln stützen können. Bislang werden sie hier jedoch allein gelassen.

### 3.1.4. Fazit

*In formeller Hinsicht ist festzuhalten, dass es jedenfalls bislang an anerkannten wissenschaftlichen medizinischen Regeln fehlt, welche dem Arzt Hinweise geben, ob und wann er auch vom ärztlichen Berufsverständnis aus berechtigt ist, ein Rezept für NAP auszustellen.*

---

42 So etwa CÉCILE ERNST, Bedingte Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe?, NZZ 18.9.2001 als ein Beispiel für viele.

43 Vgl. MANFRED WOLFERSDORF, Suicide among Psychiatric Inpatients, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester, New York, etc. 2000, 457 ff., mit zahlreichen Hinweisen auf Forschungsergebnisse.

44 HANS BINDER, Die Urteilsfähigkeit in psychologischer, psychiatrischer und juristischer Sicht, Zürich 1964, 31.

45 Dies bestätigt neuestens auch ANDREAS BRUNNER, Mitglied der Geschäftsleitung der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich, in Plädoyer, 6/03, 4 ff., insbes. 6: "Rechtlich gesehen ist Suizidbeihilfe auch bei psychisch Kranken möglich, aber es muss sichergestellt sein, dass die Menschen im Moment des Entscheides urteilsfähig sind."

## 4. Die Rolle des Arztes bei der Verschreibung von Arzneimitteln

Ist ein Arzneimittel für das Publikum nicht frei zugänglich, weil die Gesetzgebung dessen Rezeptpflicht statuiert, kann es einem Patienten, der es benötigt, nur legal beschafft werden, indem ein Arzt ein entsprechendes Rezept ausstellt oder wenn er das benötigte Mittel direkt abgibt.

### 4.1. Zum Zwecke von Heilung oder Linderung von Krankheiten

Geht es darum, einen Kranken zu heilen oder dessen Leiden zu lindern, und ist dafür der Einsatz rezeptpflichtiger Arzneimittel angezeigt, ist es Aufgabe des Arztes, die dafür notwendigen Abklärungen und Entscheidungen zu treffen. Ihm obliegen dabei besondere Sorgfaltspflichten.

Um entscheiden zu können, welche/s Arzneimittel einzusetzen ist/sind, muss der Arzt die Anamnese erheben, den Kranken untersuchen, allenfalls Laborarbeiten durchführen oder durchführen lassen, eine Diagnose stellen, abklären, ob gegen dafür angezeigte Arzneimittel beim konkreten Patienten allenfalls Gegenindikationen bestehen und dann die Wahl des Arzneimittels treffen und Dosis sowie Verabreichungsmodus festlegen.

Der Arzt ist von Rechts wegen verpflichtet, diese Vorgänge in einer Krankengeschichte festzuhalten, damit diese dokumentiert sind und nachträglich allenfalls überprüft werden können.

### 4.2. Zum Zwecke der Durchführung eines begleiteten Suizides

Steht der Arzt vor der Aufgabe, einer Person ein Arzneimittel zum Zwecke eines durch EXIT oder DIGNITAS begleiteten Suizides zu verabreichen, steht hier im Gegensatz zum Normalfall eines Arzt-Patienten-Verhältnisses von Anfang an schon fest, dass es sich um Natrium-Pentobarbital handeln muss und dass in der Regel eine Dosis von 15 Gramm für die Durchführung einer sicheren Begleitung erforderlich sein wird (bei stark übergewichtigen Personen allenfalls mehr). Entscheidungen über Art und Menge eines Arzneimittels, die vorgängig eine genaue Untersuchung erforderlich machen, sind hier somit praktisch überflüssig. Dies gilt umso mehr, als ja aus menschenrechtlichen Gründen der Anspruch auf Verabreichung von NAP *voraussetzungslos* bestehen muss.

Hier irrt auch das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich in seinem Urteil vom 15. Juli 1999, X. c. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in Abschnitt 6. c), wenn es ausführt[46]:

> Eine aus medizinischer Sicht notwendige Minimalvoraussetzung für die Beihilfe zur Selbsttötung ist daher in jedem Fall eine medizinische Indikation … Aufgrund der besonderen Stellung des Arztes, namentlich seiner Verantwortung gegenüber dem Leben und der öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen sowie dem gesundheitlichen Wohlergehen des Einzelnen im Besonderen, welche auch seine Unterstellung unter die staatliche Kontrolle rechtfertigt, gehört es zu seiner Aufgabe, rezeptpflichtige Medikamente oder Betäubungsmittel nur soweit einzusetzen, als dies aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Das bedeutet, dass sich der behandelnde Arzt nicht nur über die Urteilsfähigkeit eines Sterbewilligen, sondern auch darüber Gewissheit zu verschaffen hat, dass im Sinn der SAMW-Richtlinien ein Leiden vorliegt, das unabwendbar zum Tod führt.

Es liegt auf der Hand, dass in einem solchen Fall andere Sorgfaltspflichten gelten müssen als jene bei Patienten, die auf Heilung oder Linderung hoffen, und die öffentliche Gesundheit fordert die Vermeidung gewaltsamer Suizidversuche und Suizide. Dies sind keine medizinischen Indikationen; dennoch rechtfertigen sie die Ausstellung eines ärztlichen Rezepts für NAP.

Dies ergibt sich ohne weiteres aus dem Gleichheitssatz, der im Recht generell gilt: Gleiches ist gleich, Ungleiches ungleich zu behandeln. Zur Zeit fehlen allerdings im positiven Recht auf sämtlichen Stufen Vorschriften, die sich mit diesem Aspekt ärztlicher Tätigkeit befassen. Das ist darauf zurückzuführen, dass bislang diese Tätigkeit nicht als Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit betrachtet worden ist. Konsequenterweise bestehen somit für diese Tätigkeit bislang keine verbindlichen positive materielle oder formelle Vorschriften, an welche sich Ärzte zu halten hätten.

Die beim konkreten sterbewilligen Patienten vorhandenen Krankheiten, Leiden oder Beschwerden sind dem Arzt auf Grund der ihm von der jeweiligen Organisation vorgelegten ärztlichen Unterlagen – die vom Hausarzt der betreffenden Person, von Kliniken, meist sogar Universitätskliniken, stammen –, bereits bekannt. Sie bedürfen in aller Regel keiner weiteren Abklärung mehr; notwendig ist lediglich, dass sich der Arzt davon überzeugt, dass sich das Krankheitsbild, welches der Patient aufweist, mit den Feststellungen in den ihm vorliegenden medizinischen Akten deckt.

Wesentlich ist hingegen, dass sich der Arzt im Gespräch mit dem Patienten davon überzeugt, dass dessen Todeswunsch tatsächlich besteht, dass der Patient urteilsfähig ist und dass der Patient nicht etwa unter dem Druck dritter Personen handelt.

Ausserdem wird der Arzt in dem Gespräch mit dem Patienten die Frage klären, ob dem Patienten allenfalls noch eine bislang nicht versuchte Therapie vorgeschlagen werden kann, mittels welcher sein Sterbewunsch zumindest aufgeschoben werden könnte. Dies wird vor allem dort der Fall sein, wo für den Sterbewunsch starke Schmerzzustände auslösend sind, und wo die bislang angewandte Schmerztherapie noch nicht so weit gediehen ist, dass auch Morphine regelrecht zum Einsatz gebracht worden sind. In solchen Fällen beschränken sich die Ärzte, die wegen NAP-Rezepten angegangen worden sind, auf entsprechende Empfehlungen an die Patienten, die sie ihren behandelnden Ärzten weiterleiten sollen.

46 AJP/PJA 2000, 474 ff., 476.

Schliesslich wird sich der Arzt bei dem Gespräch davon überzeugen, dass der Patient in der Lage ist, die NAP-Lösung zu trinken oder, wenn eine Verabreichung *per os* nicht mehr möglich sein sollte, sie sich selbst entweder über eine Magensonde oder über das Öffnen des Ventils einer Infusion zu verabreichen.

Bei Patienten mit Leiden, die ganz oder teilweise psychischen Ursprungs sind, wird der Arzt überdies vorerst schon anhand der ärztlichen Unterlagen, aber auch auf Grund der Anamnese feststellen, ob es sich dabei um einen chronisch gewordenen Zustand handelt oder ob dabei vernünftigerweise damit gerechnet werden darf, dass dieser vorübergehend sein könnte.

Kommt er in der Folge zur Überzeugung, dass der Sterbewunsch des Patienten konstant und der dafür geltend gemachte Grund einfühlbar ist und dass keine Anzeichen für Drittbeeinflussung bestehen, bestehen für den Arzt keine sachlichen Gründe, dem Wunsch nach Ausstellung des Rezepts für eine letale Dosis NAP nicht zu entsprechen.

In diesem Zusammenhang sei überdies zur Vermeidung von Missverständnissen betont, dass selbstverständlich angesichts der weltanschaulichen Implikationen im Zusammenhang mit dem Bereich der begleiteten Suizide keinem Arzt vorgeschrieben werden darf, er sei verpflichtet, in solchen Fällen Natrium-Pentobarbital zu verschreiben; die persönliche Freiheit seines Entscheides muss zum Schutze seiner eigenen Weltanschauungsfreiheit selbstverständlich gewährleistet bleiben.

### 4.3. Die Dokumentierung zuhanden der Strafverfolgungsbehörden

Suizide stellen rechtlich gesehen immer aussergewöhnliche Todesfälle dar, die von Amtes wegen darauf hin zu untersuchen sind, ob es sich tatsächlich um Suizide oder aber um als solche getarnte Tötungsdelikte handelt[47].

Die Organisationen, welche Suizidhilfe anbieten, sind seit jeher bestrebt, die Abklärungen der dafür zuständigen Behörden nach Möglichkeit zu erleichtern. Sie tun dies, indem sie in aller Regel nicht nur (Teile der) Korrespondenz mit dem sterbewilligen Mitglied und dessen unmittelbar vor einer Freitod-Begleitung ausgefüllten und unterzeichneten Freitod-Erklärung vorlegen, sondern auch eine Kopie des ärztlichen Rezepts sowie eine Kopie des Berichts des Arztes (im folgenden "Arztbericht" genannt), welcher das Rezept ausgestellt hat, nebst einigen Kopien von medizinischen Berichten aus dem jeweiligen Dossier. Seit einiger Zeit wird meist auch noch eine besondere Erklärung des rezeptierenden Arztes vorgelegt, in welcher dieser separat und ausdrücklich erklärt, der Patient sei urteilsfähig, und worin er im Übrigen bezeugt, dass der Patient in der Lage ist, sich das Natrium-Pentobarbital auf eine der möglichen Arten selbst zuzuführen. Diese letztere Bescheinigung ist auf Wunsch der zürcherischen Strafuntersuchungsbehörden eingeführt worden, um sie von der Aufgabe zu entlasten, diesen Fragen im Rahmen ihrer eigenen Abklärungen nachzugehen. Man kann sich allerdings durchaus fragen, ob eine solche Bestätigung notwendig sei angesichts der Selbstverständlichkeit, dass kein Arzt je ein Rezept für Natrium-Pentobarbital ausstellen würde, wenn die dafür erforderlichen Voraussetzungen im konkreten Fall fehlen sollten.

Der Arztbericht richtet sich regelmässig und direkt an die begleitende Organisation und nicht an Dritte, etwa andere Mediziner. Er hält in der Regel fest, dass der Arzt den Patienten (und allenfalls auch ihn begleitende Angehörige oder Freunde) gesprochen hat. Je nach Arzt kann er auch eine mehr oder weniger ausführliche Wiederholung der sich aus den medizinischen Unterlagen ergebenden Diagnose(n) enthalten sowie die Feststellung, dass der Patient auf der Ausstellung des Rezepts bestanden habe. Er hat lediglich die Funktion, der Organisation in einem Schreiben, das im Original bei ihr verbleibt – im Gegensatz zum Rezept, dessen Original dem Apotheker übergeben werden muss – zu bescheinigen, dass der Arzt die sterbewillige Person gesprochen und das für sie erforderliche Rezept zuhanden der Organisation ausgestellt hat.

## 5. Fazit

Um die EMRK nicht zu verletzen, muss von der Suizidfreiheit des urteilsfähigen Menschen ausgegangen werden. Da dem Staat durch Art. 8 EMRK die Pflicht auferlegt wird, das Privatleben zu achten, muss er dort, wo die Inanspruchnahme der Suizidfreiheit durch einen Einzelnen zufolge der mit einem Suizid verbundenen hohen Risiken zu unwürdigen und sowohl die Einzelnen als auch die Gesamtheit belastenden Nachteilen führt, die Möglichkeit eröffnen oder dulden, dass ein Suizid risikofrei und schmerzlos sowie in einer Weise vorgenommen werden kann, dass Angehörige bei dieser Art der Abschiednahme eines Menschen von der Welt anwesend sein können.

Länder wie Deutschland, die Beihilfe zum Suizid zwar nicht unter Strafe stellen, sie aber auf dem Umweg über ein altes Nazi-Gesetz, welches unterlassene Hilfeleistung bestraft, dennoch kriminalisiert, und die Suizidwilligen den Zugang zu NAP verwehren und sie auf risikoreiche oder schmerzvolle Methoden verweisen, verletzen die EMRK genauso wie die Niederlande oder Belgien, die in ihren Euthanasiegesetzen die Entscheidung darüber, ob ein Mensch sein Leben willentlich beenden darf, von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen, oder wie das Vereinigte Königreich, welches die Beihilfe zum Suizid noch immer mit bis zu 14 Jahren Freiheitsstrafe bedroht.

Die Situation in der Schweiz ist grundsätzlich sehr liberal; sie überlässt in den meisten Fällen die Verantwortung für die Verordnung von NAP dem jeweiligen Arzt, gibt ihm jedoch vorerst keine entsprechenden beruflichen Regeln. Insoweit einzelne Kantonsärzte die ihnen unterstehenden

47 Weisungen der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich an die Bezirksanwaltschaften, Ziff. 82.

praktizierenden Ärzte mit Entzug der Praxisbewilligung bedrohen, falls sie psychisch Kranken NAP zum Zwecke eines Suizids verschreiben, ist die Suizidfreiheit noch nicht vollständig gewährleistet.

Die teilweise sehr einschränkenden Äusserungen des Europäischen Gerichtshofes bezüglich des Anspruchs auf Suizidbeihilfe können im Übrigen auf Dauer dann nicht Bestand haben, wenn dem Gerichtshof gezeigt wird, dass der Bereich der Sterbehilfe unbedingt unter dem weiteren Aspekt des Suizidgeschehens betrachtet werden muss. Es muss und kann gezeigt werden, dass eine liberale Handhabung des begleiteten Suizids letztlich eine der besten prophylaktischen Massnahmen zur Eindämmung des Suizidgeschehens ist. Auch in diesem Bereich ist – analog zum Schwangerschaftsabbruch – ein von Weltanschauungen unabhängiger Standpunkt am besten geeignet, die Auswirkungen suizidaler Bedürfnisse der Menschen zu optimieren.

Presque tous les pays d'Europe discutent actuellement la question de l'euthanasie. En Suisse et depuis l'entrée en vigueur du CP, l'aide au suicide n'est pas punissable, à condition qu'il n'y ait pas des motifs égoïstes. D'un autre côté, on observe que, dans les faits, l'exécution d'un suicide rencontre de plus en plus d'obstacles. L'auteur démontre que la Convention européenne des droits de l'homme protège le droit de l'individu de déterminer sa propre mort. Au-delà, la CEDH donne à l'individu également le droit de réclamer de l'état une garantie de commettre son suicide sans risques et sans douleurs.

(trad. Flurin von Planta)