

Stellungnahme zum Entwurf von «Richtlinien für die organisierte Sterbehilfe»

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Dr. Notter,

Wir danken für die Zustellung des Entwurfs April 2007 der «Richtlinien für die organisierte Sterbehilfe» und für die Gelegenheit, uns dazu äussern zu dürfen.

Wir nehmen dazu innert freundlicher Weise erstreckter Frist wie folgt Stellung.

I. Grundsätzliches

1. Suizidfreiheit als Menschenrecht nach Art. 8 Abs. 1 EMRK

1.1. Das Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 3. November 2006

Das Schweizerische Bundesgericht hat in seinem Urteil vom 3. November 2006 (BGE 133 I 58) festgehalten, dass **das Recht eines Menschen, über Art und Zeitpunkt der Beendigung seines eigenen Lebens zu entscheiden, Bestandteil des Selbstbestimmungsrechts des Menschen ist**, welches von Artikel 8 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) geschützt ist.

1.2. Voraussetzungslosigkeit eines Menschenrechts

Menschenrechte und Grundfreiheiten gelten voraussetzungslos. Sie sind bedingungsfeindlich. Dies bedeutet, dass es für die Inanspruchnahme eines Menschenrechts keiner anderen Voraussetzung bedarf als jener, dass ein Mensch, der in der Lage ist, einen freien Willen zu bilden und danach zu handeln, dies zu tun beabsichtigt.

2. Verhältnis zu Art. 2 EMRK, Recht auf Leben

2.1. Recht auf Leben und biologisches Leben

Art. 2 EMRK, welcher das Recht auf Leben gewährleistet, steht dem nicht entgegen. Es ist unbestritten, dass jemand auf sein Leben verzichten darf und dass es keine gesetzliche Pflicht zum Weiterleben gibt (vgl. dazu insbesondere LUZIUS WILDHABER, N. 268 zu Art. 8 EMRK, in: Heribert Golsong et al., Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, Köln etc. 1992). **Jemand, der auf sein Leben verzichtet, verzichtet nicht auf sein Recht auf Leben; er verzichtet lediglich auf sein biologisches Leben.**

2.2. *Schutz vor sich selbst?*

Keinesfalls darf der Staat aus Art. 2 EMRK die Folgerung ableiten, er sei in jedem Falle und unbedingt verpflichtet, einen Menschen, der sein biologisches Leben beenden will, vor sich selbst zu schützen. Eine solche Auffassung würde dem Begriff der Grundfreiheit oder des Menschenrechts zuwider laufen.

Wo dem Staat gewisse Schutzpflichten zukommen oder wo der Staat gewisse Gefahren sieht, vor denen Menschen vor ihrem eigenen Handeln geschützt werden sollen, tut er dies in bewährter Weise, indem er entweder eine bestimmte Art von **Beratung** (Beispiel: Art. 119 Abs. 2 StGB; Schwangerschaftsabbruch) vorschreibt, eine bestimmte **Form** für eine Verpflichtung vorsieht (Beispiel: Art. 512 ZGB; Erbvertrag; Öffentliche Urkunde für bestimmte Rechtsgeschäfte, verbunden mit Beratung durch die Urkundsperson) oder **vor Übereilung schützt** (Beispiel: Art. 112 Abs. 2 ZGB; Wartefrist bei einverständlicher Ehescheidung).

3. **Bedeutung von Art. 14 EMRK in diesem Zusammenhang**

Der Umstand, dass es sich bei der Suizidfreiheit um ein Menschenrecht handelt, welches durch Artikel 8 Absatz 1 EMRK geschützt wird, hat zur Folge, dass dieses Recht jedem Menschen **ohne jegliche Diskriminierung** zusteht.

Insofern kommt dem Artikel 14 EMRK in Verbindung mit Artikel 8 Absatz 1 EMRK Bedeutung zu. Art. 14 verbietet jegliche Benachteiligung, «die insbesondere im Geschlecht, in der Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, in den politischen oder sonstigen Anschauungen, in nationaler oder sozialer Herkunft, in der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, im Vermögen, in der Geburt oder im sonstigen Status begründet ist».

Dabei ist zu betonen, dass eine solche Benachteiligung weder explizit noch implizit zulässig ist. Darauf wird weiter hinten (Seite 22) noch zurückzukommen sein.

4. **Bedeutung von Art. 8 Abs. 2 EMRK**

4.1. *Inhalt von Artikel 8 Absatz 2 EMRK*

Artikel 8 Absatz 2 EMRK umschreibt die Voraussetzungen, unter welchen der Staat in die durch Artikel 8 Absatz 1 EMRK garantierten Menschenrechte und Grundfreiheiten eingreifen darf, indem ein solcher «Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts . . . nur statthaft [ist], 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».

4.2. Auswirkungen

Dies bedeutet, dass Eingriffe in die in Absatz 1 von Artikel 8 EMRK garantierten Menschenrechte und Grundfreiheiten in formeller Hinsicht einer **materiell-gesetzlichen Grundlage** bedürfen; sie müssen zum **Schutze** eines der in Absatz 2 aufgeführten **Polizeigüter** bestimmt und geeignet sein.

Solche Eingriffe sind sodann nur insoweit überhaupt zulässig, als sie in einer demokratischen Gesellschaft **notwendig** sind.

Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte ist eine solche Notwendigkeit dann gegeben, wenn dafür «a social pressing need», also ein «zwingendes gesellschaftliches Bedürfnis» nachgewiesen ist (Urteil in der Sache HANDYSIDE gegen das Vereinigte Königreich, 7. Dezember 1976).

Das bedeutet mit anderen Worten, dass jede einzelne Regel, welche der Staat aufzustellen gedenkt und mit welcher er in ein solches Menschenrecht oder eine solche Grundfreiheit eingreifen will, einer **Rechtfertigung** nach Artikel 8 Absatz 2 EMRK bedarf.

5. Das Suizidgeschehen in der Schweiz

5.1. Wenig aussagekräftige Forschungsergebnisse

Es ist im Zusammenhang mit der Frage der Suizidbegleitung ausserordentlich bedeutsam, zu erkennen, dass die Wissenschaft zu Fragen des Suizids bislang noch immer nicht sehr viele verlässliche Angaben zu machen vermag. Am besten sind noch die erfolgten Suizide erforscht; mangels Meldepflichten bei Suizidversuchen fehlt es der Forschung an ausreichenden Daten aus dem Gesundheits- und Versicherungswesen. In Bezug auf das Verhältnis von Suiziden zu gescheiterten Suizidversuchen vermag die Forschung nur äusserst vage Angaben zu machen. Und bezüglich der Auswirkungen vor allem der Suizidversuche auf die gescheiterten Suizidenten, aber auch auf Dritte oder auf die Volkswirtschaft schweigt die Forschung beinahe vollständig.

5.2. Die Antwort des Bundesrates vom 9. Januar 2002 (01.1105)

So hat der Bundesrat in seiner Antwort vom 9. Januar 2002 auf die Einfache Anfrage von Herrn Nationalrat Andreas Gross (SP, Zürich) in Bezug auf Suizide und Suizidversuche unter anderem folgendes geantwortet (Auszeichnungen durch uns):

«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 be-

wegt sich unser Land im internationalen Vergleich bezüglich der amtlich registrierten Selbstmorde in der Spitzengruppe.

Fachleute wie forensische Psychiater, Psychotherapeuten und Gerichtsmediziner west-europäischer 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.»**

5.3. Ursache dieser hohen Verhältniszahl

Eine der wesentlichen Ursachen dieser Verhältniszahl von bis zu 1:50 ist der Umstand, dass nahezu sämtliche Personen, welche einen Suizidversuch in Betracht ziehen, **keine Möglichkeit sehen, sich darüber mit anderen Personen vorgängig zu unterhalten.**

Es fehlt ihnen damit bislang offensichtlich an einer echten Beratungsmöglichkeit. Da der Suizid und schon die Suizidabsicht als Tabu gelten – also Vorgänge sind, die jedenfalls zum Teil noch immer mit massiver gesellschaftlicher Ächtung verbunden sind –, riskiert jemand, der suizidal geworden ist und sich mit Anderen darüber unterhalten will, dass er zumindest sein Gesicht, in vielen Fällen sogar **seine Freiheit verlieren** wird, weil er damit rechnen muss, in die Psychiatrie eingewiesen zu werden.

5.4. Klassische Suizidvermeidungs-Strategien

Suizid-Prophylaxe besteht – nicht nur in der Schweiz – hauptsächlich darin, dass einerseits der Zugang zu Selbsttötungsmitteln in den letzten Jahrzehnten stark eingeschränkt worden ist (Beispiel: Ersatz der Barbiturate durch Benzodiazepine als Schlafmittel), und darin, dass bei bekannten Gefahrenstellen sichernde Massnahmen ergriffen worden sind (Schutz vor Sprüngen von Brücken und hochgelegenen Plattformen durch Abschränkungen oder Auffang-Vorrichtungen).

Diese Massnahmen haben jedoch dazu geführt, dass vermehrt auf andere Suizidmethoden **ausgewichen** wird; so etwa Versuche mit Selbstunfällen in Automobilen, Eisenbahn-Suizide, Stürze aus Hochhäusern, Suizide mit Schusswaffen.

5.5. Enorme volkswirtschaftliche Kosten und Einbussen

Das Suizidgeschehen in der Schweiz verursacht **enorme volkswirtschaftliche Kosten und Einbussen**. So ist PETER HOLENSTEIN in seiner Studie «Der Preis der Verzweiflung» vom 11. September 2003 zu einer Schätzung der jährlichen Kosten der Suizide und Suizidversuche in der Schweiz von wenigstens rund 2,4 Milliarden Schweizerfranken gekommen, wobei der absolut überwiegende Löwenanteil auf die Kosten der gescheiterten Suizidversuche entfällt. In dieser

Schätzung sind nur die reinen Ausgaben ermittelt worden; zu diesen müssten auch noch die volkswirtschaftlichen Einbussen, insbesondere an «aktiven Jahren», gerechnet werden. Man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass die Kosten für das Suizidgeschehen, welche im Gesundheitswesen anfallen, sich auf etwa fünf Prozent des Gesundheitsbudgets des Landes belaufen.

Eine Schätzung des Bundesamts für Gesundheit vom Sommer 2005 bleibt zwar hinter diesen Zahlen zurück, erreicht jedoch ebenfalls Ausmasse, die weit über eine Milliarde Schweizerfranken im Jahr hinausgehen (Bundesamt für Gesundheit, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), April 2005, Seite 20).

5.6. Grosse Zahl von direkt und indirekt Betroffenen

Nicht übersehen werden darf, dass das Suizidgeschehen in unserem Lande sich nicht nur auf diejenigen Menschen beschränkt, die einen Suizidversuch erfolgreich oder scheiternd unternommen haben; geht man davon aus, dass jeder Mensch im Durchschnitt etwa sechs nahe stehende Menschen in seinem Umfeld zählt, muss festgestellt werden – geht man von der höchsten Zahl aus, die der Bundesrat in seiner vorstehend auszugsweise zitierten Antwort genannt hat –, dass jedes Jahr gegen 470'000 Menschen in unserem Lande von einem Suizid oder Suizidversuch direkt oder indirekt in ihrem nächsten Umfeld betroffen sind. Das sind somit Jahr für Jahr rund 6,35 Prozent der Bevölkerung des Landes.

5.7. Zunehmende Zahl von Alterssuiziden

Die Statistik weist auch nach, dass seit einer Reihe von Jahren die Zahl der Alterssuizide stark angestiegen ist. Man rechnet heute damit, dass **jeder dritte Suizid von einer Person von mehr als 65 Jahren vorgenommen wird.**

5.8. Es stellt sich somit die Frage nach einer besseren Prävention

Damit ergibt sich ohne weiteres die Frage, ob denn in Bezug auf dieses Suizidgeschehen in unserem Lande nicht eine **wesentlich bessere Prävention** möglich wäre. Auf diese Frage wird weiter hinten zurückzukommen sein (Seite 25 f.).

6. Bedeutung der ARTICO-Rechtsprechung des EGMR

6.1. Grundsatzurteil

Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zur Frage, in welcher Weise die in der EMRK garantierten Rechte zu gewährleisten sind, ist mit dem Leiturteil in der Sache ARTICO gegen Italien vom 13. Mai 1980 diese Frage klar entschieden worden. Wörtlich hat der Gerichtshof in Ziff. 33 des Urteils ausgeführt:

«Der Gerichtshof ruft in Erinnerung, dass die Konvention nicht bestimmt ist, theoretische oder illusorische Rechte zu garantieren, sondern Rechte, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten.»

6.2. *Schwerwiegende Konsequenzen gescheiterter Suizidversuche*

Dies muss selbstredend auch in Bezug auf die Suizidfreiheit beachtet werden. In diesem Zusammenhang kommt dem Umstand, dass die meisten Suizidversuche scheitern – und zwar auch solche, die nicht nur als «Hilferufe» appellativ unternommen worden sind –, erhebliche Bedeutung zu. Diese Bedeutung wird noch gewichtiger, wenn berücksichtigt wird, dass in vielen Fällen gescheiterte Suizidversuche zu schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen nicht nur für die gescheiterten Suizidenten, sondern oft auch für Dritte – in erster Linie Angehörige, aber auch Lokomotivführer, Rettungs-, Bergungs- und Reinigungspersonal – führen.

6.3. *Absolut unzumutbares Risiko des Scheiterns*

In zahlenmässiger Hinsicht muss für die Frage, wie oft – statistisch gesehen – ein Suizidversuch gelingt, aufgrund der (S. 3 f.) zitierten Antwort des Bundesrates festgestellt werden, dass ein Risiko des Scheiterns von bis zu 49:1 besteht.

Selbst wenn man dieses Risiko auch «nur» mit 19:1 oder gar 9:1 bewerten wollte, ist man wohl zur Feststellung gezwungen, **dass ein Recht oder eine Freiheit, welches nur mit einem Risiko dieses Ausmasses in Anspruch genommen werden kann, weder praktisch noch effizient im Sinne des Leiturteils ARTICO ist.**

6.4. *Kaum Risiken bei begleiteten Suiziden in der Schweiz*

Bei Suiziden in der Schweiz, die seitens der in unserem Lande tätigen entsprechenden Organisationen (EXIT ADMD Suisse Romande; EXIT (Deutsche Schweiz), DIGNITAS, EX International) begleitet worden sind, haben sich nach unserer Kenntnis bislang seit Einführung dieser Art von Freitod-Begleitung in der Mitte der Achtzigerjahre des 20. Jahrhunderts – somit seit mehr als zwanzig Jahren – keine Risiken des Scheiterns verwirklicht.

6.5. *Risiko bei begleiteten Suiziden in den Niederlanden*

Dies steht – auffallenderweise – in einem gewissen Gegensatz zu einer Situation, wie sie in den Niederlanden in zwei Studien (1990/91 und 1995/96) ange-troffen worden ist, und worüber in einem Artikel in Nr. 7/2000 des angesehenen «New England Journal of Medicine» berichtet worden ist.

Dort gab es bei insgesamt 114 **ausschliesslich durch Ärzte begleiteten** Suiziden, die in den beiden Studien erfasst worden sind, **in 16 Prozent aller Fälle Komplikationen.**

Neben der Situation, dass es gelegentlich **unerwartet lange gedauert** hat, bis nach der Einnahme des letalen Medikaments der Tod eingetreten ist – was früher auch bei den in der Schweiz tätigen Organisationen, allerdings äusserst selten, hat beobachtet werden können –, sind auch Fälle berichtet worden, in welchen es den Suizidenten **nicht gelungen ist, die Bewusstlosigkeit herbeizuführen**, und es gab sogar Fälle, in welchen jemand **nach Erreichen des Komas**

wieder aufgewacht ist. In verschiedenen dieser Fälle halfen schliesslich die Ärzte mit einer ärztlich gesetzten Injektion nach – also mit der in den Niederlanden an sich zulässigen (in der Schweiz jedoch verbotenen) «aktiven Sterbehilfe».

Ein ähnlicher Fall des Wiedererwachens aus einem 65 Stunden andauernden Koma ist für das Jahr 2005 in Oregon (USA) berichtet worden.

6.6. Fazit

Es ist interessant feststellen zu können, dass damals in den Niederlanden trotz des Umstandes, dass nur **Ärzte** Begleitungen vornehmen durften, eine **derartig hohe Rate von Komplikationen** hat festgestellt werden müssen.

Das lässt den Schluss zu, dass es bei einer Freitodbegleitung nicht etwa auf die berufliche Ausbildung und den ausgeübten Beruf ankommt, sondern auf die **besondere Instruktion in Bezug auf das Vorgehen bei einer Freitodbegleitung und damit gleichzeitig auch auf diese spezifische Erfahrung**.

In Bezug auf die Situation in Oregon ist hier festzuhalten, dass die dort geübte Abgabe von Medikamenten direkt an die sterbewillige Person diesen Aspekt vollständig vernachlässigt, so dass dort das Risiko von Komplikationen in besonderem Umfange besteht, umso mehr, als nicht nur – wie in der Schweiz – Natrium-Pentobarbital (NAP) zur Verschreibung kommt.

Aus diesen Gegebenheiten kann der Schluss gezogen werden, dass **das Vorgehen der in der Schweiz tätigen Organisationen bereits heute einem äusserst hohen professionellen Standard entspricht**, welcher das Scheitern eines Suizidversuchs **offensichtlich vollständig ausschliesst**.

Daraus kann und muss zwingend der weitere Schluss gezogen werden, dass die **Verwirklichung einer praktischen und effizienten Suizidfreiheit**, wie sie nach der EGMR-Rechtsprechung gegeben sein muss, wenn das Recht auf Selbstbestimmung auch in Bezug auf das eigene Ableben wirklich gewährleistet sein soll, **nur möglich** ist, wenn dazu **spezialisierte Suizid-Beihilfe** in Anspruch genommen werden kann.

6.7. Damit verbundene Pflichten des Staates

Es kann dem Bundesgericht insoweit bezüglich seiner im bereits erwähnten Urteil geäusserten Auffassung, es sei nicht Aufgabe des Staates, Suizid-Beihilfe anzubieten, nur gefolgt werden, **sofern der Staat die Rahmenbedingungen dafür schafft, dass diese Hilfe von privaten Organisationen in professioneller Weise angeboten werden kann, und wenn die Hürden, welche sterbewillige Personen auf dem Wege zur Beendigung ihres eigenen Lebens überwinden müssen, nicht zu hoch sind**.

Dazu gehört, dass einerseits das von den dafür tätigen Organisationen verwendete Medikament Natrium-Pentobarbital weiterhin zum Zwecke begleiteter Suizide zur Verfügung steht, und dass andererseits Ärzte und unter ihnen vor allem

auch Psychiater bereit sind, Menschen, die ihr Leben beenden wollen, dies dadurch ermöglichen, indem sie bei der Abklärung des Sterbewunsches mitwirken und bereit sind, das für eine Freitod-Begleitung erforderliche Rezept für Natrium-Pentobarbital auszustellen.

6.8. Mission impossible?

Zwei der Bedingungen, die das Bundesgericht in dem erwähnten Urteil aufgestellt hat, damit auch psychisch kranken Personen ein begleiteter Suizid ermöglicht werden kann, scheinen sich allerdings bereits jetzt als «**mission impossible**» herauszustellen: Das Bundesgericht hielt einerseits an der strikten Rezeptpflicht für Natrium-Pentobarbital fest, und es verlangte andererseits – im Sinne des von EXIT (Deutsche Schweiz) eingeholten Gutachtens zur Frage der Urteilsfähigkeit von psychisch Kranken – eine «vertiefte psychiatrische Beurteilung» nicht nur der Frage der Urteilsfähigkeit in Bezug auf das eigene Ableben von Psychischkranken, sondern auch der Frage, ob der Sterbewunsch im konkreten Falle lediglich überwiegend Symptom einer akuten psychischen Krankheit oder aber eine nachvollziehbare Bilanzüberlegung sei.

Mittlerweile haben sowohl die **Verbindung der Schweizer Ärzte** (FMH), die **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften** (SAMW) als auch mehrere Verbände der Psychiater eine solche Mitwirkung *a limine* abgelehnt; die FMH in einem Artikel von René Raggenbass, Mitglied des Zentralvorstandes FMH, und Hanspeter Kuhn, stellvertretender Generalsekretär der FMH, in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 7/2007; die SAMW in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 24/2007; der Vorstand der **Schweizerischen Gesellschaft für Forensische Psychiatrie** (SGFP) in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 27-28/2007; die **Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie** (SGAP) in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 29-30/2007.

6.9. Alternative für die Freitodhilfe-Organisationen

Diese Stellungnahmen können dazu führen, dass die für Freitodhilfe tätigen Organisationen sich **Alternativen zum Medikament Natrium-Pentobarbital** überlegen müssen.

Um einen angst- und schmerzfreien Tod zu gewährleisten, kommt neben den von ADMIRAAL/CHABOT/PENNINGS beschriebenen Medikamentenkombinationen (PIETER V. ADMIRAAL/TE. BOUDEWIJN CHABOT/ED. J. M. PENNING, Humane Zelfdoding, Nijmegen 2003) – auch diese unterliegen der Rezeptpflicht – in erster Linie die **Helium-Methode** in Betracht, welche in der einschlägigen Literatur bereits ausführlich beschrieben worden ist.

Dort wird sie unter Zuhilfenahme einer zähwandigen Plastikhaube beschrieben, die zuerst über Haaransatz am Hals, Ohren und Stirn mittels eines Sport-Stirnbandes befestigt wird. Anschliessend wird Helium in diese Plastiktüte gefüllt. Sobald diese gefüllt ist, kann der Heliumschlauch herausgenommen wer-

den, und die sterbewillige Person zieht sich mit beiden Händen das Sportband samt unterem Tütenrand von der Stirn nach unten bis unter das Kinn.

Diese Methode birgt allerdings ein enormes gesellschaftliches Risiko: Alle dafür erforderlichen Materialien sind für jedermann leicht erhältlich. Ist die Methode einmal allgemein bekannt – und die Medien werden ja kaum verantwortungsvoll handeln, wenn sie die Freitodhilfe-Organisationen wegen der Anwendung dieser Methode zum Zwecke des Absatzes ihrer Medienprodukte kritisieren werden –, dann muss mit einem starken Anstieg von Suiziden vor allem von Jugendlichen gerechnet werden. Es sollte daher tunlichst vermieden werden, dass die Freitodhilfe-Organisationen faktisch zu diesem Schritt gezwungen werden.

Dies kann allenfalls auch dadurch geschehen, indem der Bundesrat, gestützt auf Artikel 14a des Betäubungsmittelgesetzes, solchen Freitodhilfe-Organisationen, die Gewähr für eine seriöse Arbeit bieten, die Erlaubnis erteilt, Natrium-Pentobarbital auch ohne ärztliches Rezept zu beziehen, zu lagern und abzugeben.

Eine solche Handhabung wurde im Übrigen bereits im letzten Jahr durch einen in St. Gallen wirkenden Rechtsanwalt geprüft und mit einem möglichen Lösungsvorschlag publiziert (FRANK TH. PETERMANN, Rechtliche Überlegungen zur Rezeptierung und Verfügbarkeit von Natrium-Pentobarbital, Aktuelle Juristische Praxis (AJP) 04.7.2006, S. 439-467). DIGNITAS hat mittlerweile dem Bundesrat ein solches Gesuch unterbreitet.

II. Fehlende Rechtstatsachenforschung und Rechtsfolgenabschätzung

7. Der Entwurf als Vorläufer einer gesetzlichen Regelung

Der Entwurf ist, wie das in seiner Ziffer 1 deklariert ist, als Vorläufer einer gesetzlichen Regelung gedacht. Aus seinem Wortlaut ist dessen **Rechtsnatur nicht zu erkennen**; diese bleibt unklar. Das ist ein gravierender Mangel.

8. Voraussetzungen für eine Gesetzgebung

Die herrschende **Gesetzgebungslehre** verlangt, dass **vor** dem Entwurf oder gar dem Erlass von Normen vorerst **jene Tatsachen sorgfältig zu erheben** sind, von welchen angenommen wird, sie seien dafür massgebend, dass überhaupt ein Gesetzgebungsbedarf besteht, und sie verlangt darüber hinaus eine **Rechtsfolgenabschätzung**, welche untersucht, welches wohl die **Wirkung** einer in bestimmter Weise formulierten beabsichtigten Norm sein werde.

Diese Forderungen stehen denn auch in direkter Übereinstimmung mit der Forderung vor allem bürgerlicher Parteien nach einem «schlanken» Staat, und sie stehen in Übereinstimmung mit einer liberalen Regel, welche besagt, der Staat habe nur dort einzugreifen, wo ein zwingender Handlungsbedarf besteht.

Schon Charles de Montesquieu (1689-1755) hat dazu die Grundlage gelegt mit seiner Maxime: «**Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu machen.**»

Damit stehen diese Forderungen der Gesetzgebungslehre auch in Übereinstimmung mit jenen Normen der EMRK, welche in den Absätzen 2 der Artikel 8 bis 11 formuliert worden sind und die im Einzelnen bezeichnen, zu welchem Zwecke und beim Bestehen welcher Voraussetzung eine öffentliche Behörde in Menschenrechte und Grundfreiheiten eingreifen darf.

Zudem ist – wie bereits gesagt – auch eine **Gesetzesfolgenabschätzung** notwendig. Sie soll davor bewahren, dass ein Gesetz Normen enthält, die bei der späteren Anwendung des Gesetzes ganz andere Wirkungen zeitigen als diejenigen, die beabsichtigt worden sind.

So hat denn die Lehre die folgenden **Grundsätze** formuliert, die beispielsweise für die Gesetzgebung in unserem nördlichen Nachbarland Deutschland sogar zu **gesetzlichen Normen** im Sinne einer **Voraussetzung** geworden sind:

Die Gesetzesfolgenabschätzung (GFA) befasst sich mit der Erfassung und Analyse von gewollten Auswirkungen und ungewollten Nebenwirkungen von Rechtsnormen. Damit sollen die Notwendigkeit und Wirkung eines geplanten Gesetzes besser erfasst und mögliche Alternativen gegenüber gestellt werden.

Obwohl der Normgeber bei dem Erlass jeder Norm schon immer bestimmte Zwecke verfolgte, ist die systematische Erfassung und Bewertung von voraussichtlichen und tatsächlichen Gesetzesfolgen eine relativ junge Entwicklung. So sieht die deutsche Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) erst seit dem 1. September 2000 vor, dass beim Vorlegen, Formulieren und Erlassen von Rechtsnormen wie Gesetzen, Rechtsverordnungen oder bei allgemeinen Verwaltungsvorschriften eine Gesetzesfolgenabschätzung vorzunehmen sei.

Zweck der Durchführung von Gesetzesfolgenabschätzungen ist es, staatliches Handeln effektiver zu gestalten, staatliche Eingriffe auf das notwendige Mindestmaß zu beschränken und mögliche Alternativen einzubeziehen. Nach §§ 43 Absatz 1 Nr. 5, 44, 62, 70 GGO sind die Ergebnisse der Abschätzung der Gesetzesfolgen in der Begründung zu dem Rechtsakt und im Vorblatt bei der Vorlage des Entwurfes darzustellen.

Die Gesetzesfolgenabschätzung erfolgt nicht nur im Vorfeld des Erlasses einer Norm. Insgesamt lassen sich in der deutschen Praxis drei Phasen der Gesetzesfolgenabschätzung erkennen:

Konzeptionsphase: Anstoß der Gesetzesfolgenabschätzung - Analyse des Regelfeldes - Entwicklung von Regelungsalternativen - Entwicklung von Szenarien - Auswahl und Aufbereitung geeigneter Instrumente.

Durchführungsphase: Workshops mit Experten und Normadressaten, Prüfung und nötigenfalls Modifikation der Regelungsalternativen - Abschätzung der Folgen pro Regelungsalternativen unter Anwendung der Instrumente gegebenenfalls vor dem Hintergrund der Szenarien.

Auswertungsphase: Auswertung, Aufbereitung und Dokumentation inklusiver Empfehlungen für eine optimale Regelungsalternative - Auswahl der Regelungsalternative durch politische Führungsebene; Entscheidung über den Fortgang der Gesetzesfolgenabschätzung.

Hier sind besonders die Darlegungen von Interesse, die zur **Konzeptionsphase** gemacht werden. Zwar ist der Anstoss zum Erlass von Normen verhältnismässig einfach zu erkennen, doch **fehlt es an einer Analyse des Regelfeldes**, die eben nur durch eine regelrechte **Rechtstatsachenforschung** erfolgen kann.

Der Entwurf enthält – angesichts dieser Forderungen der Gesetzgebungslehre und der Forderungen liberaler Politik erstaunlicherweise – **keinerlei Angaben** über allfällig vorhandene Ergebnisse einer Rechtstatsachenforschung oder auch nur Ansätze einer Rechtsfolgenabschätzung.

Solche Grundlagen wären aber für eine sinnvolle Gestaltung von Normen **unerlässlich**. Es ist in einer Zeit, in welcher ohnehin die **Gesetzesinflation** eines der grössten Probleme staatlichen Zusammenlebens darstellt – zur Verdeutlichung dieser Feststellung diene, dass die im Jahre 1948 erschienene Ausgabe der «Bereinigten Sammlung der Bundesgesetze und Verordnung 1848-1947» in der Bibliothek 0,67 Laufmeter beansprucht, das heute geltende Bundesrecht in Form der Systematischen Sammlung jedoch 4,11 Laufmeter, somit **mehr als das Sechsfache dessen, was noch vor sechzig Jahren gegolten hat** –, absolut notwendig, **vorerst über gesicherte Tatsachen zu verfügen, bevor – nota bene, hier von einer einzigen Stelle der staatlichen Verwaltung und von einem einzigen Blickwinkel aus – versucht wird, irgendwelche Normen zu schaffen.**

Zeigt sich nämlich, dass die anvisierten Ziele durch die handelnden Personen oder Organisationen bereits heute auf freiwilliger Basis erfüllt werden, dass somit Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle bereits vorhanden sind und gute Ergebnisse belegen, ist normierendes Eingreifen **überflüssig**.

9. Es besteht bislang keinerlei entsprechende Rechtstatsachenforschung

Tatsächlich gibt es denn auch in der Schweiz bisher **keine** entsprechende Rechtstatsachenforschung, die über einen allfälligen Regelungsbedarf im Bereich der organisierten Freitod-Hilfe Auskunft zu geben vermöchte.

Es ist deshalb auch nicht festzustellen, welches die **Grundlagen** gewesen sind, welche die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) dazu veranlasst hat, ihre Stellungnahme 13/2006, auf welche der Entwurf in weiten Teilen sich abstützen scheint, zu verabschieden.

Mehr noch: Weder der Verfasser des hier zur Debatte stehenden Entwurfes noch die NEK haben sich je um die Erforschung der Tatsachen bemüht, die für die Beurteilung der Tätigkeit der Suizidhilfe-Gesellschaften wesentlich wären: Sie haben sich dazu nie mit uns in Verbindung gesetzt.

Bezüglich der erwähnten Stellungnahme der NEK drängt sich gar der **Verdacht** auf, eine Skizze zum hier zu diskutierenden Entwurf sei Grundlage ihrer Beschlussfassung gewesen, hat sie sich doch bereits früher – in ihrer Stellungnahme 9/2005 zur Beihilfe zum Suizid – zu dem Thema eigentlich ausreichend geäussert. **Wenn dem so ist, dann berufen sich beide Instanzen offensichtlich auf Zirkelschlüsse.**

10. Bei DIGNITAS bestehende Studien und Grundlagen

Im Umfeld von DIGNITAS bestehen dagegen allerdings einige Studien, welche ihrerseits über wesentliche Rechtstatsachen Auskunft zu geben vermögen. Es sind dies insbesondere die folgenden Veröffentlichungen:

- PETER HOLENSTEIN, Der Preis der Verzweiflung, Forch-Zürich, 11. September 2003; Studie über die Kosten des Suizidgeschehens in der Schweiz, herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für die Europäische Menschenrechts-Konvention (SGEMKO)
- NANCY GÄDEKE, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg: 138 Suizidbegleitungen durch DIGNITAS im Jahre 2005 und deren Vorbereitung / Eine Studie anhand der Akten der einzelnen Begleitung, 2. März 2006
- N. N., Studie an einer katholischen deutschen Fachhochschule beweist: DIGNITAS befreit von Angst und hilft weiterleben! / Ein Auszug aus einer Diplomarbeit an einer katholischen deutschen Fachhochschule, Veröffentlicht von DIGNITAS am 23. April 2007 (einstweilen auf Anraten ihres Professors leider anonym, weil die Autorin negative Haltungen kirchlicher Träger und damit Anstellungsnachteile befürchtet (sic!))

III. Fehlende Beurteilung der Notwendigkeit

11. Es fehlt an einem Nachweis der Notwendigkeit einer solchen Regelung

Dem Entwurf ist mit keinem Worte zu entnehmen, weshalb zwischen dem Staat und den Organisationen, welche sich mit der Leistung von Suizidbeihilfe befassen, derartige Richtlinien vereinbart werden sollen; insbesondere **fehlt es an der Darlegung der Notwendigkeit** einer solchen Regelung.

Nach unserer Erfahrung und unseren Beobachtungen sorgen diese Organisationen schon bisher in **optimaler Weise** dafür, dass sie **weder vorschnell** jemandem einen Suizid ermöglichen, noch begleiten sie jemanden bei einem Suizid, ohne dass in jedem einzelnen Falle eine derartige Beihilfe **auch unter moralischen Aspekten gerechtfertigt** ist.

Mangels Ausführungen über die durch den Entwurf nur implizit behauptete Notwendigkeit kann aber die Frage der Notwendigkeit gar nicht beurteilt werden.

IV. Fehlende Begründung der einzelnen Regeln

12. Der Entwurf enthält keinerlei Begründungen für die einzelnen Regeln

Eine analoge Feststellung drängt sich bezüglich der einzelnen Regeln des Entwurfes auf: Es wird **nirgends gesagt, aus welchen Gründen** die einzelne Regel aufgestellt werden soll; **welchem Zweck** sie dienen soll; oder gar, dass ohne diese Regel die entsprechenden Zwecke **auch nur gefährdet** wären.

V. Stellungnahme zu den einzelnen Regeln

13. Ziel und Zweck der Richtlinien

Vorgeschlagene Richtlinie:

Der in der Schweiz vorherrschende liberale Grundgedanke der straflosen Suizidhilfe bedarf hinsichtlich der organisierten Suizidhilfe gewisser Rahmenbedingungen.

Dies um dem Schutz des Lebens und dem Gebot der Fürsorge im Sinne der Verantwortung für suizidgefährdete Personen, welche der Selbstbestimmung des Menschen entgegenstehen, genügend Rechnung zu tragen. Im Bereich der äusserst sensiblen Tätigkeit der organisierten Suizidhilfe sind deshalb Richtlinien zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle unabdingbar.

Bis zur Einführung einer allfälligen gesetzlichen Regelung anerkennen die Suizidhilfeorganisationen und Einzelpersonen, welche Suizidhilfe regelmässig anbieten, die nachstehenden, sich eng an die NEK-Stellungnahme Nr. 13/2006 (Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidhilfe) anlehnenden Richtlinien und verpflichten sich, diese einzuhalten.

Ziffer 1 nennt lediglich ganz allgemein als Ziel und Zweck der Richtlinien, es solle dem Schutz des Lebens, dem Gebot der Fürsorge im Sinne der Verantwortung für gefährdete Personen, welche der Selbstbestimmung des Menschen entgegenstehen, genügend Rechnung getragen werden. Im Zusammenhang damit sollen auch Qualitätssicherung und -kontrolle gewährleistet werden.

13.1. Implizite Behauptung mangelnder Fürsorge und Qualität

Damit wird anscheinend implizite die Behauptung aufgestellt, die bisherige Praxis der Suizidhilfe-Organisationen habe diesen Werten offenbar zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet, und deren Qualität lasse zu wünschen übrig.

DIGNITAS kann sich einer solchen Beurteilung der Lage in keiner Weise anschliessen. Wir nehmen die Situation völlig anders wahr.

13.2. Die unzutreffende Behauptung der Express-Begleitung

So ist die seit Jahren ständig wiederholte stereotype Darstellung der Oberstaatsanwaltschaft, dass sich die Suizidbeihilfe durch DIGNITAS darauf beschränken würde, suizidwillige Personen an einem Tage nach Zürich reisen und am selben oder am nächsten Tage versterben zu lassen, bewusst unwahr, weil unvollständig: Diese Darstellung hat die umfangreichen und oft zeitraubenden Abklärungen, die DIGNITAS vorgenommen hat, vollständig und absichtlich zum Zwecke der Irreführung der Öffentlichkeit ausgeblendet.

Diese unvollständige und damit unzutreffende Darstellung hatte zudem gelegentlich zur Folge, dass sich bei DIGNITAS Personen aus dem Ausland ohne jede Voranmeldung an der Türe gemeldet hatten und wirklich meinten – im Vertrauen auf solche Aussagen, die jeweils so auch in den Medien wiedergegeben worden sind –, sie könnten tatsächlich am selben oder am nächsten Tage sterben, ohne dass entsprechende Abklärungen vorausgegangen wären.

13.3. Der tatsächliche zeitliche Aufwand für die intensiven Abklärungen

Die (vorne, Seite 12) erwähnte Studie von NANCY GÄDEKE weist anhand der untersuchten 138 Freitodbegleitungen durch DIGNITAS im Jahre 2005 im Einzelnen nach, dass der Zeitbedarf für die Abklärung der Fragen, die sich im Zusammenhang mit einem Antrag auf Gewährung von Suizidbeihilfe stellen, keineswegs gering ist.

Zwar gab es im untersuchten Zeitraum einige **ganz wenige Fälle**, in welchen zufolge einer unbeherrschbaren Schmerzsituation ein **rasches Handeln erforderlich** war – wobei jeweils der betreffende Hausarzt des Mitglieds das Rezept für Natrium-Pentobarbital ausstellte –, in welchen diese Abklärungen innerhalb weniger Tage erfolgt sind.

Ausserdem ist es auch durchaus richtig und verständlich, dass in den meisten Fällen, die zu einer Freitodbegleitung führen, diese Abklärungen **speditiv** vorgenommen werden; eine speditive Bearbeitung ist auch – mit etwas weniger Dringlichkeit – für jene Fälle angezeigt, die von ihrer Ausgangslage her kein sofortiges Handeln erfordern und in welchen dann allerdings von einem «grünen Licht» seitens des DIGNITAS-Mitglieds in der überwiegenden Zahl der Fälle kein Gebrauch gemacht wird. Wir werden darauf noch zurückkommen (Seite 16).

In der Studie (S. 10) wird für die **Zeit zwischen Eingang des Ersuchens** um Vorbereitung einer Freitodbegleitung bis zur **Mitteilung des «grünen Lichts»** – ein Schweizer Arzt erklärt, zur Ausstellung des Rezepts bereit zu sein – ein Zeitaufwand von zwischen drei und 801 Tagen nachgewiesen. Dabei liegt der **Zentralwert bei 22 Tagen**; der **Mittelwert bei 77 Tagen**. Demgegenüber wird (S. 14) gezeigt, dass sich die zeitliche Distanz **zwischen Gesuch und Freitodbegleitung** in den Extremwerten zwischen Null und 1'193 (sic!) Tagen bewegt, wobei der **Zentralwert bei 41 Tagen**, der **Mittelwert bei 140 Tagen** liegt.

Rechnerisch ergibt sich aus Zentral- und Mittelwert, dass zwischen «grünem Licht» und Freitodbegleitung in der Regel noch Zeiträume zwischen 19 und 133 Tagen liegen, also fast drei Wochen bis zu vier Monaten.

13.4. Die Abklärungen bei DIGNITAS würden bestehenden Gesetzen standhalten

Vergleicht man diese tatsächlich festgestellten Daten aus der Praxis von DIGNITAS, die anhand des Samples sämtlicher Freitodbegleitungen des Jahres 2005 erhoben worden sind, beispielsweise mit den gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf Feststellung der **Konstanz des Sterbewunsches**, wie sie etwa im amerikanischen Bundesstaat **Oregon** oder in den **Niederlanden** oder in **Belgien** bestehen, so ergibt sich das Folgende:

Die gesetzlichen Bestimmungen von **Oregon** («Death with Dignity Act») verlangen in Bezug auf den Zeitablauf, dass der Patient innerhalb von mindestens 15 Tagen zu Beginn mündlich und schriftlich ein Ersuchen um Ausstellung eines Rezepts zum Zwecke eines medizinisch assistierten Suizids stellt und dieses

Begehren in **nicht weniger als 15 Tagen** mündlich gegenüber seinem Arzt wiederholt:

127.840 s.3.06. Written and oral requests.

In order to receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, a qualified patient shall have made an oral request and a written request, and reiterate the oral request to his or her attending physician **no less than fifteen (15) days after making the initial oral request**. At the time the qualified patient makes his or her second oral request, the attending physician shall offer the patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 s.3.06]

(<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml>)

In den **Niederlanden** enthält das Gesetz mit dem Titel «Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung und Änderung des Strafgesetzbuches und des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen (Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung)» ein «Kapitel II. SORGFALTSKRITERIEN», bestehend aus dem einzigen Artikel 2 mit vier Abschnitten, in welchen jedoch **keinerlei zeitlichen oder Form-Vorschriften** zu finden sind.

(http://www.kna.de/doku_aktuell/euthanasiegesetz_NL.pdf)

In **Belgien** sieht § 3 des Gesetzes zur Sterbehilfe vom 28. Mai 2002 in Ziffer 2 vor, dass der Arzt nur dann, wenn er der Meinung ist, dass das Ableben des Patienten nicht in einem kurzfristigen Zeitraum eintreten werde, **mindestens einen Monat zwischen dem schriftlichen Ersuchen des Patienten und der Sterbehilfe verstreichen lassen muss**.

(http://www.iuscrim.mpg.de/forsch/straf/referate/sach/SterbehilfeG_Belgien.pdf)

Damit ist gezeigt, dass die Praxis, wie sie bei DIGNITAS in zeitlicher Hinsicht stattfindet, im Prinzip auch mit den gesetzlichen Bestimmungen in Oregon, den Niederlanden und Belgien vereinbar wäre.

13.5. Die Frage der Beständigkeit des Sterbewunsches

Soviel zur zeitlichen Komponente, die einen unmittelbaren Konnex auch mit der Frage schafft, inwieweit die **Konstanz des Sterbewunsches** einer Person **abgeklärt** wird:

Diese Abklärung ergibt sich am deutlichsten dadurch, dass im Verfahren von DIGNITAS dieser Wunsch, nachdem er einmal geäußert worden ist, vom Mitglied immer wiederholt wird, und dass es auf eine Entscheidung drängt.

Dies ist in den in unserer Praxis festzustellenden Dauern der Abklärung immer wieder der Fall, und insbesondere ist dies nach dem Anreisen des Mitglieds im persönlichen Gespräch zwischen diesem und dem Arzt, aber auch zwischen dem Mitglied und den Mitarbeitern der Organisation, die sich mit der Angelegenheit befassen, **zentrales Thema**.

13.6. Das Problem der Distanzbeziehung und die Frage der Qualität

Zur **Qualitätskomponente** als besonderem Problem der Distanz-Beziehung bei Freitodbegleitungen für Personen, die nicht in der Schweiz wohnen, hat sich die Studie von NANCY GÄDEKE (Seite 12) ebenfalls geäußert. Sie stellt fest, dass in solchen Fällen **«eine seriöse Vorbereitung und Abklärung nicht etwa unmöglich»** sei (S. 5). Diese beruht auf einem «rege(n) schriftliche(n) und/oder telefonische(n) Kontakt», in dessen Verlauf vor allem die massgebenden medizinischen Unterlagen des Mitglieds, welche DIGNITAS und von der Organisation konsultierten Ärzten zur Verfügung stehen, eine zentrale Rolle spielen.

13.7. Primär Beratung zum Leben hin

Es gehört zu den Prinzipien der Beratung von Mitgliedern durch DIGNITAS, dass **immer zuerst Alternativen zum Leben hin** gesucht, erwogen und empfohlen werden, wenn sich dies nicht schon auf Grund der medizinischen Unterlagen und der konkreten Situation, in welcher das Mitglied lebt, von vornherein verbietet. Im Verlaufe dieses Verkehrs kommt es denn auch immer wieder vor, dass entweder schon die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Organisation oder einer der von der Organisation eingeschalteten Ärzte Alternativen zum Suizid vorschlagen und damit Ratschläge und wenn immer möglich auch konkrete Hilfe in Richtung Weiterleben erteilen.

13.8. Die beruhigende Wirkung des «grünen Lichts»

Wie hervorragend im Übrigen gerade die Beratungstätigkeit von DIGNITAS für die Mitglieder wirkt, zeigt die (vorne, Seite 12) erwähnte Studie von N. N. Sie beruht auf einem untersuchten Sample, das aus den 387 Mitglieder-dossiers in weissen Ordnern bestanden hat, die während der Dauer ihres Praktikums bei DIGNITAS vorhanden waren, und in welchen die Unterlagen jener Mitglieder aufbewahrt werden, die einen Antrag auf Vorbereitung einer Freitodbegleitung gestellt, diese aber noch nicht vorgenommen hatten.

N. N. hat festgestellt, dass 70 Prozent jener Mitglieder, die bereits ein «grünes Licht» erhalten haben, sich bei DIGNITAS überhaupt nicht mehr gemeldet haben, und dass nur in 13,3 Prozent der Fälle schliesslich auch das Rezept ausgestellt worden ist, welches zum Zeitpunkt der Untersuchung aber noch nicht für eine Freitodbegleitung in Anspruch genommen worden war.

Das Ergebnis dieser Studie darf in der Weise interpretiert werden, dass diese Mitglieder durch die Zusage des «grünen Lichts» **von ihren Ängsten befreit** worden sind, die sie wegen ihrer Krankheit oder Behinderung hinsichtlich eines unbekanntem künftigen Leidenmüssens gehegt haben, weil ihnen zugesichert worden ist, dass sie ihr Leben für den Fall, dass sie ihre Belastung nicht weiter aushalten könnten, sicher und schmerzlos mit Hilfe von DIGNITAS werden beenden können. Der Umstand, **in einer solchen Situation wieder eine Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit zu haben** und auf diese Weise die Entscheidungsfreiheit und das Gesetz des Handelns wieder in die eigenen Hände zu be-

kommen, dürfte dabei wohl das entscheidende Element sein, **welches die Angst beseitigt**.

14. Definition der organisierten Suizidhilfe

Ziffer 2.

Vorgeschlagene Richtlinie:

Der Begriff der organisierten Suizidhilfe umfasst das Anbieten und zur Verfügung stellen der im Rahmen von Art. 111 ff. StGB (insbesondere Art. 114/115 StGB) zulässigen Hilfeleistungen an suizidwillige Personen durch Organisationen oder durch Einzelpersonen, welche die Hilfeleistung regelmässig anbieten.

Keine Bemerkungen.

15. Minimalstandards

Ziffer 3.

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die nachstehenden Minimalstandards beziehen sich auf Fälle von Suizidhilfe, in denen die Lebenserwartung der suizidwilligen Person noch (viele) Monate oder Jahre beträgt, da in solchen Situationen - im Gegensatz zur Sterbehilfe im engeren Sinne bei infausten terminalen Erkrankungen mit einer natürlichen noch verbleibenden Lebenserwartung von wenigen Wochen - höhere Anforderungen an die Suizidbegleitung zu stellen sind. In angepasster Form gelten diese Standards jedoch auch für die Sterbehilfe im engeren Sinne.

Wir halten diesen Text in gesetzestechnischer Hinsicht für missglückt.

Unter dem Begriff «**Minimalstandards**» werden in der Regel **absolut letzte Grenzen** verstanden, die in jedem Falle, ganz egal, wie er individuell gelagert sein mag, einzuhalten sind. Minimalstandards sind somit so festzulegen, dass sie für jede beliebige Situation einzuhalten sind.

Soll zwischen unterschiedlichen Situationen **differenziert** werden, sind entsprechend **erhöhte Anforderungen** zu stellen, die mithin **über** den Minimalstandards liegen.

Ziffer 3.1. Urteilsfähigkeit

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die suizidwillige Person ist in Bezug auf den Entscheid, sich mit Hilfe Dritter das Leben zu nehmen, urteilsfähig im Sinne von Art. 16 und 18 ZGB. Solange berechtigte Zweifel an der Urteilsfähigkeit bestehen, darf keine Suizidhilfe geleistet werden.

a) Abklärung bei psychisch gesunden Personen

Die Urteilsfähigkeit ist mittels wiederholter, länger dauernder persönlicher Gespräche, in welchen Lebenssituation, Umfeld und Lebensgeschichte angesprochen werden, durch die Suizidhelfer oder die mit der Sache befassten Ärzte zu klären. Diese Gespräche haben im Abstand von mehreren Wochen zu erfolgen. Die Erkenntnisse aus den Gesprächen sind in Berichten schriftlich festzuhalten.

b) Abklärung bei psychisch kranken Personen

Ist die Suizidalität Ausdruck oder Symptom der psychischen Krankheit, darf grundsätzlich keine Suizidhilfe gewährt werden. Psychisch kranke Personen können bezüglich ihres Sterbewunsches jedoch durchaus urteilsfähig sein, wobei eine solche Annahme äusserste Zurückhaltung gebietet: Es ist zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlwogenden und dauerhaften Entschieden einer urteilsfähigen Person beruht ("Bilanzsuizid"), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt. Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Suizidhilfe gewährt werden. Es bedarf dazu jedoch einer vertieften Abklärung, weshalb zusätzlich zu dem unter lit. a. umschriebenen Vorgehen ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten bezüglich der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Sterbewunsch beizuziehen ist (BGE 2A.48/2006 und 2A.66/2006).

c) Abklärung bei Demenzerkrankungen, insbesondere auch Alzheimerkrankheit

Bei dementen Personen, so auch bei an Morbus Alzheimer erkrankten Personen, bedarf es im Hinblick auf die Urteilsfähigkeit Abklärungen wie unter lit. b vorstehend umschrieben.

Der Entwurf geht bezüglich der Frage der **Urteilsfähigkeit** offensichtlich von einer **völlig falschen Voraussetzung** aus, nämlich jener, es müsse gewissermassen **die volle Urteilsfähigkeit nachgewiesen** werden. Er steht damit im Gegensatz zur Rechtsordnung. Diese geht grundsätzlich davon aus, dass **Urteilsfähigkeit zu vermuten** ist.

Es sollte beachtet werden, dass hier **strafrechtliches Denken** im Sinne der jeweiligen Erwägungen zur «**Zurechnungsfähigkeit**» fehl am Platze wäre. Der Begriff der **Zurechnungsfähigkeit** darf mit dem Begriff der **Urteilsfähigkeit keineswegs als deckungsgleich** betrachtet werden, will man nicht dem Irrtum verfallen, so wie die Zurechnungsfähigkeit in unterschiedlichen Graden durch die forensische Psychiatrie bestimmt werde, müsse auch die Urteilsfähigkeit in unterschiedlichen Graden ermittelt werden. Dem ist aber gerade nicht so.

Dies ergibt sich unschwer aus dem Wortlaut von Art. 16 ZGB:

Art. 16 d) Urteilsfähigkeit

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

Wem somit die Fähigkeit zu vernunftgemäsem Handeln nicht wegen besonderer persönlicher Defekte abhanden gekommen ist, der hat als urteilsfähig zu gelten.

HANS BINDER, Direktor der Kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Rheinau von 1942 bis 1964, Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich und Ehrendoktor der Juristischen Fakultät der Universität Zürich zufolge seiner bahnbrechenden Arbeiten an der Nahtstelle von Psychiatrie und Recht (z.B. Die Geisteskrankheit im Recht, Zürich 1952; Die Urteilsfähigkeit in psychologischer, psychiatrischer und juristischer Sicht, Zürich 1964), hat in seinem hier zuletzt genannten Werk (S. 35 f.) klar gemacht, dass Urteilsfähigkeit immer entweder

gegeben oder aber nicht gegeben ist; eine Abstufung der Urteilsfähigkeit sei mit den Bedürfnissen und Zielen des Zivilrechts unvereinbar.

BINDER hat auch deutlich werden lassen, dass **einem Menschen die Urteilsfähigkeit umso weniger abgesprochen werden darf, je gewichtiger der Entscheid ist, der zu treffen ist**. Dies gilt insbesondere bei der Ausübung höchstpersönlicher Rechte (a.a.O., S. 59 f.) (Auszeichnung im Original):

«Der Schutz des seelisch Abnormalen erfordert also vom Richter, *die Zahl der Fälle, bei denen Urteilsunfähigkeit für die Ausübung eines höchstpersönlichen Rechtes angenommen werden muss, möglichst einzuschränken*, ja nur in Extremfällen Urteilsunfähigkeit zu bejahen. Es ergibt sich also hier für den Richter noch in wesentlich dringlicherer Weise dieselbe Stellungnahme wie bei den Verkehrsgeschäften und zivilen Delikten: weitgehendste Zurückhaltung in der Annahme von Urteilsunfähigkeit für bestimmte Handlungen. Bei den Verkehrsgeschäften ist diese richterliche Stellungnahme durch den Schutz der Gesellschaft, bei der Ausübung von höchstpersönlichen Rechten aber durch den Schutz des psychisch Abnormalen selbst begründet, der in der Betätigung dieser Rechte so wenig als irgend möglich gehindert werden darf.»

BINDER begründet dies zu Recht und in überzeugender Weise mit der Menschenwürde (a.a.O., S. 55 f.) (**halbfette** Auszeichnungen von uns):

«Wie muss der Richter die Urteilsfähigkeit bei solchen Handlungen einschätzen, durch die höchstpersönliche Rechte ausgeübt werden? Ergibt sich hier aus den S. 45 genannten Grundprinzipien eine andere Einstellung des Richters als bei den Verkehrsgeschäften und den unerlaubten Handlungen? Um diese Frage zu klären, muss zuerst kurz auf das Wesen der höchstpersönlichen Rechte hingewiesen werden. Man versteht darunter solche Rechte, die dem Menschen um seiner Persönlichkeit willen und zu ihrem Schutze zustehen. **Es soll dasjenige geschützt werden und sich frei betätigen können, was das Wesen der Persönlichkeit ausmacht, nämlich die Selbstbestimmung des Ich, in der die Besinnung gipfelt und worin die Würde des Menschen besteht.**»

Für das hier zur Debatte stehende Problem, nämlich die «spezielle Urteilsfähigkeit» (Urteilsfähigkeit zu einem bestimmten Verhalten), ist sodann zu beachten, dass es sich beim Entscheid, sein eigenes Leben unter Mitwirkung Dritter risiko- und schmerzlos zu beenden, um eine in Bezug auf die zu dieser Entscheidung erforderlichen intellektuellen Fähigkeiten eines Individuums eher **einfache Frage** handelt: **Der Unterschied zwischen Leben und Tod ist für Menschen auch mit nur noch einem Rest von Denkvermögen dermassen elementar, dass die Anforderungen an dieses Denkvermögen bei der Beurteilung seiner Urteilsfähigkeit insgesamt durchaus bescheiden bleiben dürfen, ohne dass deswegen die Sicherheit bezüglich des Entscheides beeinträchtigt würde.**

Generell gilt ja, dass an die Urteilsfähigkeit für die Entscheidung einfacher Alternativen, die mit Ja oder Nein, mit Leben oder Tod zu beantworten sind, viel weniger grosse Ansprüche gestellt werden müssen als für Fragen, die in ihren Einzelheiten höchst komplex sind – beispielsweise etwa die Frage, welcher von drei Offerten für den Abschluss eines Vertrages über berufliche Vorsorge der Vorzug zu geben sei.

Rechtsvergleichend sei noch der Hinweis erlaubt, dass weder die Gesetze, welche Sterbehilfe in Holland, Belgien oder im amerikanischen Bundesstaat Oregon regeln, Normen zur vorherigen Feststellung der Urteilsfähigkeit enthalten. Die Urteilsfähigkeit wird stillschweigend vorausgesetzt, und ebenso stillschweigend wird vorausgesetzt, dass in Fällen, in welche fehlende Urteilsfähigkeit sich zweifelsfrei manifestiert, keine der Personen, welche mit Sterbebegleitung zu tun hat, sich an einer entsprechenden Handlung beteiligen wird.

Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist somit hier zur Frage der Urteilsfähigkeit das Folgende zu sagen:

Es bedarf auf Grund der bestehenden Rechtsordnung keiner zusätzlichen Normen, welche sich auf die Frage der Urteilsfähigkeit beziehen. Der im Entwurf enthaltene Vorschlag ist als unnötige «Ausdehnung einer Risikovermeidungs-Bürokratie» zu charakterisieren, zu welcher niemand Geringerer als der frühere Ordinarius für Straf- und Strafprozessrecht an der Universität Bern, Prof. Dr. iur. GUNTHER ARZT, folgendes ausgeführt hat (in: Frank Th. Petermann, Sterbehilfe / Grundsätzliche und praktische Fragen / Ein interdisziplinärer Diskurs, St. Gallen 2006, S. 94 ff.) (Auszeichnungen im Original *kursiv*, Auszeichnungen von uns **halbfett**):

«Unverkennbar ist der Trend aller neueren Vorschläge zur Regulierung der Sterbehilfe und Suizidhilfe zur *Optimierung durch Bürokratisierung*. Von den SAMW-Richtlinien über den Gesetzesentwurf von PETERMANN bis zu den NEK-Anregungen. Dem Lebensmüden wird nicht nur eine (selbstverständliche!) Beratung oktroyiert, sondern ihm werden weitere Abklärungen, lange Wartezeiten und alle möglichen sonstigen Formalitäten in den Weg gestellt. Beispielhaft nenne ich die wiederholte Erklärung des Sterbewunsches gegenüber verschiedenen Personen und in zeitlichen Abständen, womöglich die notarielle Beurkundung einer derartigen Erklärung, Beiziehung von Psychologen und Psychiatern, bei Heimaufenthalt Einschaltung der Heimleitung etc. **Allgemein ist zu beobachten, dass vom Recht (materiell) eingeräumte Freiräume durch Verfahren (prozedural-formell) kaputt gemacht werden.** In einer Welt, in der fast nichts mehr ohne staatliche Aufsicht getan werden darf, in der z.B. eine Mutter, wenn sie neben ihrem Kind das der Nachbarin hütet, in fortgeschrittenen Kantonen eine besondere staatliche Genehmigung braucht, scheint das Bedürfnis nach Regulierung organisierter Sterbehilfe evident. Beratungen aller Art sind ausserordentlich populär, der Mensch mag in der Demokratie theoretisch der Souverän sein, **praktisch wird er als ewiges Kind behandelt.**

Bürokratische Sonderbestimmungen sind der Öffentlichkeit leicht schmackhaft zu machen, geht es doch den Befürwortern um die Optimierung des Schutzes des Lebens. Ich würde als Gesetzgeber davor zurückschrecken, ein behördliches Gütesiegel für erstklassige Tötungshilfe zu kreieren, wenn ich zweitklassige Tötungshilfe nicht verbieten kann. Im Übrigen ist die Kehrseite solcher gut gemeinter Sonderregeln eine Quälerei der Betroffenen und Steigerung ihrer Hilflosigkeit. Wie soll denn bspw. das Kriterium des „dauerhaften“ Sterbewillens gehandhabt werden? Muss der Sterbewillige, der seinen Doktor oder einen Freund nach wiederholtem Bitten um Suizidhilfe schonen möchte und sich bspw. dahin äussert, heute gehe es ihm besser, fürchten, dass die Dauerhaftigkeit unterbrochen ist, die in den SAMW-Richtlinien vorausgesetzt wird oder/und die von PETERMANN vorgesehene Frist von 6 Monaten neu zu laufen beginnt? Muss der Sterbehelfer, der im Beispiel keine neue Frist abwartet bzw. der die Dauerhaftigkeit trotz positiver Interludien bejaht, mit Vorwürfen rechnen? Soll die Nichteinhaltung solcher der Qualitätssicherung

dienlicher Formalien als Bagatelldelikt geahndet werden, hinter dem sich eine ungleich schwerer wiegende Verdachtsstrafe (bis hin zum Mordverdacht) versteckt?

Aus einer Nachuntersuchung von EXIT-Fällen, die zu massiven öffentlichen Vorwürfen an die Organisation geführt haben, führe ich drei Beispiele an. Die Fälle zwei und drei gehören zu total fünf Fällen, die besonders kritisiert worden sind, weil der Sterbewunsch nicht auf medizinischen, sondern nur auf sozialen Gründen beruhe: Erstens: Eine 65-jährige Witwe mit Atembeschwerden als Folge eines Zungenkrebses, dessen Behandlung sie ablehnt. Zweitens: Ein Ehemann will mit seiner 72-jährigen, an Krebs im Endstadium leidenden Frau sterben, da er niemandem zur Last fallen möchte. Drittens: Ein 91-jähriger will sterben, weil er nach einem Schlaganfall nicht mehr Cello spielen kann.

Man ahnt, wie in den genannten Beispielen die müden Leute von einem Sterbespezialisten zum nächsten geschickt werden, falls sich die Risikovermeidungsbürokratie etablieren sollte. Diese Menschen waren fähig, eine Berufswahl zu treffen, eine Partnerschaft einzugehen, ein Kind zu zeugen und auch sonst viele existentielle Entscheidungen in ihrem Leben und über ihr Leben zu treffen. Ob sie ihr Leben bis zur Neige auskosten wollen, ist verglichen mit den hier beispielhaft genannten anderen Entscheidungen eine einfachere Frage. Freiheit impliziert immer Freiheit zur Unvernunft, bei der Wahl des Berufs, eines Partners, der Zeugung eines Kindes und beim Wunsch, die Augen für immer zu schliessen.»

Es sollte auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass bei einem Vorgang organisierter Suizidhilfe immer eine ganze Reihe von Personen auf Seiten der Organisation beteiligt sind: Da sind einmal die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** in der Verwaltung, welche Gesuche um Freitodbegleitung bearbeiten, die Gesuchsteller telefonisch, schriftlich, gelegentlich auch persönlich beraten, bis es überhaupt zu einem direkten Kontakt zwischen der sterbewilligen Person und einem **Arzt** kommt, welcher die Person dann untersuchen und das Rezept ausstellen soll. Wo die räumlichen Distanzen dies nicht von vornherein ausschliessen, erfolgen in aller Regel auch persönliche Gespräche. Im Rahmen der gesamten Vorbereitung ergeben sich oft auch analoge Kontakte zwischen dem die Organisation beratenden Arzt und den Antragstellern.

Ist einmal das «grüne Licht» von einem Arzt mitgeteilt, reduziert sich die Anzahl der Gesuchsteller, welche tatsächlich eine weitere Vorbereitung und schliesslich wirklich eine Freitodbegleitung verlangen, massiv. Nach dem für eine Rezeptausstellung **erforderlichen Gespräch zwischen Antragsteller und Arzt** ergeben sich weiter Kontakte zwischen der sterbewilligen Person und den die Freitodbegleitung durchführenden **Freitodbegleiterinnen und -begleitern**.

Alle diese Personen gewinnen im Umgang mit einem Antragsteller mittelbar oder unmittelbar eigene Eindrücke zur Frage, ob sich im konkreten Fall Elemente ergeben, welche es ernstlich erlauben würden, an der Urteilsfähigkeit zu zweifeln. Würde nur eine dieser involvierten Personen ernstlich derartige Zweifel anmelden, läge es auf der Hand, dass die Organisation diese durch zusätzliche Abklärungen untersucht.

Betrachtet man all das zu dieser Thematik hier Gesagte im Zusammenhang, ergibt sich, dass es sich bei der Frage der Beurteilung der Urteilsfähigkeit um ein vorgeschobenes **Scheinproblem** handelt, und demgemäss ist der Vorschlag des

Entwurfes einer der von Prof. GUNTHER ARZT prophezeiten Auswüchse einer Risikovermeidungsbürokratie.

Demzufolge ist diese Ziffer ersatzlos zu streichen.

a) Abklärung bei psychisch gesunden Personen

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang die Frage, wie bei psychisch gesunden Personen vorzugehen ist. Bereits die bestehende Praxis sämtlicher Organisationen zeigt, dass es auch in dieser Beziehung keiner besonderen Regeln bedarf.

Die vorgeschlagene Regel, welche insbesondere vorsieht, dass die «Urteilsfähigkeit mittels wiederholter, länger dauernder persönlicher Gespräche – noch dazu im Abstand mehrerer Wochen! –, in welchen Lebenssituation, Umfeld und Lebensgeschichte angesprochen werden, durch Suizidhelfer oder die mit der Sache befassten Ärzte zu klären» sei, stellt nichts weiter als den Versuch dar, die **grenzüberschreitende Tätigkeit von DIGNITAS massiv zu erschweren oder gar unmöglich zu machen** – eine Tendenz im Übrigen, die auch die gesamte Stellungnahme 13/2006 der NEK atmet, und welche von diesem Entwurf übernommen wird.

Sie ist schon aus diesem Grunde **unannehmbar**, denn sie würde zu einer **faktischen Diskriminierung** jener Mitglieder führen, die ausserhalb der Schweiz ihren Wohnsitz haben. Würde eine solche Vorschrift gar vom Gesetzgeber erlassen, müsste DIGNITAS sich vorbehalten, sie wegen Verstosses gegen Art. 14 EMRK in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 EMRK beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg überprüfen zu lassen.

Der Entwurf lässt im Übrigen jedenfalls bisher nicht erkennen, dass auf die in dieser Regel enthaltene Forderung wenigstens in Fällen schwerer Krankheiten oder anderer erheblicher Leiden verzichtet würde. **Sie ginge damit weit über das hinaus, was in anderen Staaten, welche begleitete Suizide zulassen, bisher als notwendig betrachtet worden ist.** Eine nachvollziehbare Begründung ihrer Notwendigkeit über das hinaus, was in den erwähnten anderen Staaten gilt, fehlt und ist vernünftigerweise auch nicht zu liefern.

Die Organisationen sind in Fällen von Suizidwünschen gesunder Personen von sich aus gewohnt, **zurückhaltend** zu reagieren und insbesondere den **Faktor des Zeitablaufs als Sicherung gegen überstürzte Entscheidungen einzusetzen**. Sie üben ja selbst bei kranken Personen seit Jahren eine Praxis des Übereilungsschutzes dort, wo nicht unbeherrschbare akute schwere Leidenssituationen zu raschem Handeln zwingen. Wir verweisen hierzu insbesondere auf die Studie von NANCY GÄDEKE (vorne, Seite 12). Sie zeigt, dass DIGNITAS in praktisch allen Fällen von Freitodbegleitung, die im untersuchten Zeitraum erfolgt sind, **ausreichende Zeiträume der Vorbereitung und Abklärung beachtet worden sind**.

b) Abklärung bei psychisch kranken Personen

Das gilt auch für psychisch kranke Personen. In allen Fällen, in welchen bei DIGNITAS psychisch kranke Personen in den letzten mehr als acht Jahren bei einem Freitod begleitet worden sind, sind **erhebliche Zeiträume** zwischen Stellung des Gesuches und Freitodbegleitung festzustellen. Auch in diesen Fällen hat sich **nie ein Problem bezüglich der Urteilsfähigkeit** der sterbewilligen Personen gestellt, und in keinem Falle hätte sich der Sterbewunsch überwiegend auf ein Symptom einer **erfolgreich therapierbaren** psychischen Störung zurückführen lassen.

Die Problematik der vom Bundesgericht in seinem Urteil vom 3. November 2006 geforderten «vertieften Abklärung» in Form eines **vertieften psychiatrischen Fachgutachtens** liegt darin, dass die schweizerischen medizinischen Organisationen eine Mitwirkung *a limine* abgelehnt haben (siehe Seite 8).

Diese totale **Verweigerung der schweizerischen medizinischen Welt** führt dazu, dass die beiden Forderungen des Bundesgerichtes, nämlich die vertiefte fachärztliche Abklärung und die ärztliche Rezeptierung, bei psychisch Kranken in der Schweiz – wie bereits ausgeführt (Seite 8) –, zu einer eigentlichen *mission impossible* wird. Das bedeutet in **rechtlicher Hinsicht**, dass diese beiden Bedingungen das vom Bundesgericht anerkannte Menschenrecht auf Selbstbestimmung auch in Bezug auf die Beendigung des eigenen Lebens gewissermassen **unbenützbare werden lassen**. Insofern machen somit diese Bedingungen dieses Recht jedenfalls für Psychischkranke zu einem **rein theoretischen, illusorischen Recht**, und dies **widerspricht** der ARTICO-Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (vorne, Seite 5 ff.). Tatsächlich ist es dem Beschwerdeführer, der den Bundesgerichtsentscheid herbeigeführt hat, nicht gelungen, einen Psychiater zu finden, der ihm ein entsprechendes Gutachten erstellt hätte, obwohl er sich nachweisbar an 170 Psychiater gewandt hatte. Deshalb ist das erwähnte Bundesgerichtsurteil vom Beschwerdeführer mit Menschenrechtsbeschwerde in Strassburg mittlerweile angefochten worden.

Nur am Rande sei hier bemerkt, dass das von EXIT (Deutsche Schweiz) eingeholte Gutachten, auf welches sich das Bundesgericht gestützt hat, sich in Bezug auf die Frage der Einholung einer vertieften fachärztlichen Beurteilung schon deswegen als vollständig unwissenschaftlich erweist, weil es diese Forderung in sämtlichen Fällen psychischer Beeinträchtigungen verlangt und somit in keiner Weise danach differenziert, ob und wie psychische Störungen überhaupt das Urteilsvermögen beeinträchtigen.

c) Abklärung bei Demenzerkrankungen, insbesondere auch Alzheimerkrankheit

Auch dieser Abschnitt ist nicht nur schon angesichts der durch die Organisationen gelebten Praxis und der generellen Regeln im Umgang mit Menschen, die an Demenzerkrankungen leiden, wenig sinnvoll; er zeigt auch, dass er **ohne die erforderlichen medizinischen Kenntnisse dieser Erkrankungen** gestaltet worden ist. Es zeigt sich (nicht nur) hier, dass es vermutlich richtiger gewesen

wäre, den Entwurf solcher Richtlinien nicht allein von einem Standpunkt der Strafverfolgung aus aufstellen zu lassen.

In der weltweit geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten, wie sie durch die Weltgesundheitsorganisation vorgenommen worden ist (ICD-10-Klassifikation), rangieren die **Demenzerkrankungen** im Abschnitt F0. Demenz bei Alzheimer-Krankheit wird unter F00 geführt, Vaskuläre Demenz unter F01, Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten unter F02. Schliesslich kennt die Nomenklatur noch die «Nicht näher bezeichnete Demenz», F03.

Allen Demenzerkrankungen ist eigen, dass sie ein Syndrom einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen darstellen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (WHO, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Bern 2006, S. 25).

Demenzerkrankungen zeigen ihrer Natur entsprechend **deutliche Abstufungen** nach erstmaliger Diagnostizierung und weiterer Entwicklung. Die Medizin erkennt in diesen Krankheitsverläufen **unterschiedliche Stufen**. **Generell gilt bei Demenzerkrankungen, dass das Bewusstsein während sehr langer Zeit durch die Krankheit nicht betroffen wird, und man darf ohne weiteres auch annehmen, dass Menschen mit der Diagnose einer Demenzkrankheit, solange sie in der Lage sind, einen Sterbewunsch vernünftig zu äussern und ausreichend zu begründen, dafür auch im vollen Besitz ihres Urteilsvermögens befinden.**

Fehlt es an der entsprechenden Äusserungsfähigkeit eines Demenzkranken, ist er schon gar nicht mehr in der Lage, einen solchen Wunsch klar zu äussern.

Darin liegt im Übrigen die **ganz besondere Tragik von Demenzkranken** im Umgang mit der Möglichkeit eines assistierten Suizids: die geltenden Rechtsordnungen praktisch aller Länder ermöglichen es ihnen nicht, eine Vorausverfügung im Hinblick auf eine Tötung auf Verlangen gültig zu errichten.

Deshalb sind sie **gezwungen** – falls sie den Willen haben, weder sich selbst noch ihren Angehörigen die Last einer bis zum „natürlichen“ Ende führenden Demenzerkrankung aufzuerlegen –, einen einzig möglichen assistierten Suizid **in einem viel früheren Zeitpunkt durchzuführen, als dies notwendig wäre**, und in welchem sie unter ihrer Krankheit noch verhältnismässig wenig leiden, sowie in einer Zeit, die sie und ihre Angehörigen im Zusammenleben durchaus noch geniessen könnten, nur um auf der «sicheren Seite» zu bleiben! In diesen Fällen könnte eine Möglichkeit der Tötung auf Verlangen paradoxerweise Leben verlängern.

Sie sind somit in Übereinstimmung mit den grundsätzlichen Überlegungen zur Frage der Urteilsfähigkeit, wie sie vorne dargelegt worden sind, nicht etwa als akut Geisteskranke im engeren Sinne zu betrachten; nur bei denen verwandelt sich die Vermutung der rechtlich relevanten Urteilsfähigkeit in ihr Gegenteil.

Daran ändern Beeinträchtigungen, die unter Demenz feststellbar sind, wie etwa Schwierigkeiten bezüglich des Kurz- oder Langzeit-Gedächtnisses, Probleme der örtlichen oder zeitlichen Orientierung, und ähnliche Defizite – man denke etwa an Rechenleistungen –, gar nichts. **Solange Demenzkranke fähig sind, einen Sterbewunsch vernünftig, das heisst mit rationaler Begründung, einigermassen verständlich vorzutragen, sind sie dafür voll urteilsfähig. Es bedarf deshalb hier keineswegs des begutachtenden Psychiaters.**

16. Schweres, krankheitsbedingtes Leiden

Ziffer 3.2

Vorgeschlagene Richtlinie:

Suizidhilfe ist nur dann zu gewähren, wenn der Suizidwunsch aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden heraus entstanden ist. Der Begriff der Krankheit ist weit auszulegen und umfasst auch Leiden infolge eines Unfalls oder einer schweren Behinderung. Gesunden Menschen ist keine Suizidhilfe zu leisten.

Das krankheitsbedingte Leiden ist mittels eines ärztlichen Zeugnisses, welches sich über die Krankheit sowie deren Verlauf äussert, zu belegen. Zusätzlich sind Berichte von den behandelnden Ärzten einzuholen.

Der Entwurf hat diesen Punkt im Wesentlichen aus der NEK-Stellungnahme 13/2006 Ziff. 4.2 übernommen.

Generell ist zu dieser Stellungnahme der NEK und damit auch zu dieser Ziffer an erster Stelle zu bemerken, dass sie mit dieser Forderung **diametral im Widerspruch zum durch die EMRK europäisch geschützten Selbstbestimmungsrecht steht**: Ein Menschenrecht steht einem Menschen allein schon seiner Existenz wegen zu, weil dies eben seiner Würde entspricht (siehe vorne, Seite 19, die Bemerkung von HANS BINDER!). Es ist deshalb stets bedingungsfeindlich.

Zudem ist der Satz, gesunden Menschen sei keine Suizidhilfe zu leisten, eine ethische Monstrosität sondergleichen: Wäre er gültig, hiesse das, dass Gesunden nur Suizidmethoden zur Verfügung stehen, die mit dem hohen Risiko des Scheiterns versehen sind, auf welche der Bundesrat in seiner Antwort vom 9. Januar 2002 (vorne Seite 3 f.) hingewiesen hat.

Darüber hinaus ist die Monstrosität auch darin zu erblicken, dass durch die **implizite Inkaufnahme der hohen Rate des Scheiterns** solcher Suizidversuche der Allgemeinheit, insbesondere dem Gesundheitswesen, vermeidbare erhebliche Kosten zugemutet werden, wie die Studie von PETER HOLENSTEIN (vorne, Seite 12) nachgewiesen hat.

Das Beispiel zeigt im Übrigen, dass auch die Mitglieder der NEK noch nicht erkannt haben, **wo das wirklich wesentliche Problem liegt, welches dringend staatliches Handeln zum Schutze des Lebens erfordert**: Rein quantitativ geht es bei der Frage assistierter Suizide in der Schweiz um eine jährliche Anzahl von zwischen lediglich 300 und 400 Personen (bei insgesamt rund 62'000 jährlichen Sterbefällen!), die in aller Regel schwer krank sind; um die bis zu 67'000

jährlich sich ereignenden Suizidversuche hat sich diese Kommission bislang nicht erkennbar gekümmert. **Sie hat nie danach gefragt, ob die seit langem geübte, hauptsächlich von Psychiatern (notabene derjenigen ärztlichen Berufsgruppe, welche selbst die höchste Suizidrate unter den Ärzten aufweist) definierte Praxis der Suizidvermeidung wirklich die beste aller denkbaren Lösungen dieses wohl schwerwiegendsten sozialen Problems unserer Gesellschaft darstellt.**

DIGNITAS hat im Verlaufe der mehr als acht Jahre Praxis mehrfach erfahren, dass die **wirksamste Suizidprophylaxe** insbesondere auch darin bestehen kann, einer suizidal gewordenen Person den **begleiteten Suizid ohne Wenn und Aber zu ermöglichen**, nachdem vorher sorgfältig gemeinsam geprüft worden ist, ob es dazu nicht Alternativen in Richtung Leben gibt: Dies gibt ihr wiederum die **Freiheit der eigenen Entscheidung** und damit der Übernahme der Verantwortung und wirkt in vielen Fällen wiederum als **Ventil**, durch welches der Druck, der die Person hat suizidal werden lassen, rasch abnehmen kann.

Andererseits mussten wir gelegentlich auch die schmerzliche Erfahrung machen, dass Menschen, denen DIGNITAS nicht schnell genug ein «grünes Licht» für einen begleiteten Suizid hat verschaffen können, eine gewaltsame Methode gewählt haben.

Die Ziffer ist abzulehnen. Sie verletzt die EMRK.

17. Konstanter und autonomer Suizidwunsch

Ziffer 3.3

Vorgeschlagene Richtlinie:

Der Suizidwunsch darf nicht aus einem Affekt oder einer absehbar vorübergehenden Krise heraus entstanden sein, sondern muss dauerhaft und konstant sein. Der Wunsch zum Suizid muss zudem frei von äusserem Druck, namentlich seitens der Angehörigen oder als Folge sozialer Isolation oder finanzieller Engpässe, zustande gekommen sein.

Zur Feststellung des konstanten und autonomen Suizidwunsches sind individuelle Gespräche in Abwesenheit von Angehörigen oder Dritter, von denen eine Beeinflussung ausgehen könnte, durch die Suizidhelfer oder die behandelnden Ärzte zu führen und ausreichend zu dokumentieren. Die Zeitspanne zwischen dem Erstgespräch mit der Suizidhilfeorganisation und der eigentlichen Suizidbegleitung beträgt in der Regel minimal 2-3 Monate. Dokumentierte Gespräche der Suizidwilligen mit Fachpersonen (Ärzten, Psychologen etc.) können auf diese Frist angerechnet werden.

Auch diese Ziffer stammt im Prinzip aus der NEK-Stellungnahme 13/2006.

Einerseits drückt sie eine **Selbstverständlichkeit** aus: Niemand würde wohl einem Menschen, der sein Leben im Affekt beenden möchte, bei einem Suizid behilflich sein; Organisationen, welche Suizidhilfe anbieten, sind ja darin geübt, in solchen Fällen **durch intensiven Austausch den Druck von dem Menschen zu nehmen und ihm zu gestatten, seine Situation besser zu erfassen und sich dadurch positiven Lösungsansätzen für seine Krise öffnen zu können**. Indem wir ihm ernsthaft einen begleiteten Suizid anbieten können für den Fall,

dass eine Alternative in Richtung zum Leben hin, die er akzeptieren könnte, nicht gefunden werden sollte, wird ihm **erstmalig eine vollständig neue Betrachtungsweise ermöglicht**.

Was einigermaßen erschreckt, ist allerdings die Blauäugigkeit, mit welcher die NEK – und damit auch dieser Entwurf von Richtlinien – dem **Problem äusseren Druckes** gegenüber stehen. Wenn es in der Ziffer heisst, der Wunsch zum Suizid müsse «zudem frei von äusserem Druck, namentlich seitens der Angehörigen oder als Folge sozialer Isolation oder finanzieller Engpässe, zustande gekommen sein», dann zeigt dies, wie sehr die Wirklichkeit durch diese Kommission verkannt wird. GUNTHER ARZT (a.a.O., S. 85 ff.) führte hierzu aus:

«Zu betonen ist jedoch, dass Leidensdruck und sonstige Zwänge zum Leben gehören und die Urteilsfähigkeit prinzipiell nicht aufheben. Der Patient soll gegen Pressionen geschützt werden, wo das geht. Oft wird es nicht gehen. Die Ersparnisse eines langen Lebens den Kindern zu hinterlassen, ist ein verbreiteter Wunsch. Wenn seine Erfüllung am Vermögensverzehr in einigen Monaten der Intensivpflege zu scheitern droht, darf der müde Mensch dies mit auf seine Wagschale legen. Die NEK führt zu alten Menschen im Kontext von Pressionen folgendes aus: „Das Risiko von wirtschaftlichen, oft unausgesprochenen oder verborgenen institutionellen oder familiären Pressionen ist nicht völlig auszuschliessen. Diese können dazu führen, dass der assistierte Suizid unterstützt wird. Für die Angehörigen, die Pflegeinstitution, ja sogar für die Gesellschaft könnte es ‚selbstsüchtige Beweggründe‘ geben, die es als vorteilhaft erscheinen lassen, den Kranken, die Kranke rasch sterben zu lassen. Solche Pressionen wären ethisch verwerflich.“

Dreht man die Medaille um, könnte man sagen, dass es ethisch verwerflich ist, an assistierte Suizide strenge Massstäbe anzulegen, weil das Risiko besteht, dass nicht völlig auszuschliessen ist, dass bei dieser Haltung die drohenden Verluste an Kunden und damit Einnahmen der im Gesundheitswesen Tätigen eine verborgene Rolle spielen.

Dazu ein Beispiel: Wenn eine Frau ihre alt gewordene Mutter pflegt, weil diese nicht ins Altersheim will, sie sie dann zu einem Schnupperaufenthalt überredet, und beim Spaziergang ihr klarmacht, dass an Rückkehr nicht zu denken ist – worauf die Mutter mit der Bemerkung reagiert, dann werde sie sich ertränken – dann üben beide Seiten Druck aus.

Dass trotz der Zwänge, die durch gesundheitliche oder andere Notlagen entstanden sind, die für Urteilsfähigkeit erforderliche „Restfreiwilligkeit“ i.d.R. gegeben ist und diese Restfreiwilligkeit gerade wegen dieser Zwänge besonders wertvoll und zu respektieren ist, dürfte als die juristisch ganz h.L. zu bezeichnen sein. Deshalb sind Formulierungen, wie in den SAMW-Richtlinien, der Suizidwunsch müsse „ohne äusseren Druck“ entstanden sein, hochgradig missverständlich. Fast nichts, das wir tun, geschieht ohne äusseren Druck.

Selbstverständlich darf eine *Kurzschlussreaktion* eines Patienten nicht einfach hingenommen werden. Eben deshalb ist informed consent massgebend, also Einwilligung nach Aufklärung . . . »

DIGNITAS kann dazu aus mehr als achtjähriger Erfahrung nur anmerken, dass bisher bei keiner der mittlerweile rund 760 Freitodbegleitungen, die durchgeführt worden sind, Anzeichen eines Druckes von Seiten von Angehörigen haben festgestellt werden können; dies obwohl immer auch in diese Richtung exploriert wurde.

Soziale Isolation oder finanzielle Engpässe können jedoch durchaus ausreichende Gründe darstellen, damit ein Mensch seinen Willen, sein eigenes Leben zu beenden, durchsetzen will. Man darf sich der gewaltigen Veränderung der demographischen Situation in unserer modernen Gesellschaft nicht verschliessen.

Der Umstand, dass die Menschen im Durchschnitt immer älter werden, hat zwingend zur Folge, dass das soziale Umfeld eines Menschen sich in hohem Alter durch Wegsterben anderer Angehöriger, Freunde und Bekannter dermassen verengt, dass praktisch alle sozialen Bezüge nach und nach vollkommen verschwinden.

Dies gilt insbesondere bei Menschen, denen nie eigene Nachkommen vergönnt gewesen sind. Wer in einer solchen Lage beispielsweise einen Eintritt in eine Institution wie ein Alters- oder Pflegeheim vermeiden will und deshalb den Tod einem Weiterleben vorzieht, **übt noch immer eine weitgehend freie Wahl aus**. Er zieht den einen Zustand dem anderen vor und betätigt damit seine **Selbstbestimmung**.

Dasselbe kann bei finanziellen Problemen der Fall sein. Wer beispielsweise deshalb, weil er nur über eine sehr kleine Rente verfügt, nicht in der Lage ist, ein Altersheim zu wählen, welches die Menschenwürde ausreichend respektiert – man lese dazu das Buch ANONYMUS, Wohin mit Vater?, Frankfurt a.M. 2007 –, einen assistierten Suizid in Aussicht nimmt, handelt zwar unter einem äusseren Druck, **der nicht zu verändern** ist; aber auch er verfügt zweifellos noch über den erforderlichen Spielraum, **seinen Willen in der einen oder anderen Richtung zu betätigen**.

Damit zeigt sich, dass auch diese Ziffer, jedenfalls in der vorliegenden Fassung, unbrauchbar ist.

18. Klärung alternativer Optionen

Ziffer 3.4

Vorgeschlagene Richtlinie:

Allfällig mögliche Alternativen zum Suizid wie beispielsweise alternative ärztliche Behandlung, Sozialhilfe oder Therapie sind mit der suizidwilligen Person durch Fachpersonen oder Personen der Suizidhilfeorganisation erwogen, ernsthaft geprüft und wunschgemäss ausgeschöpft worden.

Die Klärung der alternativen Optionen sowie die Erwägungen dieser Optionen mit der suizidwilligen Person sind in einem Bericht festzuhalten.

Diese Ziffer rennt klarerweise offene Türen ein und ist schon deshalb überflüssig. Es entspricht der **ständig gelebten Praxis** sowohl von DIGNITAS als wohl auch der anderen Organisationen, mit Menschen, die einen Freitodwunsch äussern, zuerst Alternativen zum Weiterleben zu erörtern. Die Forderung nach einem Bericht stellt wiederum einen Auswuchs des von GUNTHER ARZT harsch kritisierten bürokratischen Risikovermeidungsdenkens dar.

Auch die für die Organisationen tätigen Ärzte tun dies regelmässig. In der Praxis von DIGNITAS gibt es den Fall eines 40jährigen Mitglieds, welches zufolge neurologischer Störungen (andauerndes Doppelbild-Sehen, andauernde Schwindelzustände) die Vorbereitung einer Freitodbegleitung beantragt hat, weil es die Risiken einer Kleinhirnoperation, die ihm von seinen Ärzten geschildert worden sind, nicht eingehen wollte. Der begutachtende Arzt von DIGNITAS hat jedoch – nur ganz kurz und in Stichworten schriftlich – erklärt, der Patient sei viel zu jung, die Operation sei angezeigt, selbst wenn Nachteile bleiben würden. Darauf hat sich das Mitglied zur Operation entschlossen, welche gut verlaufen ist und ihm dadurch die Aussicht verschafft hat, «noch einige Jahrzehnte diesseits des Grabes» zu verbringen, wie er sich in seinem Dankschreiben an DIGNITAS geäussert hat. Eine der im Entwurf gar geforderten alternativen ärztlichen Behandlungen – die in der Regel von den Kassen nicht bezahlt werden! –, welche dieses Mitglied anschliessend durchgeführt hat, ist im übrigen von uns bezahlt worden.

DIGNITAS hat im übrigen die erfreuliche Erfahrung machen dürfen, dass begutachtende Ärzte vermehrt den früher geübten **paternalistischen Ansatz** überwunden haben, Antragstellern zu erklären, sie würden das «grüne Licht» nur geben, nachdem sie bestimmte Alternativen überhaupt ausprobiert hätten.

Solche Ärzte verstehen sich und handeln etwa im Sinne der Überlegung von JOHANNES FISCHER, Inhaber des Lehrstuhls für theologische Ethik an der Universität Zürich und Leiter des Instituts für Sozialethik im Ethikzentrum der Universität Zürich, in dessen Beitrag «Zur Aufgabe der Ethik in der Debatte um den assistierten Suizid / Wider ein zweifaches Missverständnis» (in: Christoph Rehmann-Suter et al., *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz / Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern 2006, S. 203 ff., insbes. 210):

«Gehen wir von der Position der deutschen Ärzteschaft in dieser Frage aus, wie sie in diesem Band vom Vorsitzenden der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, formuliert wird: Der hippokratische Eid verbietet die Beihilfe zum Suizid. Danach kann es nichts geben, was Ärztinnen und Ärzte dazu veranlassen kann, Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Es wäre nun m.E. eine höchst problematische Beschreibung der Gegenposition, wie sie durch diejenigen vertreten wird, die für die ärztliche Suizidbeihilfe im Einzelfall eintreten, wenn man sagen würde:

Es gibt in dieser Gesellschaft Menschen, die von ihrer Selbstbestimmung in der Weise Gebrauch machen wollen, dass sie assistierten Suizid begehen. Der Respekt vor ihrem Willen und ihrer Selbstbestimmung kann bedeuten, dass ein Arzt oder eine Ärztin sich zur Beihilfe zum Suizid entschliesst.

Respekt bedeutet das eben nicht, weil aus dem Respekt noch keine Pflicht zur Beihilfe folgt. Vor allem aber: Bei dieser Beschreibung wäre der ärztlich assistierte Suizid positiv die Erfüllung eines selbstbestimmten Verlangens des Suizidwilligen. Der Arzt wäre gewissermassen der Erfüllungsgehilfe dieses Verlangens.

Muss die Gegenposition nicht eher *negativ* beschrieben werden, nämlich einen zum Suizid entschlossenen Menschen *nicht allein zu lassen*, sondern ihm einen Beistand zu gewähren, der es ihm ermöglicht, einen erträglichen Tod zu finden? Einen Menschen nicht allein zu lassen, das ist etwas anderes als Respekt vor seinem Willen und vor

seiner Selbstbestimmung. Man kann das, was er will, für falsch halten, und es dennoch nicht über sich bringen, ihn sich selbst zu überlassen und zu riskieren, dass er auf eine schreckliche Weise aus dem Leben scheidet. Ist dies nicht der eigentliche Konflikt, um den es in dieser Frage geht?»

Es ist deshalb, weil ein Verhalten der Organisationen und der Ärzte, Suizidwilligen vorerst – falls sinnvoll – Alternativen aufzuzeigen, **allgemeine Übung** ist, nicht angezeigt, **eine Selbstverständlichkeit als Regel aufzustellen und zusätzliche unnötige Bürokratie zu generieren.**

Die Ziffer ist abzulehnen.

19. Einholung Zweitmeinung

Ziffer 3.5

Vorgeschlagene Richtlinie:

Bei psychisch kranken und dementen Personen und in anderen besonderen Fällen, wie beispielsweise bei Doppelsuiziden und Jugendlichen, ist durch die Organisation immer eine von der Erstmeinung unabhängige medizinische Zweitmeinung einzuholen.

Auch eine solche Regel ist überflüssig, weil selbstverständlich.

DIGNITAS hat von Anfang an bei Doppelsuiziden die Praxis geübt, beide Personen jeweils zwei Ärzten vorzustellen, wobei jeweils einer die Verantwortung für das Rezept für jeweils nur eine der beiden Personen übernommen hat.

Die Frage einer Suizidbegleitung von Jugendlichen hat sich bisher für DIGNITAS nicht gestellt. DIGNITAS ist aber davon überzeugt, dass Jugendliche jedenfalls vom Alter von zehn Jahren an, die seit längerem an einer schweren, zum Tode führenden Krankheit leiden, in der Regel auch die erforderliche innere Reife aufweisen, selbst über einen Sterbewunsch entscheiden zu können. In einem konkreten Falle würde sich DIGNITAS allerdings mit Sicherheit der Mitwirkung eines erfahrenen pädiatrischen Facharztes versichern.

20. Verwendung von Natrium-Pentobarbital

Ziffer 3.6

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die eigentliche Suizidhilfe erfolgt ausschliesslich durch das Bereitstellen bzw. die Verwendung von NAP, welches für den konkreten Einzelfall rezeptiert wurde. Die Art der Applikation sowie die verwendete Menge des NAP ist detailliert zu dokumentieren.

Der Entwurf möchte vorschreiben, dass für eine Freitodbegleitung lediglich Natrium-Pentobarbital (NAP) eingesetzt werden darf.

DIGNITAS stimmt insofern mit einer solchen Forderung dort und solange überein, als der Zugang zu NAP zum Zwecke der Durchführung eines begleiteten Suizids möglich ist.

Dabei ist zu beachten, dass unserer Auffassung nach das bereits mehrfach zitierte Bundesgerichtsurteil vom 3. November 2006 (BGE 133 I 53) den **bestehenden Anwendungsbereich für Narkotika gemäss Art. 11 BetmG massgeblich erweitert: Über den dort gezogenen Rahmen** («...nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist») **hinaus ist aufgrund dieses Urteils ein Arzt auch und zusätzlich berechtigt, NAP zum Zwecke eines begleiteten Suizids abzugeben, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob und allenfalls welche Krankheit oder welches Leiden vorliegt.**

Es ist zumindest in der einschlägigen Literatur bekannt, – wie schon vorne ange-tönt worden ist (Seite 8) – dass eine **sehr wirksame andere Suizidmethode besteht**, die unter Einsatz eines inerten Gases funktioniert (PIETER ADMIRAAL et al., Guide to a Humane Self-Chosen Death, Delft 2006, S. 68 ff.; das Buch wird im Herbst 2007 auch in einer deutschen Übersetzung erscheinen; die Publikation ist jedoch nicht allgemein erhältlich, sondern wird nur Mitgliedern von Organisationen, die sich für Sterbehilfe einsetzen, abgegeben).

Diese Methode birgt bei allgemeinem Bekanntwerden die grosse Gefahr, dass sich die Zahl der Jugendlichen-Suizide innerhalb kurzer Zeit rasant erhöht. Es besteht deshalb ein **erhebliches Interesse der Öffentlichkeit, die Zugänglichkeit von NAP keinesfalls einzuschränken und dadurch die Organisationen in ihrer Fähigkeit, einen mit NAP durchgeführten assistierten Suizid anzubieten, zu beschneiden**. Dies müsste ohne Verzug die Folge nach sich ziehen, dass die Organisationen auf die andere Methode wechseln würden, was angesichts der zufolge des wirtschaftlichen Drucks herrschenden Verantwortungslosigkeit der heutigen Medien zweifellos – entgegen den Richtlinien der in den verschiedenen Ländern bestehenden ethischen Regeln für Medien – durch sensationell aufgemachte Veröffentlichungen allgemein bekannt würde.

Der in Hannover bestehende Verein deutschen Rechts «DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben (Sektion Deutschland) e.V.» hat sich deshalb vor einiger Zeit mit einem ausführlichen Schreiben an die deutsche Bundesministerin für Gesundheit mit dem Begehren gewandt, auch in Deutschland NAP für Zwecke der Freitodbegleitung verkehrs- und verschreibungsfähig zu erklären.

Dieser Vorstoss ist im Übrigen auch deshalb unternommen worden, weil erreicht werden soll, dass künftig Freitodbegleitungen von Personen mit Wohnsitz in Deutschland **in deren Heimatland möglich** werden. Dadurch könnte die Belastung der Schweiz durch Menschen, die in unserem Land von diesem letzten Menschenrecht Gebrauch machen, sofort um fast zwei Drittel kleiner werden.

Die zweite Voraussetzung, die für eine Beschränkung auf die NAP-Methode gegeben sein muss, ist jene, dass **stets eine ausreichende Anzahl von Ärzten bereit ist, den Organisationen im Interesse ihrer Mitglieder, die eine Freitodbegleitung wünschen, zur Verfügung stehen**. Die bisherige Politik der Di-

reaktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, welche sich insbesondere gegen pensionierte Ärzte gerichtet hat, welche DIGNITAS zur Verfügung gestanden haben, sollte deshalb ein rasches Ende finden.

21. Suizidhelfer und Vertrauensärzte

Ziffer 3.7

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die Tätigkeit der organisierten Suizidhilfe sowohl als Suizidhelfer als auch als Vertrauensarzt einer Suizidhilfeorganisation ist Personen vorbehalten, welche hierfür speziell qualifiziert und ausgebildet sind. Suizidhelfer ebenso wie Vertrauensärzte müssen deshalb ihre Eignung für ihre spezifische Tätigkeit im Rahmen der organisierten Suizidhilfe einerseits mittels psychologisch ethischen Assessments dartun und sind andererseits bezüglich ihrer Tätigkeit genau zu instruieren. Die Zahl der begleiteten Suizide sowie die NAP-Rezeptierungen sind zwecks Vermeidung von Routineabläufen auf maximal 12 pro Jahr und Person zu beschränken. Allen an der organisierten Suizidbeihilfe teilnehmenden Personen steht die Möglichkeit einer Supervision offen.

Die Suizidhelfer sowie die Vertrauensärzte üben vor dem Hintergrund der strafbaren selbstsüchtigen Beweggründe im Sinne von Art. 115 StGB ihre Tätigkeit weitgehendst ehrenamtlich aus und erhalten je nach Ausmass ihrer Beiträge jeweils eine Spesenpauschale von maximal Fr. 500.-- pro Suizidbegleitung.

DIGNITAS kennt den Begriff der «Vertrauensärzte» in der eigenen Praxis mit Absicht nicht. Der Begriff entstammt dem Kranken- und Unfallversicherungswesen; ein Vertrauensarzt steht dort im Solde einer Kranken- oder Unfallversicherung mit dem Auftrag, **medizinisch unberechtigte Forderungen nach Versicherungsleistungen abzuwehren**. EUGEN ROTH (Sämtliche Werke, Bd. 1, Heitere Verse, München und Wien 1977, S. 405) umschreibt den Begriff in einem Vierzeiler höchst treffend.

Du sollst dem Arzt vertraun – gewiss!
Nur dem Vertrauens- traust Du miss,
Weil er bestellt, zu schauen scharf,
Ob man Dir selbst vertrauen darf.

Der Entwurf spricht sich im Übrigen nicht darüber aus, **welche** Qualifikationen für Suizidhelfer seiner Ansicht nach gegeben sein müssen. Er vermeidet es auch, in irgendeiner Weise geltend zu machen, die bisherige Praxis der Organisationen hätte in dieser Hinsicht zu wünschen übrig gelassen. Wozu das geforderte «psychologisch ethische Assessment» gut sein soll, bleibt unerfindlich; ein solches wird ja nicht einmal vom Staate selbst beispielsweise vor der Einsetzung einer Person als Staatsanwalt durchgeführt. Die Forderung nach «weitgehendster Ehrenamtlichkeit» mit Bezugnahme auf Art. 115 StGB verkennt die strafrechtliche Situation vollständig. Freitodbegleiterinnen und -begleiter werden von der Organisation den einzelnen Mitgliedern zugeteilt und kommen in der Regel erst am Schluss des ganzen langen Verfahrens zum Einsatz, mithin in einem Zeitpunkt, in welchem nach meist länger dauernder Vorbereitung der Entschluss zum Suizid vom Mitglied längst gefasst worden ist. Vgl. im Übrigen dazu weiter hinten

(S. 35 f.). Auch die Frage der Ermöglichung einer Supervision kann getrost den Organisationen überlassen werden; keine der Organisationen wird sich einem solchen Wunsche widersetzen.

Besonderes Gewicht legt der Entwurf jedoch **vor allem** darauf, die **Kapazität der Ärzte**, welche Rezepte für NAP ausstellen, sowie **jene der Suizidhelfer** dadurch massiv zu verringern, indem zur angeblichen «Vermeidung von Routineabläufen» deren Einsätze **auf maximal 12 pro Jahr und Person zu beschränken seien**.

In diesem Zusammenhang sei in aller Bescheidenheit darauf hingewiesen, dass die Aufgabe von Personen, welche Freitodbegleitungen durchführen, sehr anspruchsvoll ist und desto professioneller durchgeführt wird, je öfter solche Begleitungen vorgenommen werden. Die professionelle Erfahrung ist der Hauptgarant für die hervorragende Qualität der Dienstleistung, insbesondere dafür, dass wirklich alle denkbaren Risiken ausgeschaltet werden können.

DIGNITAS hat im Sommer 2005 eine besondere Qualitätskontrolle eingerichtet, die einerseits auf Rückmeldungen der Freitodbegleiterinnen und -begleiter, andererseits auf Rückmeldungen von Angehörigen von Personen, die bei DIGNITAS einen begleiteten Freitod durchgeführt haben, beruht. Bislang sind drei Auswertungen dieser Rückmeldungen erfolgt und in zwei Berichten niedergelegt und veröffentlicht worden. Sie zeigen alle, dass die Qualität der Dienstleistung und die Charaktere der im Interesse unserer Mitglieder tätige werdenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weit überwiegend als hervorragend eingeschätzt werden.

Besonders gefährlich ist die Absicht, die Zahl der Einsätze zahlenmässig zu begrenzen: Wohin es führt, wenn selbst ärztliche Suizidbegleiter über zu wenig praktische Erfahrung verfügen, hat ein Beitrag im höchst angesehenen «The New England Journal of Medicine» Nr. 7/2000 gezeigt. Dort wurde über zwei holländische Untersuchungen berichtet, die unter anderem auch 114 Suizidbegleitungen durch Ärzte umfasst haben. Bei diesen 114 Suizidbegleitungen ereigneten sich in mehr als 16 % der Fälle Komplikationen (überlange Dauer zwischen Einnahme des Medikaments und dem Eintritt des Todes; Nichterreichen des Komas; Wiedererwachen aus dem Koma), so dass in einer Reihe jener Fälle jene Ärzte hinterher zu aktiver Sterbehilfe haben Zuflucht nehmen müssen (siehe vorne, S. 6).

Es ist deshalb **unerfindlich**, aus welchen **vernünftigen** Gründen der Entwurf einen derartigen Vorschlag enthält.

Der Entwurf dieser Ziffer lässt allerdings **das eigentliche, aber unerklärte Motiv** erkennen: **die Suizidbeihilfe durch Beschränkung der Kapazität der mitwirkenden Personen zahlenmässig maximal einzuschränken**. Damit verstösst diese Ziffer ebenfalls gegen das Grundrecht auf begleiteten Suizid, **verletzt die EMRK** und ist deshalb ohne weiteres abzulehnen.

Das Beispiel zeigt, wie verfehlt es ist, eine anspruchsvolle gesetzgeberische Aufgabe in einem dermassen heiklen Bereich ohne vorgängige seriöse Erarbei-

tung der Rechtstatsachen und ohne Einsetzung einer Expertenkommission lösen zu wollen. Fragen menschlicher Empathie, der Bedeutung und Geltung von Grundrechten und des Ausmasses wahrhafter Ethik berühren Aspekte, die im Zusammenhang mit der Wirklichkeit der in der Schweiz seit mehr als 20 Jahren erfolgenden Freitodhilfe nur im Rahmen einer **mehrdimensionalen Anschauung** und in Kenntnis der **vollständigen Wirklichkeit** zutreffend beantwortet werden können.

22. Mitwirkung bei behördlichen Untersuchungen

Ziffer 3.8

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die Suizidhilfeorganisationen und Suizidhelfer ebenso wie die in der Sache handelnden Ärzte sind verpflichtet, bei polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen mitzuwirken, indem sie einerseits unter Vorbehalt des Aussageverweigerungsrechtes Angaben zur Sache machen und andererseits sämtliche im Zusammenhang mit der organisierten Suizidhilfe stehende Dokumente ohne Verlangen der Untersuchungsbehörde herausgeben, namentlich ärztliche Zeugnisse und Berichte betreffend Krankheit, Urteilsfähigkeit und NAP-Applikation, NAP-Rezept, Freitoderklärung, Personalausweis, Kostenblatt sowie Ablaufprotokoll des Sterbevorganges. Die orale Einnahme des NAP bzw. die entsprechende Infusion ist filmisch (mit Ton) zu dokumentieren.

Auch diese Ziffer steht in eklatantem Widerspruch mit **grundlegenden Entscheidungen unserer Rechtsordnung: Wesentliche Verpflichtungen, die Bürgerinnen oder Bürgern auferlegt werden können, bedürfen in jedem Falle einer formalgesetzlichen Grundlage.** Es steht weder im Belieben des Staates noch in jenem einer Organisation, durch zweiseitigen Vertrag Pflichten oder Lasten für Dritte zu generieren, auch wenn diese Dritten Arbeitnehmer einer solchen Organisation sind.

Der Entwurf **übersieht**, dass die bisherige Mitwirkung der Organisationen bei den nach einem begleiteten Suizid erforderlichen amtlichen Handlungen **vollständig freiwillig** erfolgt ist, im Interesse einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen ihr und den Behörden. Diese freiwilligen Leistungen sind von den Behörden bislang allerdings **nie als solche anerkannt** worden.

Im Gegenteil: ohne jede Rechtsgrundlage und meist auch ausserhalb jeder vernünftigen Überlegung forderte die Staatsanwaltschaft beispielsweise, die jüngsten medizinischen Unterlagen dürften **nicht älter als zwei Monate** sein; eine in den allermeisten Fällen **vollkommen schikanöse** Forderung. Sind beispielsweise Erkrankungen wie **Krebs mit Metastasierungen** oder ihrer Natur nach **progressive** neurologische Erkrankungen wie etwa Amyotrophe Lateralsklerose oder **Multiple Sklerose** diagnostiziert, ist mit **fortschreitendem Zeitablauf** nie mehr eine Verbesserung, **immer nur eine Verschlechterung** zu erwarten. In solchen Fällen neuere Berichte zu verlangen stellt eine **sinnlose, durch nichts zu rechtfertigende Schikane** dar.

Sodann besteht keinerlei gesetzliche Grundlage zur Vorlage irgendwelcher Dokumente in diesem Zusammenhang. Im **Prinzip könnte Freitodbegleitung auch in der Weise erfolgen, dass eine Organisation Begleitungen vornimmt und hinterher die Polizei allein über den Umstand in Kenntnis setzt, dass an einem bestimmten Ort jemand Suizid verübt hat.** Sie könnte es vollständig den Behörden überlassen, sich darum zu kümmern, welches die Identität der verstorbenen Person ist, wie sie zu Tode gekommen ist, und welches die Umstände ihres Suizids gewesen sind. Dadurch würden die Aufwendungen zur Untersuchung seitens der Behörden erheblich vermehrt.

Die zürcherischen Strafuntersuchungsbehörden haben es überdies bislang konsequent vermieden, das **Verfahren** nach einem **begleiteten** Suizid im Unterschied zu gewöhnlichen Suiziden wesentlich zu **vereinfachen** und dadurch dem Gebot der **Rechtsgleichheit** nachzuleben, welches fordert, dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln sei. Sie haben auch in dieser Hinsicht **wenig vernunftgemäss** gehandelt, so dass man sich schon fragen muss, ob für Untersuchung von durch Organisationen begleiteten Suiziden überhaupt die Staatsanwaltschaft die dazu bestens geeignete Behörde darstellt.

Der angelsächsische Raum kennt hier die Einrichtung des «Coroners»; FRANK TH. PETERMANN hat in seinem Aufsatz «Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention» (AJP 9/2004, S. 1111-1138, insbes. S. 1130) in Art. 15 vorgeschlagen, im Normalfall die Untersuchung einem besonders ausgebildeten Polizeibeamten unter Beizug des Bezirksarztes zu übertragen. **Dies würde durchaus genügen**, verbietet sich doch die Annahme, solche Organisationen würden deliktisch handeln, von vornherein.

Es war ja im Übrigen DIGNITAS, welche – insbesondere im Interesse von Angehörigen von Personen, welche sich zum begleiteten Suizid entschlossen hatten – damit begonnen hat, die Applikation von NAP durch den Suizidenten **per Video zu dokumentieren**, um auf diese Weise einen **Sachbeweis** dafür zu schaffen, mit welchem von vornherein der Verdacht auf Tötung auf Verlangen hat **ausgeräumt** werden können. Vorher erfolgten verhältnismässig oft und meist völlig überflüssig teilweise langwierige, oft von Aussenstehenden kaum verstehbar polizeiliche Einvernahmen von Angehörigen, die sowohl von diesen als auch von DIGNITAS als schikanös empfunden worden sind. Dies hatte während einiger Zeit dazu geführt, das DIGNITAS die Angehörigen aufgefordert hat, das Lokal vor dem Eintreffen der Behörden zu verlassen, um sie vor derartigen unnötigen Schikanen zu schützen.

Die Ziffer ist abzulehnen.

23. Kostentransparenz

Ziffer 3.9

Vorgeschlagene Richtlinie:

Vor dem Hintergrund allfällig selbstsüchtiger Motive von Suizidbegleitungen bedarf es transparenter Organisationsstrukturen, Kontrollmechanismen und Finanzen. Zu diesem Zweck ist die Buchhaltung generell offenzulegen, so dass sämtliche Einnahmen, namentlich Mitgliederbeiträge, Spenden, Vermächtnisse, Erbschaften zugunsten der Organisation, ihrer Mitglieder oder ihnen nahestehenden Organisationen und Entschädigungen, ausgewiesen und für die Untersuchungsbehörden bei Bedarf jederzeit einsehbar sind. Zur Gewährleistung korrekter Abläufe bei den einzelnen Suizidbegleitungen ist für jeden Fall ein Kostenblatt zu erstellen, welches über alle im Hinblick auf Art. 115 StGB massgebenden Finanztransaktionen Auskunft zu geben hat, zu den Ermittlungsakten zu erheben ist.

Der Entwurf übersieht in dieser Ziffer, dass das Delikt, welches durch die Strafbestimmung von Art. 115 StGB bedroht wird, **von juristischen Personen überhaupt nicht begangen werden kann**; Art. 115 StGB visiert einzig und allein natürliche Personen an. Deshalb sind zum Beispiel Fragen von Staatsanwälten bei der Abklärung von Freitodbegleitungen, wie viel die verstorbene Person an DIGNITAS bezahlt habe, irrelevant und demzufolge überflüssig.

Der Wortlaut von Art. 115 StGB in allen seinen Aspekten stünde selbst einer auf Profit gerichteten gewerblichen Organisation oder sogar eines Privaten nicht im Wege, würde doch (nicht übersteigertes) **gewöhnliches gewerbliches Gewinnstreben** in keinem Falle unter den Begriff der «selbstsüchtigen Beweggründe» fallen können.

Der darin enthaltene **Begriff der Sucht** ist im Strafrecht ausreichend umschrieben, und zwar als eine Form übersteigerten, unmoralischen Gewinnstrebens, so etwa in den Art. 135 Abs. 3 StGB (Gewaltdarstellungen), 197 Ziff. 4 StGB (Pornographie) oder 313 StGB (Gebührenüberforderung) und in der Strafrechtswissenschaft umfangreich kommentiert (vgl. dazu etwa STEFAN TRECHSEL, Kurzkomentar zum StGB, 2. A., Zürich 1997, N. 3 zu art. 489 StGB).

Ausserdem müsste jeweils ein **besonderer Zusammenhang** zwischen der **individuellen Lebenssituation einer sterbewilligen Person** und dem **betreffenden Helfer** bestehen, und in aller Regel ginge – damit Art. 115 StGB überhaupt zur Anwendung gelangen kann – die **Initiative zum Suizid vom selbstsüchtigen Täter aus**.

Eine Anwendung von Art. 115 StGB scheidet auch deswegen aus, weil allein schon auf Grund der internen Organisation solcher Vereinigungen sich derartige Zusammenhänge **gar nicht ergeben können**. Dies hat der Entwurf übersehen.

Uns ist in der Schweiz keine einzige Organisation bekannt, welche Freitodbegleitungen anbietet, um daraus **Profit** im Sinne von auch nur normalem privatwirtschaftlichem Gewinn zu schlagen. Die Statuten von DIGNITAS sehen ausdrücklich vor, dass **Überschüsse der Rechnung in den Ausbau der Qualität der Dienstleistungen und in die Suizidprophylaxe zu investieren sind**.

Eigenartig erscheint in dieser Ziffer auch die vorgeschlagene Norm, die Unterlagen der Organisation seien den Untersuchungsbehörden «bei Bedarf jederzeit» zur Einsicht zugänglich zu machen. Eine derartige Norm mag in einem **Polizeistaat** angängig sein; in einem **Rechtsstaat** haben staatliche Behörden und insbesondere Strafuntersuchungsbehörden nur dann ein Recht, in solche Unterlagen Einsicht zu nehmen, wenn sie **über einen ausreichenden Anfangsverdacht bezüglich eines Delikts verfügen**, so dass ihnen dann auf Grund einer geltenden Strafprozessordnung eine Einsichtnahme nicht verwehrt werden kann. Zudem übersieht hier der Entwurf, dass die Tätigkeit aller Organisationen sich keineswegs nur in der Freitodhilfe erschöpft, sondern dass der weit überwiegende Teil der Tätigkeit (und damit auch die dafür eingenommenen und aufgewendeten Mittel) sich auf **Lebenshilfe** erstrecken.

Die Ziffer ist abzulehnen; sie widerspricht **grundlegenden Prinzipien der Rechtsordnung**.

24. Kostentragung

Ziffer 3.10

Vorgeschlagene Richtlinie:

Die Suizidhilfeorganisationen stellen bei suizidwilligen Personen mit letztem Wohnsitz im Ausland die Kosten für die behördlichen Untersuchungen in der Höhe von Fr. 3'000.-- zuhanden der Untersuchungsbehörden sicher. Bei ausgewiesener Bedürftigkeit der suizidwilligen Person kann der Betrag bis auf Fr. 1'000.-- reduziert werden.

Schon vor etlichen Jahren ist dem Gründer und Generalsekretär von DIGNITAS anlässlich einer ersten Besprechung in der Staatsanwaltschaft, nachdem zunehmend Personen aus dem Ausland die Dienstleistung des begleiteten Freitodes durch DIGNITAS in Anspruch zu nehmen begonnen hatte, vorgeschlagen worden, die den Behörden angeblich erwachsenden Kosten diesen Personen zu überbinden.

Unsere Antwort hat damals gleich gelautet wie heute: **Wir werden nie mit dem Staat einen Vertrag zu Lasten Dritter schliessen**. Will der Staat Kosten auf Private überwälzen, hat er dies **durch gesetzliche Normen** vorzusehen, die ihrerseits wieder den **Bedingungen** unterliegen, welche die **verfassungsrechtliche Ordnung des Bundes in Bezug auf staatliche Gebühren** enthält.

Die verfassungsrechtlichen Anforderungen verlangen in erster Linie, dass **der Umfang staatlicher Tätigkeit verhältnismässig sei**. Dies kann vom Aufwand, der im Kanton Zürich anlässlich begleiteter Suizide seit Jahren unter den Auspizien des gegenwärtigen Leitenden Oberstaatsanwalts getrieben wird, in der Regel nicht gesagt werden. Der Direktor der Justiz des Kantons Zürich persönlich hat sich in der Presse darüber ausgelassen, es sei doch ein Wahnsinn, bei jedem solchen begleiteten Suizid einen Staatsanwalt auf die Piste zu schicken.

Andererseits ist uns vor wenigen Tagen eine rechtskräftige Einstellungsverfügung im Zusammenhang mit einem begleiteten Suizid zugegangen, in welchen die entstandenen Kosten mit weniger als 500 Franken beziffert worden sind – somit in einer Grössenordnung, wie wir sie auch aus den im Kanton St. Gallen jeweils verrechneten Kosten durchaus kennen.

Auch die Aufwendungen des Bezirksarztes im Bezirk Zürich – gemäss gesetzlicher Regelung der Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich (IRM), seine Ober- und Assistenzärzte – erscheinen in Bezug auf die Notwendigkeit der vom IRM vorgenommenen Untersuchungen als **weit übertrieben**. Diese Untersuchungen mögen von einem **Forschungsstandpunkt** aus von Interesse sein; in Bezug auf die Abklärung der Fragen, die sich den Behörden nach einem begleiteten Suizid stellen, gehen sie **weit über das aus rechtlichen Gründen Erforderliche hinaus**.

In Bezug auf die Erhebung von Gebühren gelten aus bundesverfassungsrechtlicher Sicht zwei Prinzipien: einerseits das **Kostendeckungsprinzip**, und andererseits das **Adäquanzprinzip**. Nach dem Kostendeckungsprinzip dürfen Gebühren nicht höher sein, als dies erforderlich ist, um die dem Staat erwachsenden Kosten der Inanspruchnahme seiner Organisation zu decken; nach dem Adäquanzprinzip darf eine Gebühr **nicht in einem offensichtlichen Missverhältnis zum objektiven Wert der Leistung stehen** und muss sich **in vernünftigen Grenzen** bewegen. Die Höhe der Gebühr darf **insbesondere nicht zur Folge haben, dass die Inanspruchnahme gewisser Institutionen verunmöglicht oder übermässig erschwert würde**. Siehe dazu insbesondere RENÉ A. RHINOW / BEAT KRÄHENMANN, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basel 1990, S. 339.

DIGNITAS weiss, dass dies in anderen Kantonen völlig unterschiedlich gehandhabt wird. Bei einer kürzlich im Kanton **Waadt** von DIGNITAS durchgeführten Freitodbegleitung ist **kein Untersuchungsrichter** auf dem Platz erschienen. Wir wissen von Freitodbegleitungen im Kanton **Freiburg**, dass dort in der Regel ein **einzelner Polizeifunktionär** sich kurz davon überzeugt, dass der Suizid begleitet erfolgt ist, worauf er sich wieder entfernt und dies in einem knappen Rapport festhält.

Im Kanton **St. Gallen** sieht die gesetzliche Regelung bei aussergewöhnlichen Todesfällen lediglich vor, dass dem Nachlass eines so Verstorbenen die **Kosten der Leichenschau** auferlegt werden; erfolgt eine Obduktion, gehen deren Kosten zu Lasten jener Person oder Stelle, welche die Obduktion verlangt hat.

Die Ziffer ist somit schon aus grundsätzlichen Überlegungen abzulehnen; auch das Quantitativ erscheint weit übertrieben.

25. Kontrolle der Einhaltung der Richtlinien

Ziffer 4

Vorgeschlagene Richtlinie:

Polizei und Staatsanwaltschaften kontrollieren die Einhaltung der Richtlinien im Einzelfall. Allfällige Verstösse, seien sie strafrechtlich relevant oder nicht, melden sie unter Beilage der Akten der Oberstaatsanwaltschaft.

Auch diese Ziffer ist abzulehnen. Sie ist schon im Wortlaut verfehlt. Sollte es sich um **freiwillig übernommene Regeln** handeln, dann kann es sich nicht um **Verstösse** handeln; solche wären nur gegen **gesetzliche Normen** denkbar.

VI. Beurteilung des Entwurfs als Ganzes

Insgesamt gesehen ist dieser Entwurf **schon im Ansatz vollständig verfehlt**.

Er dient in Wahrheit keinem anderen Zweck, als die Tätigkeit von DIGNITAS im Dienste von Personen, die ausserhalb der Schweiz wohnen, unterbinden oder entscheidend reduzieren zu können, ohne dass in politisch unkorrekter Weise gesagt werden muss, man wolle nicht mehr, dass DIGNITAS «Ausländer importieren» könne, und ohne dass dazu in einer demokratischen Gesellschaft ein solcher Eingriff notwendig ist.

Die meisten gewissermassen «harmlos» tönenden Ziffern sprechen allenfalls Selbstverständlichkeiten aus, die von den Organisationen von Anfang ihrer Tätigkeit an sorgfältig beachtet worden sind; **eine Vielzahl von Bestimmungen verstösst gegen die EMRK** und diese würden – als gesetzliche Norm erlassen – wohl schon im Rahmen einer Normenkontrollklage am Bundesgericht scheitern.

Besonders fällt sodann auch auf, dass der Entwurf in keiner Weise das bisherige Verfahren zu **vereinfachen** und die dem Staat durch die vollständig überzogene bisherige Behandlung begleiteter Suizide **entstehenden Kosten auf ein vernünftiges Mass zu reduzieren** gedenkt. Es fehlt auch die dringend nötige Anstrengung, den Umgang mit NAP von der polizeilichen Einzelfallverfolgung der Einzeldosis auf eine sinnvolle und überwachbare Bewirtschaftung von durch Rezepte gedeckten Beständen umzustellen. In diesem Zusammenhang darf nicht übersehen werden, dass die Durchführung von Freitodbegleitungen mit NAP immer mit dem Risiko verbunden ist, dass das Mittel verschüttet werden kann; dies ohne sofort greifbare Reserve in Kauf nehmen zu müssen, ist eigentlich unhaltbar. Deshalb drängt sich hier eine rasche Regelung auf.

Der Entwurf nimmt sodann auch **keinerlei Rücksicht auf berechtigte Kritik aus den Reihen der Angehörigen** von Personen, die durch begleiteten Suizid bei Organisationen verstorben sind. Diese kritisieren beispielsweise immer wieder, dass **die Behörden nach der amtlichen Leichenschau den Leichnam nackt in den Sarg legen lassen**, was die Gefühle der Angehörigen in absolut unzulässiger Weise verletzt und sowohl die Würde des Menschen als auch die Gefühle der Angehörigen missachtet. Ein solches Vorgehen mag bei unklaren Suiziden noch gerechtfertigt sein, um zu verhindern, dass nach dem Eintritt des

Todes, aber vor einer Obduktion des Leichnams an diesem Veränderungen entstehen können. Bei durch Organisationen begleiteten Suiziden verbieten sich derartige Überlegungen im Vorhinein.

Der Entwurf sieht auch nicht vor, dass die Organisationen regelmässig eine Kopie der **Einstellungsverfügung** erhalten sollen; eine solche Zustellung erfolgt nach unserer Erfahrung nur ausnahmsweise, offensichtlich dann, wenn besonders sorgfältig gebildete und korrekte Beamte für diese Verfügung zuständig sind.

Schliesslich nennt der Entwurf auch keinen der angeblichen «Missbräuche bei Freitodbegleitungen», von denen in den Medien so häufig die Rede gewesen ist. Hätte es diese je gegeben, wäre es am Platz gewesen, sie zur Begründung des Entwurfes der Richtlinien darzustellen, um wenigstens auf diese Weise einen Anschein von sachlicher Berechtigung für die Vorschläge hervorzurufen. **Mittlerweile scheint ja selbst die Staatsanwaltschaft aufgrund von Einvernahmen zu wissen, dass solche gegenüber den Medien geäusserte Behauptungen von deren Urhebern in der polizeilichen Befragung nicht mehr bestätigt worden sind.**

So fällt denn der Entwurf sowohl als Ganzes als auch in seinen Teilen bei seiner Überprüfung vollständig durch. **Er ist insgesamt abzulehnen.**

Wir sind andererseits gerne bereit, uns an grundlegenden Arbeiten einer Expertenkommission zu beteiligen, welche vorerst das Problem der Bewirtschaftung von NAP sowie das behördliche Verfahren nach einer Freitodbegleitung zum Gegenstand haben, wobei zur Inangriffnahme dieser Arbeiten eine Arbeitsgruppe geschaffen werden sollte, in welcher die Justizdirektion, die Gesundheitsdirektion und die im Kanton Zürich in grösserem Umfange tätigen Organisationen vertreten sein sollten.

Forch, 15. August 2007

Mit freundlichen Grüssen

DIGNITAS

Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben

Der Generalsekretär

Ludwig A. Minelli

Beilagen

Studie PETER HOLENSTEIN, Der Preis der Verzweiflung

Studie NANCY GÄDEKE, 138 Suizidbegleitungen durch DIGNITAS im Jahre 2005 und deren Vorbereitung

Auszug aus der Studie N. N., DIGNITAS befreit von Angst und hilft weiterleben

(Erster) Bericht über die Qualitätskontrolle unserer Dienstleistungen vom 15. Februar 2007

(Zweiter) Bericht über die Qualitätskontrolle unserer Dienstleistungen vom 15. August 2007