

# Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention



FRANK TH. PETERMANN,  
Dr. iur., Rechtsanwalt,  
St. Gallen

## Inhaltsübersicht:

1. Einleitung
2. Problematik
3. Methodik
4. Grundsätzliches zu Suizid und Suizid-Prävention
  - 4.1. Begriffliches
    - 4.1.1. Zum Begriff des Selbstmords
    - 4.1.2. Definitionsansätze
    - 4.1.3. Suizid als möglicher Ausdruck der Einforderung von philosophischen Naturrechten
      - 4.1.3.1. Das Recht auf Freiheit
      - 4.1.3.2. Das Recht auf Würde
      - 4.1.3.3. Das Recht auf Glück
  - 4.2. Klassifikation der Suizidalität
    - 4.2.1. Erfordernis von Klassifikation und Unterscheidung
      - 4.2.1.1. Affektsuizid
      - 4.2.1.2. Bilanzsuizid
      - 4.2.1.3. Sonderfall: Der missglückte appellative Suizidversuch
      - 4.2.1.4. Suizidalität bei psychischen Erkrankungen
        - 4.2.1.4.1. Begriffliche Differenzierung Geisteskrankheit/psychische Krankheit
        - 4.2.1.4.2. Suizidwünsche psychisch kranker Menschen
        - 4.2.1.4.3. Überlegungen zum "Basler Fall"
        - 4.2.1.4.4. Überlegungen zum "Schaffhauser Fall"
        - 4.2.1.4.5. Fazit: Entscheidendes Kriterium ist die Urteilsfähigkeit (in Verbindung mit der Wohlerwogenheit des Entscheides)
  - 4.3. Zentrales Unterscheidungskriterium: die Kontinuität des Sterbewunschs
  - 4.4. Prävention gegen Suizide und Suizidversuche
    - 4.4.1. Kurzer geschichtlicher Abriss zur Suizid-Prävention
    - 4.4.2. Suizid-Prävention durch Freiheit oder Repression?
5. Rechtliche Grundlagen de lege lata
  - 5.1. Rechtliche Grundlagen zur Suizidprävention
  - 5.2. Rechtliche Grundlagen für begleitete Selbsttötungen
    - 5.2.1. Die Bestimmungen der EMRK
      - 5.2.1.1. Art. 2 EMRK: Das Recht auf Schutz des Lebens
      - 5.2.1.2. Art. 8 EMRK: Das Recht auf Achtung des Privatlebens
    - 5.2.2. Die Bestimmungen der Bundesverfassung

- 5.2.2.1. Art. 10 BV: Das Recht auf Leben und persönliche Freiheit
- 5.2.2.2. Art. 13 Abs. 1 BV: Schutz der Privatsphäre
- 5.2.3. Die Bestimmung von Art. 115 StGB
6. De lege ferenda: Entwurf des Gesetzes zur Suizid-Prävention
7. Erläuterung des Entwurfes
  - 7.1. A. Allgemeines
  - 7.2. B. Beratungsstellen und Information
    - 7.2.1. Beratung
    - 7.2.2. Information
    - 7.2.3. Kantonale und private Stellen
  - 7.3. C. Finanzielles
  - 7.4. D. Begleitete Selbsttötungen
    - 7.4.1. Begleiter
    - 7.4.2. Regelung des Verfahrens
  - 7.5. E. Organisationen
  - 7.6. F. Rechtsschutz
  - 7.7. G. Verbesserung der statistischen Grundlagen
8. Schlussgedanke

## 1. Einleitung

In den letzten Monaten hat das Thema Sterbehilfe durch verschiedene Umstände eine hohe Aktualität erfahren: Am 5.2.2004 hat die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Vernehmlassung zu den neuen Richtlinien über die Betreuung von Patienten am Lebensende präsentiert, wonach Ärzte sterbenden Patienten Beihilfe zum Suizid leisten dürfen.<sup>1</sup>

Am 13.2.2004 wurde aus den Medien bekannt, dass der Vorsteher des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes, Bundesrat CHRISTOPH BLOCHER, das vom Bundesamt für Justiz vorgesehene Rechtsetzungsprojekt "Sterbehilfe" aus den Zielen für die laufende Legislaturperiode (2003–2007) genommen hat.<sup>2</sup>

Am 22.2.2004 wurde bekannt, dass der Kanton Zürich als Antwort auf BLOCHERS Entschluss ein eigenes "Suizidhilfe-Gesetz" plane.<sup>3</sup>

Die Realität scheint aber, wie meistens, der Regelung weit voraus zu sein. So erschien Ende November letzten Jahres ein Artikel im Schweizerischen Beobachter, der von rund 1 400 Suiziden pro Jahr in der Schweiz berichtete. Suizidversuche aber soll es gemäss Schätzungen bis zu 67 000 pro Jahr geben.<sup>4,5</sup> Diese Angaben beruhen auf einer zu die-

1 Tages-Anzeiger vom 5.2.2004 (<http://tages-anzeiger.ch/dyn/news/schweiz/346218.html>).

2 NZZ vom 13.2.2004 (<http://www.nzz.ch/2004/02/13/il/page-newzzDQM6Q1TW-12.html>).

3 NZZ am Sonntag vom 22.2.2004, 9.

4 VON TOBEL, 45. Gemäss URECH, 18, soll es sogar bis zu 90 000 Suizidversuche pro Jahr geben.

5 GRÜNDEL, 137, verweist auf Schätzungen der WHO, wonach weltweit jedes Jahr 500 000 Menschen durch Suizid sterben.

ser Problematik vom Bundesrat erteilten Antwort auf eine einfache Anfrage von Nationalrat ANDREAS GROSS vom 3.10.2001, welche aufgrund einer Hochrechnung der amtlich registrierten Selbsttötungen mit den geschätzten Dunkelziffern zu diesen Zahlen gelangt ist.<sup>6</sup> Aus diesen Zahlen lässt sich also bereits ableiten: In der Schweiz sterben im Schnitt rund 4 Personen täglich durch Suizid, d.h. also alle 6 Stunden eine Person, und bis zu 180 Personen versuchen sich das Leben zu nehmen, d.h. 7,5 Personen stündlich.

Obwohl im Strassenverkehr jährlich "nur" rund 500 Personen sterben,<sup>7</sup> verfolgt der Bund weiterhin das Ziel, diese Zahl auf eine theoretische Null zu senken. Im Bereich der Suizide, einer Ursache, an der fast dreimal so viele Menschen sterben, wurde der Handlungsbedarf bisher offenbar noch nicht erkannt. Dies erstaunt um so mehr, als es beim Thema Suizid ja nicht nur um die rund 1400<sup>8</sup> Menschen geht, die jährlich auf diese Weise sterben, sondern auch um bis zu 67000 Suizidversuche. Noch mehr aber überrascht, dass die daraus entstehenden Kosten den Regelungsbedarf bisher nicht aufgezeigt haben. Weder seitens der Politik noch seitens der primären Leistungserbringer, also der Kranken- und Unfallversicherungen.

Gemäss einer Studie von PETER HOLENSTEIN verursachten im Jahre 1999 rund 1300 Suizide Kosten in Höhe von ca. 62 Millionen Franken und Suizidversuche Kosten in Höhe von 2,37 Milliarden Franken.<sup>9</sup> Aufgrund der Dunkelziffer im Bereich der Suizidversuche ging HOLENSTEIN von einer sehr vorsichtigen und zurückhaltenden Schätzung aus, indem er mit 30000 Suizidversuchen rechnete, von denen aber die Hälfte ohne gesundheitliche Folgen blieb. Die durch Suizidversuche errechneten Kosten von rund 2,37 Milliarden Franken fassen also auf einer Basis von "lediglich" 15000 Suizidversuchen.<sup>10</sup>

Aufgrund der Tatsache, dass durch das Phänomen Suizid und Suizidversuche der schweizerischen Volkswirtschaft jährliche Aufwendungen<sup>11</sup> in Höhe von knapp 2,5 Milliarden Franken<sup>12</sup> entstehen und einer Vielzahl von Menschen unbeschreibliches, weder statistisch noch finanziell erfassbares Leid widerfährt, drängt sich eine Regelung in diesem Bereich auf.

## 2. Problematik

Eine der grossen Herausforderungen bei der Schaffung einer solchen Regelung ist es, der gesellschaftlichen Realität möglichst wertneutral und unabhängig von einer Weltanschauung gegenüberzutreten.<sup>13</sup> Den Betroffenen soll Hilfe zuteil werden, sie sollen umfassend informiert und es sollen ihnen verschiedene Wege und Alternativen aufgezeigt werden, welche es ermöglichen, dass sie von ihrem Vorhaben ablassen.

Gleichzeitig soll ihnen aber auch signalisiert werden, dass in unserer Rechtsordnung und Kultur das Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Leben gilt und dieses Recht respektiert wird. Angesichts der Tragweite der Entscheidung soll das Individuum in seiner Entscheidungsfindung aber unterstützt werden können. Mit Bedacht auf die finale

Bedeutung eines Entscheides soll ihm ein sorgfältiges Abwägen nicht nur ermöglicht werden, sondern dort, wo die Zeit es erlaubt, auch aufgezwungen werden können.

## 3. Methodik

Die vorliegende Arbeit untersucht zuerst des besseren Verständnisses wegen eingehend das Phänomen des Suizids. Anschliessend werden die bestehenden Rechtsgrundlagen

- 
- 6 Einfache Anfrage ANDREAS GROSS vom 3.12.2001 betreffend Suizide und Suizidversuche. Zahlen, Antwort des Bundesrates vom 9.1.2002, Geschäft Nr. 01.1105.
  - 7 Im Jahre 2001 verloren 496 Menschen im Strassenverkehr ihr Leben, im Jahre 2002 waren es 476 ([http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber11/dtfr11.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber11/dtfr11.htm)).
  - 8 HOLENSTEIN, 36: Von 1990 bis 1999 erfolgten insgesamt 14211 Suizide, so dass für diesen Zeitraum von einem Durchschnitt von 1421 Suiziden auszugehen ist.
  - 9 HOLENSTEIN, 34: Suizide genau CHF 62215000.- und Suizidversuche CHF 2369000000.-. Im Jahre 1999 starben 1296 Menschen durch Suizid (HOLENSTEIN, 36).
  - 10 HOLENSTEIN, 29–30. Diese 15000 Fälle wurden wie folgt unterteilt:  
10000 Fälle von Verletzungen, welche ambulant behandelt werden können.  
3500 Fälle, welche einen Spitalaufenthalt von mind. 3 Tagen erfordern.  
1000 Fälle, welche intensivmedizinisch behandelt werden und einen chirurgischen Eingriff mit anschliessendem Spitalaufenthalt von 2 Wochen erfordern:  
500 Fälle, welche schwere, bleibende Invalidität verursachen oder lebenslanger, stationärer Pflege bedürfen.
  - 11 Die durch den Ausfall der betreffenden Personen verursachten volkswirtschaftlichen Verluste sind hier nicht miterfasst. Sie dürften eine ähnliche Höhe erreichen. Dabei stehen wohl die verlorenen Lebensjahre im Vordergrund: Gemäss dem Statistischen Jahrbuch 2004 für das Jahr 2002 (644–645), waren das 20515 Männer-Lebensjahre und 6780 Frauen-Lebensjahre (letzte Statistik Jahr 2000). Setzt man die Jahres-Erwerbseinkommen des betreffenden Jahres für Männer, CHF 69996.-, und für Frauen, CHF 55200.-, ein, sind diese verlorenen Lebensjahre lediglich in Bezug auf Erwerbseinkommen mit 1,43 Milliarden Franken für Männer und 374 Millionen Franken für Frauen, insgesamt somit mit rund 1,804 Milliarden Franken zu bewerten. Würde man die damit verbundene volkswirtschaftliche Wertschöpfung, die über das Einkommen hinausgeht, mitberücksichtigen, wird ersichtlich, dass diese Aussage einen hohen Grad an Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen kann.
  - 12 Teilt man diese 2,5 Milliarden Franken durch die 8760 Stunden, welche ein Jahr hat, so ergibt sich die stattliche Summe von CHF 285000.-, welche der Volkswirtschaft *stündlich* entstehen.
  - 13 Der Terminus "möglichst" wird hier ganz bewusst verwendet, da eine absolute Wertneutralität vermutlich nie erreicht werden kann. So endet bezeichnenderweise jeder Versuch, eine Ethik wertungsfrei zu definieren, in einer Formulierung, welche wiederum nur aus interpretationsbedürftigen Begriffen besteht (GIGER, 54, FN 78).

aufgezeigt und dann ein Gesetzesentwurf vorgelegt. Zum Schluss wird dieser kurz erläutert um aufzuzeigen, wie er die angestrebten Ziele erreichen will.

Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit. So enthält speziell das Literaturverzeichnis nur eine Auswahl weiterführender Literatur.

Der vorliegenden Arbeit wurde die rechtliche Situation de lege lata zugrunde gelegt. Sämtliche Grundrechte, welche durch den hier vorgelegten Gesetzesentwurf tangiert bzw. vorausgesetzt werden, sind bereits durch die Bundesverfassung (BV) und die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) gewährleistet. Der Gesetzesentwurf ist also nur eine Ausgestaltung bereits vorhandener Grundrechte. Ebenso habe ich mich sowohl mit Vertretern<sup>14</sup> der Sterbehilfe als auch mit diesem Thema kritisch eingestellten Exponenten unterhalten. Der vorliegende Entwurf versucht denn auch eine kompromissfähige Lösung zu sein, die auf dem Boden des geltenden Verfassungsrechts beiden Interessen<sup>15</sup> Rechnung trägt.

## 4. Grundsätzliches zu Suizid und Suizid-Prävention

### 4.1. Begriffliches

#### 4.1.1. Zum Begriff des Selbstmords

Jedem Juristen ist klar, dass die Verwendung des Begriffes "Selbstmord" im Grunde genommen ein Unding ist. Mord (Art. 112 StGB) ist die qualifizierte Form des Grundtatbestandes der vorsätzlichen Tötung (Art. 111 StGB). Diese kommt zum Tragen, wenn sich der Täter durch eine besonders verwerfliche Gesinnung und niedere Beweggründe leiten lässt oder wenn er die Tat auf eine besonders grausame Weise ausübt.<sup>16</sup> Mord zeichnet sich durch eine aussergewöhnlich krasse Missachtung *fremden* Lebens aus,<sup>17</sup> weswegen ein Selbstmord rechtlich gesehen nicht möglich ist. Aus diesem Grunde wird das technisch unrichtige Wort "Selbstmord" in der vorliegenden Arbeit nicht verwendet und durch die wertneutralen Begriffe Selbsttötung oder Suizid ersetzt. Auch das Wort "Freitod" soll in der vorliegenden Arbeit nicht verwendet werden, da es oft mit einer Verherrlichung des Suizids einhergeht oder zumindest assoziiert wird.

Mit dem geltenden Strafrecht kompatibel kann im Bereich von Suizid nur dann von "Selbstmord" gesprochen werden, wenn der Suizident oder hier eben der Selbstmörder eine besondere Skrupellosigkeit, Heimtücke, ausserordentliche Grausamkeit, Gefühlskälte oder Ähnliches an den Tag legt.<sup>18</sup> Es gibt aber nur eine einzige Konstellation, in der diese Tatbestandselemente bei einem Suizid gegeben sind und sein können: Bei einem Selbstmord-*Attentat*. Hier suizidiert sich das Subjekt auf heimtückische, grausame und skrupellose Weise, indem es noch möglichst viele Unschuldige in den Tod reisst. Jedoch ist in diesem Falle der Suizid

nicht das Ziel, sondern das Mittel, durch das der Selbstmord-Attentäter einen "Kollateralschaden", z.B. für eine religiöse oder politische Sache ganz bewusst in Kauf nimmt.

Es wäre gewiss interessant zu untersuchen, wie das Wort "Selbstmord" eigentlich entstanden ist.<sup>19</sup> Obwohl dieser Frage hier nicht detailliert nachgegangen werden kann, soll zumindest ein Erklärungsansatz eines prominenten Autors geliefert werden, derjenige des Herzchirurgen CHRISTIAAN BARNARD: Suizid ist ein von der Umwelt stigmatisiertes Verhalten. Eine der Ursachen für diese Stigmatisierung, insbesondere im engeren Umfeld des Suizidenten, ist gemäss BARNARD das Schuldgefühl der näheren Umwelt: "Denn wenn, so folgert die Familie, jemand freiwillig aus dem Leben scheidet, muss seine engste Umgebung ihn enttäuscht haben."<sup>20</sup> Das aber ist der Umwelt peinlich und sie empfindet das Verhalten des Suizidenten als Strafe bzw. als Rache für Versäumtes. Der sich als Adressat für den Suizid Betrachtende möchte den selbstempfundenen Makel nicht auf sich sitzen lassen. Er verarbeitet ihn, indem er den Suizidenten als Mörder, eben als Selbstmörder markiert und dessen Verhalten dadurch als atypisch darlegt und moralisch isoliert.<sup>21</sup>

#### 4.1.2. Definitionsansätze

Für die vorliegende Arbeit wurde als Definitionsansatz des Suizids jener von JEAN BAECHLER gewählt. Die 1975 von BAECHLER erschienene Studie "Les Suicides", welche im Jahre 1981 in einer leicht gekürzten Fassung auf Deutsch erschien, ist m.E. eine der umfassendsten und v.a. wertneutralsten wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Thema.

- 
- 14 Ich danke an dieser Stelle: Dr. med. PIETER V. ADMIRAAL (Niederlande); lic. iur. Frater MARKUS DETTLING OSB (Kloster Einsiedeln); Prof. Dr. iur. et Dr. phil. I HANS GIGER (Zürich); Pfarrer WERNER KRIESI (EXIT, Zürich); lic. iur. LUDWIG A. MINELLI (DIGNITAS, Forch); Prof. MARGARET PABST BATTIN (University of Utah); PD Dr. med. JOHANN F. SPITTLER (Ruhruniversität Bochum); Prof. Dr. iur. GABRIELE WOLFSLAST (Justus-Liebig-Universität, Giessen) für ihre Gesprächsbereitschaft, für ihre vielen wertvollen Hinweise und für das mir zur Verfügung gestellte Material. Herrn lic. utr. iur. PETER JOHANNES WEBER danke ich für die kritische Durchsicht des Manuskripts und seine wertvollen Anregungen.
- 15 D.h. einerseits den Interessen von Hilfesuchenden und Befürwortern des Selbstbestimmungsrechts des Menschen und andererseits den Interessen von Gruppierungen, welche Suizid als letzte Konsequenz des menschlichen Selbstbestimmungsrechts ganz generell ablehnen.
- 16 SCHWARZENEGGER, N 3 zu Art. 112 StGB.
- 17 SCHWARZENEGGER, N 6 zu Art. 112 StGB, mit Verweis auf eine äusserst reichhaltige Bundesgerichtspraxis.
- 18 Vgl. zu den objektiven Tatbestandselementen des Mordes: StGB-SCHWARZENEGGER, N 7–22 zu Art. 112 StGB.
- 19 Vgl. dazu auch die grundsätzlichen Überlegungen zur Semantik in: VON BALLUSECK, 7–8.
- 20 BARNARD, 152.
- 21 G.M.: GESSULAT, 64.

Nachdem BAECHLER sich mit verschiedenen anderen Definitionsansätzen auseinandersetzt,<sup>22</sup> stellt er selbst folgende Definition auf: "*Selbsttötung bezeichnet jedes Verhalten, das die Lösung eines existentiellen Problems in einem Anschlag auf das Leben des Subjekts sucht und findet.*"<sup>23</sup>

BAECHLER sieht im suizidalen Verhalten eine Antwort auf ein Problem. Unter Problem subsumiert er die Gesamtheit einer Situation, die das Subjekt zwingt, Stellung zu beziehen. Von untergeordneter Wichtigkeit ist dabei, ob das Problem real oder imaginär ist, da für das Subjekt, welches den Suizid erwägt, das entsprechende Problem immer real ist.<sup>24</sup> Die Beratung in der Suizid-Prävention, auf welche unter (7.2.1.) noch genauer eingegangen wird, braucht daher einen "neutralen"<sup>25</sup> Beobachter", welcher dem Suizidenten Hilfestellung bei der Abgrenzung dieser Frage bieten kann. Wichtig ist es, an dieser Stelle zu erkennen, dass auch der neutrale Beobachter nur bedingt neutral sein kann. Seine Neutralität ist insoweit gegeben, als er nicht persönlich an der Problemsituation, in welcher sich das Subjekt befindet, teilhat. Da er sich aber notwendigerweise eine bestimmte Vorstellung von der Situation macht, ist seine Neutralität nur bedingt vorhanden, denn niemand verfügt über einen absoluten Massstab für die Gewichtung eines Problems.<sup>26</sup>

BAECHLER nennt die Probleme in seiner Definition "existentiell", um zu verdeutlichen, dass sie die Gesamtheit der Situation des Subjekts betreffen, sowohl deren innere als auch äussere Aspekte. Niemand tötet sich für irgend Etwas, es sei denn, dieses Etwas verkörpert alle Hoffnungen oder Probleme des Subjekts.<sup>27</sup> BAECHLER teilt die idealtypischen Wege, ein existentielles Problem zu lösen, in fünf Lösungskategorien bzw. Ansätze ein: Reduktorischer Ansatz<sup>28</sup>, psychotischer Ansatz<sup>29</sup>, suizidaler Ansatz<sup>30</sup>, deliktischer Ansatz<sup>31</sup> und apokalyptischer Ansatz<sup>32</sup>. Er folgert daraus, dass Suizid nicht etwas *Absonderliches* ist, sondern lediglich eine Art und Weise, ein Problem zu lösen, eine logische und universelle Art unter anderen.<sup>33</sup> Weil Suizid anderen Lebewesen unbekannt ist, ist es im wahrsten Sinne des Wortes etwas *Humanes*, etwas dem mit Bewusstsein ausgestatteten Lebewesen Mensch Vorbehaltenes.<sup>34</sup>

#### 4.1.3. Suizid als möglicher Ausdruck der Einforderung von philosophischen Naturrechten

Generelle und individuelle Suizid-Prävention lässt sich aus Art. 118 BV (Schutz der Gesundheit) ableiten, abstrakt gesehen auch aus Art. 2 EMRK und Art. 10 Abs. 1 BV, dem Recht auf Schutz des Lebens. Das Recht, dieses Leben allenfalls auch auf *eigenen Wunsch* zu beenden, leitet sich aus den gleichen Bestimmungen ab, dazu auch noch aus Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) sowie Art. 10 Abs. 2 BV (Recht auf Leben und persönliche Freiheit) und Art. 13 Abs. 1 BV (Schutz der Privatsphäre). Darauf wird unter den rechtlichen Grundlagen (5.) eingegangen. An dieser Stelle soll kurz dargestellt werden, wie Suizidenten ihre Handlung selbst *rechtsphilosophisch* begründen, gleichgültig, ob der (Suizid)Versuch gelingt oder nicht. Das Verständnis bzw. das Bewusstsein darüber ist eine grundlegende Voraussetzung, um überhaupt auf eine wirksame Suizid-Prävention hinarbeiten zu können.

##### 4.1.3.1. Das Recht auf Freiheit

Nicht umsonst wird der Suizid zuweilen auch Freitod genannt. Mit dem Setzen dieses Aktes fordert der Suizident sein Recht auf Freiheit ein. Die von ihm eingeforderte Freiheit ist eine sehr weitgehende. Freiheit bezeichnet heute das Fehlen von Zwängen.<sup>35</sup> Sie widersetzt sich erstens der Unterdrückung, welche durch Nichtwahl und das Annehmen von Zwängen und Pflichten anderer gekennzeichnet ist; zweitens dem Zwang und verbindet sich mit Autonomie, schafft eine Sphäre, in der das Individuum nach eigenem Belieben handeln (oder auch nicht handeln) kann; und drittens der Abhängigkeit, d.h. der Unmöglichkeit, an Entscheidungen teilzuhaben, die das Individuum als Einzelnen oder als Mitglied eines Kollektivs betreffen. Durch den Akt des Freitodes bringt das Individuum also seine Autonomie

- 22 U.a. mit DURKHEIM, HALBWACHS, ACHILLE-DELMAS und DESHAIES; BAECHLER, Tod, 19–21. Zu den Definitionsansätzen vgl. auch diesbez. COSCULLUELA, 133–158.
- 23 BAECHLER, Tod, 22; im Original: "Le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet" (BAECHLER, Suicides, 77).
- 24 BAECHLER, Tod, 22.
- 25 Zur Frage der Neutralität vgl. PETERMANN, 1294.
- 26 BAECHLER, Tod, 23.
- 27 BAECHLER, Tod, 24.
- 28 Die erste Lösung besteht in der Modifikation der Gegebenheiten des Problems dergestalt, dass die Mittel dem verfolgten Ziel angepasst werden. Zu diesen Gegebenheiten ist das Subjekt selbstverständlich hinzuzurechnen, sodass, wenn sich die Welt nicht mit dessen Erwartungen in Übereinstimmung bringen lässt, auch diese Erwartungen modifiziert und reduziert werden können, um dennoch zu einer befriedigenden Situation zu gelangen. Zwischen die objektiven Bedingungen und die Erwartungen des Individuums schaltet sich eine Art Vermittlung, die zu einer Kompromisslösung führt, mit der sich die überwältigende Mehrheit zufrieden gibt (BAECHLER, Tod, 24). Diese Vermittlungsarbeit ist bspw. der in der Psychoanalyse verfolgte Ansatz der Integration (vgl. dazu PETERMANN, 1309–1310).
- 29 Eine zweite Lösung besteht in der Auslöschung der objektiven Gegebenheiten aus dem Bewusstsein: Das Subjekt bricht die Brücken zur Realität ab und errichtet sich seine eigene Wirklichkeit, was auch als psychotisches Verhalten bezeichnet wird (BAECHLER, Tod, 24).
- 30 Die dritte Lösung, die des Suizids, ist in gewisser Weise das Gegenteil der zweiten: Angesichts der tatsächlichen oder eingebildeten Unmöglichkeit, die objektiven Bedingungen zu modifizieren, eliminiert sich das Subjekt selbst (BAECHLER, Tod, 24).
- 31 Die vierte Lösung besteht in der Eliminierung eines oder mehrerer Elemente der Situation, um diese im Sinne des Subjekts umzugestalten, was gewöhnlich als Verbrechen oder Delikt bezeichnet wird (BAECHLER, Tod, 24).
- 32 Der fünfte Lösungsweg schliesslich ist die Apokalypse, d.h. die Eliminierung aller Gegebenheiten, einschliesslich des Subjekts (BAECHLER, Tod, 24).
- 33 BAECHLER, Tod, 24–25.
- 34 BAECHLER, Tod, 43; AMÉRY, 53.
- 35 <http://de.wikipedia.org/wiki/Freiheit>

und Souveränität, welche es über sein eigenes Leben besitzt, zum Ausdruck.<sup>36</sup> Einige Autoren anerkennen im Suizid sogar die Verwirklichung der höchsten Form menschlicher Freiheit,<sup>37</sup> vereinzelte betrachten ihn gar als Bekenntnis zum Leben,<sup>38</sup> bzw. "als die eigentliche Freiheit des Menschen".<sup>39</sup> Andere wiederum zweifeln gerade diese Art der Freiheit an.<sup>40</sup>

Aus dem Recht auf Freiheit fließt auch das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung, welches auch als moralisches Recht bezeichnet wird. Man versteht darunter den Schutz der menschlichen Fähigkeit, die eigenen Überzeugungen und Interessen zum Ausdruck zu bringen und das Leben eigenverantwortlich aufgrund seiner besonderen Persönlichkeit zu führen.<sup>41</sup> Das Recht auf Selbstbestimmung ist einer der wichtigsten moralischen Grundsätze einer freiheitlichen Gesellschaft.

#### 4.1.3.2. Das Recht auf Würde

Im Gedankengut des Suizidalen schwingt neben der Idee des Rechts auf Freiheit auch das Einfordern des Rechts auf Würde mit. Damit ist die Haltung gemeint, dass zu leben sich nur lohnt, wenn man sich einem bestimmten Ideal anzunähern vermag.<sup>42</sup> Ist dies dem Individuum nicht vergönnt, betrachtet es sein Leben als mit seinen Vorstellungen über Würde als inkongruent und fordert dieses Recht auf Würde über den Suizid ein. Oder, wie AMÉRY es formuliert: "... da gibt es kein Entrinnen und keine Hoffnung, denn im Namen der Dignität und als Antwort auf den *échec*<sup>43</sup> gebietet die geistige Instanz sich selbst ihr Erlöschen."<sup>44</sup>

#### 4.1.3.3. Das Recht auf Glück

Für das Verständnis des Suizidwunsches – aber auch für das Verständnis seines bei Vielen hervorgerufenen Unwillens, seines Misskredits und seines Stigmas – ist es auch zentral zu verstehen, dass Suizid nicht nur ein Recht auf Freiheit und Würde einfordert, sondern auch ein Recht auf Glück.<sup>45</sup> "Indem er durch eine unmissverständliche Geste darauf hinweist, dass sein Leben wie es ist, nicht verdient, länger an ihm festzuhalten, bekundet der Suizident implizit, dass der Mensch für eine bessere Welt geschaffen ist: Damit fordert er all jene heraus, die nicht minder unglücklich sind, sich aber in ihr Los gefügt haben."<sup>46</sup> Einen in die gleiche Richtung stossenden Ansatz liefert hier auch BAUMANN in ihrem Grundlagenwerk zur Geschichte des Suizids: "Der Suizid einer Person konfrontiert die Lebenden vor allem ändern mit dem Tod und damit auch der je eigenen Sterblichkeit, zugleich wirft er in radikaler Weise die Frage nach der Qualität des (eigenen) Lebens auf. Er dokumentiert Ausweglosigkeit und Scheitern – und zugleich den Glücksanspruch eines Menschen, der nicht alles hinzunehmen gewillt ist."<sup>47</sup>

## 4.2. Klassifikation der Suizidalität

### 4.2.1. Erfordernis von Klassifikation und Unterscheidung

Um Grundlagen für eine gesetzliche Regelung zu schaffen, ist eine Klassifikation der Suizidgründe unerlässlich.

Dabei ist es für die generelle Suizidforschung sicherlich von Vorteil, wenn diese Klassifikation in einer möglichst differenzierten Art erfolgt. BAECHLER beispielsweise klassifiziert die Suizide in vier Hauptgruppen und unterteilt diese nochmals in elf verschiedene Typisierungen.<sup>48</sup> Einer solchen Klassifikation kommt allerdings nur relative Bedeutung zu, denn jeder Versuch einer Klassifikation gerät zwangsläufig mit der Lebenswirklichkeit in Widerspruch.<sup>49</sup>

Für die primären Aufgaben des Gesetzes zur Suizid-Prävention wäre eine Klassifikation wie die soeben beschriebene jedoch nicht nur nicht hilfreich, sondern im Gegenteil eher verwirrend.<sup>50</sup> Angesichts der geltenden Rechtslage kann und muss sich die Klassifikation auf zwei Typisierungen beschränken: Die Unterscheidung hat, wie unter (4.3. und 7.) aufgezeigt wird, zwischen dem *Affektsuizid* und dem *Bilanzsuizid* zu erfolgen.

Schliesslich muss ein Kriterium gefunden werden, welches den subjektiven Kriterien, welche jeder Einzelfall präsentiert, zwar Rechnung trägt, die Unterscheidung zwischen Affekt- und Bilanzsuizid aber trotzdem zulässt.

36 BAECHLER, Tod, 50.

37 Anstelle vieler: BRONISCH, 91, AMÉRY, 128.

38 FREYE, 4.

39 BURKART, 81.

40 ERNST, Warum, 61; YUILL, 54–55.

41 SCHWEIZER, Persönlichkeitsschutz, 700; BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 11.

42 BAECHLER, Tod, 52; a.M. hier: RÜEGGER, der die Auffassung vertritt, die inhärente Würde des Menschen als Seinsbestimmung könne niemals abgelegt werden, es stehe also weder Dritten noch dem Individuum selbst zu, darüber zu urteilen, ob das Leben würdig sei (RÜEGGER, 89).

43 Mit *échec* meint AMÉRY hier soviel wie "Scheitern, Misserfolg", zieht aber das französische Wort vor, weil es "mit seinem abhackenden, zerbrechenden Lärm (...) das Irreversible des totalen Scheiterns (...) besser wiedergibt" (AMÉRY, 50).

44 AMÉRY, 94.

45 Das Empfinden von Glück ist sowohl ein Gefühl als auch ein Zustand, in dem sich eine Person befindet und der sich durch ein allgemeines, oft unbewusstes Wohlbefinden auszeichnet. Entscheidend sind dabei nicht die objektiven Tatsachen, sondern das subjektive Erleben der betreffenden Person (<http://de.wikipedia.org/wiki/Gl%C3%BCck>).

46 BAECHLER, Tod, 51–52; mit Verweis auf JUSTINIANUS, worin dieses Glück besteht: Gesund sein, zu lieben und geliebt zu werden, um sich gegenüber seinen Mitmenschen arglos und nachsichtig zu fühlen, um Unterdrückung, Zwang und Abhängigkeit zu entkommen, um sich demütigende Niederlagen zu ersparen, um sich für ein Ideal aufzuopfern, usw.

47 BAUMANN, 386.

48 BAECHLER, Tod, 6–8.

49 GIGER, 42.

50 Die feine Unterteilung mag hilfreich zur psychiatrischen, philosophischen und v.a. soziologischen Erforschung des Phänomens Suizid sein; für die juristischen Überlegungen und zu treffenden Unterscheidungen geht es aber in erster Linie um eine generell-abstrakt handhabbare Differenzierung.

#### 4.2.1.1. Affektsuizid

Der Affektsuizid wird auch als *emotionaler* Suizid bezeichnet.<sup>51</sup> Dabei wird bei einem Individuum aus einer in einer *konkreten* Situation auftauchenden Überforderung der Verarbeitungskapazität negativer Einflüsse der Wunsch ausgelöst, den vorhandenen Selbsterhaltungstrieb bewusst zu überwinden und einen suizidalen Geschehensablauf in Gang zu setzen.<sup>52</sup> Üblicherweise handelt es sich hier um ein Individuum das bereits eine psychische Grundvulnerabilität aufweist, für den Juristen vergleichbar mit der konstitutionellen Prädisposition. Kommt zu dieser Grundvulnerabilität, welche im Lauf der Persönlichkeitsbildung durch das Zusammenwirken von angeborenen Elementen und Umweltfaktoren entstand, noch eine konkrete aussergewöhnliche Stresssituation dazu, so kann dies zu der erwähnten Überforderung der Verarbeitungskapazität führen.

Solche *aussergewöhnlichen Stresssituationen* können bspw. durch den Verlust von nahestehenden Menschen, Verlust von Beziehungen, schwerwiegende Konflikte wie bspw. gerichtlicher Auseinandersetzungen<sup>53</sup> oder Mobbing, Isolierung, sozialen Abstieg, finanzieller Ruin etc. ausgelöst werden.<sup>54</sup> Um es in einer Metapher auszudrücken: Man hat es hier mit einem bereits recht vollen Fass zu tun, in welches noch der berühmte "letzte Tropfen" fällt.

Charakteristisch für diese Situationen ist oft, dass das Individuum die Lage bedeutend pessimistischer einschätzt als der zuvor erwähnte "neutrale Beobachter". Die Suizidalität rührt daher in einem solchen Fall oftmals nicht aus einer Reflexion und einer Abwägung des bisherigen Lebens und der noch verbleibenden Möglichkeiten, sondern aus einer *akut auftretenden Existenzangst*, die als derart unerträglich empfunden wird, dass sich das Individuum ihr mittels Suizid entziehen möchte.

In solchen Fällen stellt sich die Frage der *Urteilsfähigkeit*<sup>55</sup> des Individuums. Damit öffnet man jedoch ein äusserst weites Feld, denn für die Determination der Urteilsfähigkeit gibt es bis jetzt in der Psychiatrie kein Standardverfahren, welches diese feststellt oder ausschliesst.<sup>56</sup> Erschwerend kommt hinzu, dass Urteilsfähigkeit keine statische und konkrete, sondern eine dynamische und individuelle Eigenschaft ist. Je höchstpersönlicher die Entscheidung ist, umso weniger darf einem Menschen die Urteilsfähigkeit abgesprochen werden. "Das rechtliche Grundprinzip, dass jeder Mensch in der Geltendmachung seiner höchstpersönlichen Rechte so wenig als möglich eingeschränkt werden darf, verlangt gebieterisch, dass auch der seelisch Abwegige in der eigenen Ausübung dieser Rechte so weit als irgend zugänglich geschützt werde."<sup>57</sup>

Das Selbstbestimmungsrecht des Individuums ist ein tragender Eckstein unserer Rechtsordnung. Ein elementarer Bestandteil des Selbstbestimmungsrechts wiederum ist die Verfügungsfreiheit über den eigenen Körper sowie das eigene Leben.<sup>58</sup>

Mit der Klärung der Frage der Urteilsfähigkeit ist die Problematik eines allfälligen Affektsuizids aber noch nicht entschärft. Denn auch wenn die Urteilsfähigkeit bejaht wird, und auch wenn der neutrale Beobachter den Suizidwunsch nachvollziehen kann, drängen sich Massnahmen

auf, das Individuum vor einer *übereilten Entscheidung* zu schützen. Wenn schon der Konsument, der an der Haustüre einen Staubsauger kauft, vom Gesetz vor übereilten Entscheidungen behütet wird<sup>59</sup>, so drängt sich dies a fortiori für einen Suizidwilligen auf, auch wenn er – wie vorgenannter Konsument – in Bezug auf diese Frage urteilsfähig ist.

Letztlich wird das Selbstbestimmungsrecht des Individuums nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil ausgeweitet, wenn das Individuum vor einer offensichtlich übereilten Entscheidung geschützt wird.

#### 4.2.1.2. Bilanzsuizid

Der Bilanzsuizid, der im Übrigen auch *rationaler* Suizid<sup>60</sup> genannt wird, bezeichnet den Akt der Selbsttötung, dem das reichliche Abwägen der gegenwärtigen Konstellation in Berücksichtigung von Entwicklungen in der Vergangenheit sowie eine hieraus resultierende Auslotung der noch verbleibenden Möglichkeiten einer menschenwürdigen Gestaltung des Restlebens zum Ergebnis führt, dieses Leben zu beenden.<sup>61</sup> Hierbei kommt der Suizident aufgrund reiflicher Überlegung und eigener Wertung zum Schluss, das Restleben lasse sich nicht in einer für *ihn* als menschenwürdig empfundenen Art und Weise weiterleben.<sup>62</sup>

Sieht man einmal von Selbsttötungen ab, welche aufgrund einer Krankheit im terminalen Stadium verübt wurden, so sind die Gründe praktisch *aller* Suizide wie missglückter Suizidversuche auf auslösende Momente zurückzuführen, die sich unter den *Affektsuizid* einordnen lassen. Dafür sprechen zwei Fakten: Erstens erfolgt wie bereits angeführt ein Bilanzsuizid nie voreilig, sondern immer nach langer und reiflicher Abwägung aller Gründe dafür und dagegen. Das Individuum, welches sich mit dieser Absicht in aller Regel über einen monate- bis jahrelangen Zeitraum befasst, wird in dieser Zeit nicht nur seine Lebenssituation bilanzieren, sondern sich auch mit den technischen Möglichkeiten des Suizids und entsprechender Literatur beschäftigen, z.B.

51 Bericht Arbeitsgruppe "Sterbehilfe", 23.

52 PETERMANN, 1305.

53 HAFTER, RZ 190, betont als einer der wenigen Autoren explizit die erhebliche psychische Belastung eines Prozesses und wirft die These auf, dass es zur Sorgfaltspflicht des Anwaltes gehört, sich über die "psychische Prozessstauglichkeit" des Klienten ein Bild zu machen.

54 Bericht Arbeitsgruppe "Sterbehilfe", 23.

55 Generell sei dazu auf das grundlegende Werk des Psychiaters HANS BINDER verwiesen.

56 PETERMANN, 1305.

57 BINDER, Urteilsfähigkeit, 59; vgl. zum Ganzen auch PETERMANN, 1304–1305.

58 SCHWEIZER-BV, N 25 zu Art. 10 BV.

59 Vgl. dazu GONZENBACH, 298–307.

60 Bericht Arbeitsgruppe "Sterbehilfe", 24.

61 PETERMANN, 1305; mit Verweis auf GIGER, 44.

62 BATTIN nennt als Kriterien für einen Bilanzsuizid: Fähigkeit zur Reflexion, realistische Sicht der Dinge, adäquate Informationen, Vermeidung von Leiden und Übereinstimmung mit den Grundwerten der Person (BATTIN, 133–153).

mittels des Informationsmediums unserer Zeit, des Internets. Es wird sich dort ausführlich über taugliche und untaugliche, riskante und risikolose Methoden der Selbsttötung informieren können.

Zweitens spricht dafür, dass Bilanzsuizide wohl in der Literatur häufig und gern diskutiert werden, in der Praxis aber doch äusserst selten vorkommen.<sup>63</sup> Dies wird durch die Tatsache untermauert, dass die grosse Mehrzahl der erfolglosen Suizidenten über ihre Rettung später dankbar ist.<sup>64</sup>

Nur in ganz wenigen Fällen also wird der Suizidwunsch aus einer echten Bilanzierung heraus erfolgen. In diesen Fällen darf aber nicht von Krankheit gesprochen werden, es sei denn, man meint damit auch ein ungewöhnliches bzw. atypisches Verhalten. "In manchen Fällen sollte man, statt sich um Diagnosen zu bemühen, eine letzte Lebensäusserung respektieren, hinter der oft Tragik und manchmal Grösse steht. Dass dabei auch Krankheitsbilder depressiver Art oder euphorische Zustände auftreten, ist dann nur eine sekundäre, nicht (eine) ursächliche Erscheinung. In dieser Lage wird unerbetenes ärztliches Bemühen als Einmischung in die private Sphäre abgewiesen, zumal dann, wenn versucht wird, an der Schlussbilanz eines Lebens beschönigende Fälschungen vorzunehmen. Tragik entzieht sich jeder Therapie und Rechtsprechung."<sup>65</sup>

#### 4.2.1.3. Sonderfall:

##### Der missglückte appellative Suizidversuch

Unter einem appellativen Suizidversuch wird in der vorliegenden Arbeit jener Suizidversuch verstanden, bei welchem der Suizident bewusst oder unbewusst im Grunde genommen nicht das Ziel der Auslöschung des eigenen Lebens verfolgt. Sein Ziel ist es vielmehr, Hilfe oder Zuneigung zu erhalten, und die suizidale Handlung ist v.a. ein Hilferuf an diejenigen, von denen sich der Suizident verlassen und unverstanden fühlt.<sup>66</sup> Die Strategie der appellativen Suizidalität scheint klar: Das Individuum setzt sein Leben aufs Spiel, damit es von anderen die benötigte Zuwendung und Aufmerksamkeit erhält. Allerdings liegt dieser Überlegung ein kapitaler Fehler zugrunde: Der Appell hat nur "dann eine rationale Aussicht auf Erfolg, wenn der Adressat genügend Zuneigung für das Subjekt empfindet, um positiv antworten zu können. Gerade weil diese Bedingung nicht erfüllt ist, greift das Subjekt zum Appell. Kurz, die Umstände, die zum Appell führen, verbieten es, dass dieser erhört wird."<sup>67</sup>

BAECHLER stellte während seiner Untersuchung der appellativen Suizide und Suizidversuche fest, dass der von den Probanden empfundene Mangel an Zuneigung real war; die Probanden also eine *adäquate* Wahrnehmung ihrer emotionalen Realität besaßen. Diese Suizidenten setzen mit ihren appellativen Suizidversuchen ihr Leben aufs Spiel, weil sie leben wollen, aber vom Schicksal dermassen benachteiligt sind, dass sie vergeblich nach einem Lebensgrund suchen.<sup>68</sup>

Auch diese Sondergruppe der Suizidenten, welche wahrscheinlich zahlenmässig einen hohen Anteil darstellt, bedarf des Schutzes durch das Gesetz. Zum einen soll auch ihnen die Möglichkeit geboten werden, sich angstfrei einer Beratung anvertrauen zu können, mit dem Ziel, dass auch sie

davon überzeugt werden können, ihren Suizidwunsch aufzugeben. Aufgrund des oben Ausgeführten kann davon ausgegangen werden, dass gerade diese Art von Suizidenten sich in einer Beratung sehr schnell öffnen können, denn dort erfahren sie gerade das, was sie eigentlich suchen: Zuwendung und Aufmerksamkeit. Die Beratung ist aber auch wichtig, um diese Menschen über die für sie ausgehenden Gefahren von riskanten und/oder untauglichen Suizidversuchs-Methoden zu informieren.

Gerade weil bei dieser Gruppe ja der Wunsch vorherrscht, sich eigentlich nicht zu suizidieren, sondern v.a. auf sich und ihre Probleme aufmerksam zu machen, ist für sie auch die Information bezüglich gefährlicher Suizidmethoden besonders wichtig.

M.E. sind Fälle appellativer Suizidalität, in denen dem Suizidwunsch im Grunde genommen der Wunsch nach Zuwendung und Aufmerksamkeit innewohnt, unter die Kategorie der Affektsuizide zu subsumieren. Gegen diese Subsumierung spräche zwar die Tatsache, dass im Falle des Affektsuizides das Individuum wirklich sterben will, während dies beim appellativen Suizid(versuch) gerade nicht der Fall ist. Wenn man aber von nur zwei Suizidkategorien – dem Affekt- und dem Bilanzsuizid – ausgeht, und sich vergegenwärtigt, dass nur im Falle des äusserst seltenen Bilanzsuizids das Individuum tatsächlich aufgrund reiflicher und eingehender Überlegung zu sterben wünscht, so fällt es nicht schwer, Fälle appellativer Suizidalität dem Affektsuizid zuzuordnen und mit denselben Rechtsfolgen zu versehen.

#### 4.2.1.4. Suizidalität bei psychischen Erkrankungen

Spätestens seit dem berühmten Fall der "Basler Psychiatriepatientin"<sup>69</sup> dürfte allgemein bekannt sein, dass das Thema Suizidalität auch im Zusammenhang mit psychisch kranken Menschen von grosser Aktualität ist. Es drängt sich daher auf, auch die Suizidalität bei psychischen Erkrankungen einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

63 SPIRIG, N 329; COEPPICUS, 896; HALLER/LINGG, 275; SCHÖPF, 223; WOLFLAST/CONRADS, 10.

64 SPIRIG, N 328; COEPPICUS, 896; ERNST, Mythos, 51; ERNST, Warum, 61; HALLER/LINGG, 283; sehr sorgfältig differenzierend hier die Dissertation von MARIA FISCHER, welche die Einstellung verschiedener Suizidenten zur Tatsache ihres Überlebens untersucht und auswertet; SCHÖPF, 227; <http://www.psychiatrie.ch/spp/positions-papiere/pdf/suizid.pdf>

65 VON BALLUSECK, 125–126.

66 GRÜNDEL, 137.

67 BAECHLER, 128.

68 BAECHLER, 128–129.

69 Vgl. Tages-Anzeiger v. 18.5.1999, 2. In diesem Fall ging es um die Freitodbegleitung einer seit Jahren schwerst depressiven jungen Psychiatriepatientin durch die Sterbehilfeorganisation Exit. An diesem Fall entwickelte sich in der Öffentlichkeit eine Diskussion über die Frage, ob einem psychisch Kranken mit intaktem körperlichem Gesundheitszustand Sterbehilfe gewährt werden dürfe.

#### 4.2.1.4.1. Begriffliche Differenzierung Geisteskrankheit / psychische Krankheit

Zunächst gilt es eine zentrale begriffliche Unterscheidung zu treffen. In dieser Materie werden die Termini "psychisch krank" und "geisteskrank" verwendet, was Unklarheit schafft und daher einer Erläuterung bedarf.

Die Begriffe "Geisteskrankheit" und "Geistesschwäche" sind nicht nur medizinische Begriffe, sondern auch *Rechtsbegriffe*.<sup>70</sup> Unter Geisteskrankheit versteht der Jurist Fälle, "bei denen psychische Symptome oder Verlaufsweisen hervortreten, die einen stark auffälligen Charakter haben und die einem besonnenen Laien<sup>71</sup> nach hinreichender Bekanntschaft mit dem Prüfling den Eindruck völlig uneinführbarer, qualitativ tiefgehend abwegiger, grob befremdender Störungszeichen machen."<sup>72</sup> Unter Geistesschwäche versteht das Gesetz "sämtliche psychische Gleichgewichtsstörungen, bei denen der Laie (aber) keine völlig uneinführbaren, qualitativ tiefgehend abwegigen Störungen, keine 'Verrücktheiten' bemerkt."<sup>73</sup>

In der Psychiatrie entstand der Begriff der Geisteskrankheit (mental illness) im 19. Jahrhundert.<sup>74</sup> Er stand in Ergänzung zur Gemütskrankheit (affective illness).<sup>75</sup> Beide Begriffe werden in der neueren medizinischen Literatur nicht mehr gebraucht. Sämtliche psychischen – wie im Übrigen auch nicht-psychischen – Krankheiten sind von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer Klassifikation, dem ICD-10<sup>76</sup>, zusammengefasst und beschrieben worden. Diese Klassifikation, wie im Übrigen auch das amerikanische Pendant DSM-IV<sup>77</sup>, hat die Unterscheidung zwischen Geisteskrankheiten und psychischen Krankheiten aufgegeben und spricht durchwegs von "psychischen und Verhaltensstörungen", worunter psychische Erkrankungen zu verstehen sind.

Unter Geisteskrankheit wurden früher folgende Erkrankungen gezählt: Psychosen und psychotische Defekte, welche zu schwersten Charakterveränderungen, hauptsächlich aber zu groben seelischen Zerstörungen führten, gewisse Fälle hochgradiger seelischer Fehlreaktionen (z.B. einzelne hysterische Dämmerzustände) und Fehlentwicklungen (z.B. bestimmte Zwangs- und Angstneurosen). Zentrales Kriterium war, dass sie dem Laien "verrückt" vorkommen.<sup>78</sup> Noch entscheidender, insbesondere auch in Bezug auf den heutigen Gebrauch des Wortes, war die Tatsache, dass die "Geisteskranken" praktisch ohne Ausnahme urteilsunfähig, ehunfähig, bevormundungsbedürftig und unzurechnungsfähig waren.<sup>79</sup> Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass dieser klassifizierende Begriff in einer Zeit entstand, in der noch kein einziges Psychopharmakon existierte. Somit waren die als Geisteskrankheiten bezeichneten Fälle praktisch keiner Linderung ihrer Symptome zugänglich. Auch eine aufgrund einer solchen Krankheit bestehende Urteilsunfähigkeit blieb in aller Regel bestehen.

Besonders bei der Betrachtung des soeben Gesagten wird klar, warum das Wort "geisteskrank" etwas sehr Entwürdigendes an sich hat, wird doch die Geisteskrankheit i.d.R. mit bleibender Urteilsunfähigkeit assoziiert. In Anbetracht der Tatsache, dass der Begriff heute sowohl in der Medizin als auch im Recht nicht mehr verwendet wird<sup>80</sup>

und wegen seiner präjudizierenden Wirkung ist die Verwendung dieses Begriffes abzulehnen.

#### 4.2.1.4.2. Suizidwünsche psychisch kranker Menschen

Bei der Diskussion dieser Thematik mit Nicht-Medizinern fällt zunächst einmal auf, dass viele Nicht-Mediziner hier immer von "Depressiven" sprechen. Dies ist in mehrfacher Hinsicht so nicht richtig. Zum einen muss klar festgehalten werden, dass es neben den depressiven Störungen (ICD-10 Gruppe F3) in der Psychiatrie noch viele andere Störungen gibt, die auch von Suizidalität begleitet sein können.<sup>81</sup> Des Weiteren muss auch gesehen werden, dass depressive Störungen häufig zusammen mit anderen Störungen auftreten, so bspw. mit Schizophrenien (ICD-10 F2), Neurosen (ICD-10 F4) und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6)<sup>82</sup>. Treten sie zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen auf, können sie ein quasi eigenständiger Teil des Krankheitsbildes sein. Sie können aber auch bloss eine Reaktion auf die psychische Erkrankung sein, genauso wie ein Krebskranker auch ob seinem Leiden (und dessen Implikationen auf sein Leben) deprimiert sein kann. Ist bei einem psychisch Kranken die Depression eine Reaktion resp. Folge auf den Hauptteil seiner psychischen Erkrankung, so ist

70 Zentrales Unterscheidungskriterium hier ist das Faktum, dass die juristischen Ausdrücke des Gesetzes auf die sozialen Beziehungen der Menschen hinorientiert sind, die medizinischen Begriffe hingegen naturwissenschaftliche Zusammenhänge im Inneren des Individuums beschreiben (BINDER, Geisteskrankheit 199–200).

71 BINDER, Urteilsfähigkeit, 37: "Diese Differenzierungen sind beim Laien nicht etwa in urteilsmässig aussagbaren Begriffen, sondern mehr nur in gefühlsmässigen inneren Haltungen vorhanden, die er den anderen Menschen, mit denen er zu tun hat, entgegenbringt."

72 SPIRIG, N 27 zu Art. 397a ZGB; BINDER, Geisteskrankheit, 71–72.

73 SPIRIG, N 43 zu Art. 397a ZGB; BINDER, Geisteskrankheit, 76.

74 <http://de.wikipedia.org/wiki/Geisteskrankheit>

75 <http://www.gesundheit.de/roche/ro12500/r13211.html>

76 Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems"; die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Das Kapitel V (F) betrifft die psychischen Krankheiten.

77 Die Abkürzung DSM steht für "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"; die Ziffer IV bezeichnet deren 4. Revision (1994). Das DSM wird von der American Psychiatric Association, Washington D.C., herausgegeben.

78 BINDER, Geisteskrankheit, 198.

79 BINDER, Geisteskrankheit, 199.

80 Vgl. dazu bspw. Art. 416 ZGB des Vorentwurfes für das neue Erwachsenenschutzrecht (bisher: Vormundschaftsrecht), wo von "psychischer Störung oder geistiger Behinderung" gesprochen wird (<http://www.ofj.admin.ch/d/index.html>).

81 Vgl. zu dieser Problematik: SCHÖPF.

82 Zur Suizidalität von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen siehe auch die Studie von HENSELER, der bei 50 derartigen Patienten die Suizidalität untersucht und Schlüssel über das narzisstische Regulationssystem abgeleitet hat.

die Depression also nicht einmal unbedingt als pathologisch zu qualifizieren; im Gegenteil, ihre Absenz könnte genauso unverständlich wirken wie etwa fehlende Trauer beim Verlust einer nahestehenden Person. Der Patient, dem die wirkliche Tragweite seiner Situation in der ganzen Masse ihres gewaltigen spezifischen Gewichts bewusst wird, dem klar wird, dass er nicht nur das *bis jetzt* durch seine Erkrankung Verpasste betrauern muss, sondern – was noch viel schlimmer ist – auch noch das *zukünftig zwangsläufig zu Verpassende*<sup>83, 84, 85</sup>, kann verständlicherweise durchaus in Depression verfallen.<sup>86</sup> Schliesslich muss auch die Frage aufgeworfen werden, ob die Suizidalität in einer akuten Phase der psychischen Erkrankung auftritt oder nicht.

Es stellt sich ganz grundsätzlich die Frage, wie in solchen Situationen zu reagieren ist bzw. wie auf den Suizidwunsch einer zwar psychisch kranken aber in Bezug auf den Suizidwunsch durchaus urteilsfähigen Person zu antworten ist.<sup>87</sup>

#### 4.2.1.4.3. Überlegungen zum "Basler Fall"

Im Jahre 1999 hat sich Exit, als Reaktion auf den Basler Fall, ein freiwilliges Moratorium bezüglich der Sterbehilfe für psychisch Kranke auferlegt.<sup>88</sup> Dieses Moratorium sorgte innerhalb von Exit für eine Kontroverse, weil viele Mitglieder in der Ungleichbehandlung von somatisch und psychisch Kranken eine Diskriminierung letzterer sehen.<sup>89</sup> An ihrer Generalversammlung vom 24.5.2003 hat Exit deshalb beschlossen, in einem Gutachten den gesamten Problemkomplex der Urteilsfähigkeit genauer untersuchen zu lassen.

Am 18.4.2004 wurde das interdisziplinäre Gutachten, erstellt durch einen Gerichtsmediziner, einen Psychiater, einen Ethiker und einen Strafrechtler, vorgelegt. Das vierseitige Gutachten untersucht die Problematik aus den erwähnten Disziplinen heraus und kommt zu folgender Schlussfolgerung: "Handelt es sich beim Suizidentschluss um ein autonomes, dauerhaftes und wohlwogenes Urteil, das in relativer Unabhängigkeit von der psychischen Störung auftritt, ist Suizidbegleitung auch bei Menschen mit psychischer Störung *prima facie* zulässig."<sup>90</sup> Das Gutachten behandelt in einem gesundheitsrechtlichen Teil auch die in der Praxis für Ärzte wichtige Frage des Entzuges oder Teilentzuges der Bewilligung zur selbständigen ärztlichen Berufsausübung wegen Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital.<sup>91</sup> In einem zweiseitigen Anhang werden die Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten zur Frage der Wohlerwogenheit und Konstanz eines Suizidwunsches bei psychischer Störung dargelegt.<sup>92</sup>

Diese Haltung zeugt von einer hohen ethischen Integrität und geht zweifelsfrei in die richtige Richtung. Denn auch bei Menschen, welche unter einer psychischen Erkrankung leiden, ist ein Suizidwunsch zu respektieren, allerdings nur dann, wenn sie diesbezüglich urteilsfähig sind.

Dies nicht zu tun, käme einer Diskriminierung psychisch Kranker gleich. Denn diese leiden an ihrer Krankheit oft sehr viel schwerer, als dies bei somatischen Leiden der Fall ist.<sup>93</sup> Dies gilt insbesondere für solche Patienten, welche bereits während langer Zeit unter ihrer psychischen Krankheit gelitten haben, zahlreiche erfolglose Therapien über

sich ergehen lassen mussten und das Ausmass der krankheitsbedingten Behinderung abschätzen können. Bei ihnen kann sich durchaus das mehr oder minder reale Gefühl der Ausweg- und Hoffnungslosigkeit einstellen, welches ihr psychisches Leiden noch verstärken wird, insbesondere weil sie wissen, dass sie – im Gegensatz zum somatisch Kranken – an der Krankheit nicht von selbst in absehbarer Zeit sterben werden. Ihre Perspektive reduziert sich somit auf das Gegensatzpaar: Weiterleiden oder Sterben. Der Tod repräsentiert für sie daher die Erlösung von all ihren Leiden.

Aus psychiatrischer Sicht wird dieser Gedankengang oftmals als ein zusätzliches Symptom der Krankheit inter-

83 Sehr treffend wird dies von AMÉRY, 64, mit Verweis auf COLONNA formuliert: "Die Vergangenheit war unwürdig, die Gegenwart ist schmerzhaft, die Zukunft nichtexistent".

84 Dessen persönliche Entwicklung und Selbstverwirklichung also zu einem beträchtlichen Teil daraus bestehen wird, seine Krankheit und ihre Konsequenzen auf sein Leben einigermaßen im Griff zu halten; dessen jeder Kreatur immanentes Streben nach Glück sich zwangsläufig darauf beschränken muss, aus seiner Situation "noch das Beste" zu machen.

85 Vgl. dazu FREYE, 104–105: "Augenblicke, Versäumtes aufzuholen, sind vertan, die Vergangenheit umspannt das Leben vor dem Hintergrund verlorener Gegenwart und Zukunft. Die Persönlichkeit kann sich keine Chance mehr zum Überleben gewähren, da jede 'neue' Möglichkeit der Existenzgestaltung durch Vorbelastung, gründend auf verneinenden Erfahrungen, von vornherein vorbestimmt ist."

86 Vgl. dazu auch die Autobiographie des 1976 an Krebs verstorbenen FRITZ ANGST, der unter dem Pseudonym FRITZ ZORN zu seiner seelischen Erkrankung schrieb (97): "Ich denke mir heute, sie (meine Eltern) glaubten, dass ich 'Minderwertigkeitskomplexe' hätte, und dass mich der Psychiater davon kurieren würde, denn der Gedanke, dass ich in gewisser Hinsicht tatsächlich minderwertig war, wäre von ihnen zuviel verlangt gewesen. Was meine Eltern als 'Komplexe', als Wahnvorstellungen meinerseits auffassten, war ja nicht meine Verknennung meines eigenen Wertes, sondern mein mehr oder weniger unterdrücktes Bewusstsein davon, wie es wirklich um mich stand. Der Zahnarzt kuriert ja auch nicht die Empfindung des Zahnwehs, sondern den kranken Zahn, womit das Zahnweh automatisch aufhört; und so soll der Psychiater wohl auch nicht den Minderwertigkeitskomplex heilen, sondern die Minderwertigkeit, damit die Komplexe überflüssig werden."

87 In der Psychiatrie wird hier gerne der Ansatz verwendet, den Patienten irgendwie mit seinem Schicksal zu versöhnen, ihm nahe zu bringen, dass sein Leben Sinn und Tiefe gewinne, wenn er sein Schicksal als Lebensaufgabe akzeptiere. Dieser Ansatz ist in solchen Fällen oft der einzig mögliche. Allerdings geht die Argumentation ins Leere, wenn der Patient der Meinung ist, Sinn und Tiefe *seines* Lebens liege darin, sich eben diesem Schicksal zu entziehen.

88 [http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/stellungnahmen/03\\_07\\_24\\_stellungnahmen.shtml](http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/stellungnahmen/03_07_24_stellungnahmen.shtml)

89 BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 5–6.

90 BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 16.

91 BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 28–32.

92 BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 39–41.

93 BURTON, 394.

pretiert.<sup>94</sup> Dieser Sichtweise ist insofern beizupflichten, als die Suizidalität vielfach dann überwunden wird, wenn erst einmal die Krankheit durch Therapie geheilt ist. Diese – an sich richtige – Sichtweise führt aber mit Hilfe des argumentum e contrario unweigerlich zur Schlussfolgerung: Ist die psychische Krankheit erst einmal chronisch geworden, ist sie auch nicht mehr kurativ<sup>95</sup> therapierbar. Damit ist aber nicht nur die Krankheit chronisch geworden,<sup>96, 97</sup> sondern auch der Wunsch, dem Leben ein Ende zu setzen.<sup>98</sup> ROBERT BURTON meinte dazu, "wenn es überhaupt so etwas wie eine Hölle auf Erden gibt, dann ist sie im Herzen eines melancholischen Menschen zu finden: *Denn jene tiefste Qual bringt Höllenbann, die man wohl spürt, doch nicht mehr sagen kann.*"<sup>99</sup>

In einem solchen Fall wird die Suizidalität von einem tiefen seelischen Schmerz herrühren.<sup>100</sup> Dieser "stellt einen inneren Vorgang dar, der mit unabwendbarer Konsequenz das Vitalitätszentrum trifft und lähmt; letztlich sogar die Gefühlstonalität und die damit zusammenhängenden Empfindungsmöglichkeiten aufhebt und so die Fähigkeit auslöscht, sich zu freuen, echte Trauer zu zeigen, zu leben, Interesse zu haben und ganz generell am Schicksal der näheren und fernerer Umwelt innerlich teilzunehmen."<sup>101</sup>

Rezidivierende bzw. chronifizierte psychische Erkrankungen wie Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen können also die Lebensqualität des Patienten so stark einschränken, dass seine seelische Schmerz- und Erduldungsgrenze überschritten wird, insbesondere wenn kein natürliches Ende in Aussicht steht.

Gerade in solchen Fällen kann die Suizidalität auch bei Menschen mit psychischen Störungen in relativer Unabhängigkeit von der andauernden oder episodenhaften Störung auftreten. "Der Suizid erscheint dann als Konsequenz einer nicht durch Krankheitssymptome bestimmten Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Störung und einer selbstkritischen Reflexion der eigenen Lebenssituation und -aussichten."<sup>102</sup>

#### 4.2.1.4.4. Überlegungen zum "Schaffhauser Fall"

Ein eindrücklicher Fall<sup>103</sup> ereignete sich im Jahre 2003 im Psychiatriezentrum Schaffhausen und führte zu sehr fruchtbaren Überlegungen der Ärzteschaft. Eine offenbar ältere Patientin, welche seit Jahren ambulant und stationär im Psychiatriezentrum Schaffhausen behandelt wurde, wurde wegen eines Karzinoms zunehmend pflegebedürftig und auf die Pflegeabteilung verlegt. Die Patientin äusserte grosse Ängste auf ihre zunehmende Pflegebedürftigkeit, ihre Abhängigkeit von anderen, ihre jetzt schon ausgeprägten Schmerzen, den Tod selbst und in erster Linie aber "vor der bis dahin in Aussicht stehenden quälenden Zeit." Die Patientin bat, ihr über eine Sterbehilfe-Organisation zu ermöglichen, mittels eines assistierten Suizides aus dem Leben zu scheiden.<sup>104</sup>

In den in FN 103 genannten Beiträgen der Schweizerischen Ärztezeitung werden sowohl die ethischen als auch die politisch-pragmatischen Erwägungen der Ärzte und Ethiker ersichtlich. Der Chefarzt der Klinik anerkannte die Legitimität des Sterbewunsches der Patientin und ihre Ur-

teilsfähigkeit in Bezug auf diese Frage. Er vertrat eine offene Haltung in Bezug auf einen assistierten Suizid, dies in Opposition zur herrschenden Meinung seiner Psychiaterkollegen. Eine psychische Krankheit mit voller Urteilsfähigkeit in Bezug auf den assistierten Suizid wäre für ihn kein Grund, diesen dem Patienten zu verwehren. Gleichzeitig erkannte er aber auch die Problematik eines assistierten Suizids *innerhalb* seiner Klinik, insbesondere den möglichen Anforderungscharakter für andere psychisch Kranke, wodurch

94 Vgl. dazu Punkt 4 des Thesenpapiers der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zum Problem der Beihilfe zum Suizid: <http://www.psychiatrie.ch/sgp/positionspapiere/pdf/suizid.pdf>; EBNER, 2423 (welcher aber diesen "in der Psychiatrie nach wie vor weitverbreiteten Ansatz, dass jeglicher Suizid wohl als Ausdruck von seelischer Not und Krankheit anzusehen ist", in Frage stellt); ERNST, Warum, 61.

95 Zur Unterscheidung von kurativer und palliativer Psychotherapie vgl. PETERMANN, 1302.

96 Vgl. dazu GIGER, 80: "Gewiss, die intellektuelle Verarbeitung der geistig-seelischen Abnormitäten, ihre Kategorisierung sowie u.a. vor allem auch die damit verbundenen Reaktionsweisen haben zwar grosse Fortschritte erzielt. Dauerhafte Heilungserfolge sind indessen eher selten."

Diese Aussage mag auf den ersten Blick erstaunlich wirken. Sie wird aber verständlich, wenn man sie mit dem in den FN 28–32 dargelegten Konzept der Problemlösungsstrategien von BAECHLER in Bezug setzt. Der Patient scheint in diesem Fall zu erkennen, dass die Modifikation und Reduktion seiner Erwartungen an die objektiven Bedingungen in seinem Leben auf die Dauer doch nicht zu einem befriedigenden Lebenskonzept führt. Wenn in solch einer Situation das Konzept des ärztlichen Schönredens der Dinge versagt, gebietet die abgrundtief traurige Erkenntnis der Realität und des Gescheitertseins oftmals nur noch Schweigen.

97 THOMÄ/KÄCHELE, 414: "Die Grenzen der Veränderbarkeit sind oft enger gezogen, als wir es wahrhaben wollen. Das Erreichen der Selbsterkenntnis hinsichtlich dieser Grenzen dürfte oft der für den Patienten wichtigere Schritt sein, als einer Utopie zu folgen." Zum Erklärungsansatz dieser Mechanismen vgl. auch: PETERMANN, 1310.

98 BATTIN, 176.

99 BURTON, 392.

100 Vgl. dazu auch SCHMIDBAUER, 238: "Hier sind die Leiden des Ich so überwältigend, seine Fluchtmöglichkeiten in Phantasien von Glück und Bedeutung so versperrt, ihre Hoffnungslosigkeit so gross, dass nur ein Ausweg übrigbleibt: der Tod." Das Wissen um die Möglichkeit der Selbsterstörung wird dann zu einem regelrechten Trieb. "Sie reisst einen grossen Teil der seelischen Energie an sich und setzt sich die völlige, nicht mehr umkehrbare, unheilbare und unausweichliche Zerstörung des Betroffenen zum Ziel."

101 GIGER, 91; vgl. dazu auch seine Ausführungen auf S. 81: "...wo das durch eine irreparable Störung installierte psychische Leiden zur Stilllegung aller vitalen psychischen Funktionen (führt)."

102 BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 16.

103 Vgl. EBNER, 2421–2424; BAUMANN-HÖLZLE, 2425–2428; KÜCHENHOFF/HELL, 2430; BOSSHARD, 2429.

104 EBNER, 2421.

er das kollektive Interesse der psychiatrischen Institution gefährdet sah.<sup>105</sup>

Ein gangbarer Weg wäre für ihn gewesen, die hinsichtlich dieser Frage voll urteilsfähige Patientin nach Hause zu entlassen, wohin dann die Sterbehilfeorganisation hätte kommen können. Seine ethischen Erwägungen waren nachdrücklich darauf ausgerichtet, den Grundsatz der Gerechtigkeit einzuhalten, "indem psychisch Kranken die gleichen Möglichkeiten wie nicht psychisch Erkrankten dann eingeräumt werden, wenn der Grund für den Suizidwunsch nicht in Zusammenhang mit der psychischen Störung steht."<sup>106</sup> Der Chefarzt bezog in seine Überlegungen mit ein, dass eine Entsprechung des Wunsches der Patientin die Ärzteschaft des Psychiatriezentrums in Fachkreisen allenfalls isolieren könnte und sie mit massiven Anfeindungen zu rechnen hätte. Gleichzeitig war ihm aber auch klar, dass das Prinzip der Autonomie der Patientin, also der Selbstbestimmung, massiv eingeschränkt wäre, würde man ihre abhängige Situation ausnützen, um sie an der Durchführung ihres Anliegens zu hindern. Die Glaubwürdigkeit des Therapeuten wäre in Gefahr und er würde gegen das Prinzip der Gerechtigkeit verstossen.<sup>107</sup>

In dieser komplexen Situation der Güterabwägung wählte der Chefarzt einen differenzierten Ansatz als Lösungsmöglichkeit: Der Patientin wurde vorgeschlagen, zunächst einen Zeitraum abzuwarten, im Sinne eines *Moratoriums* zur Prüfung der Konsistenz ihres Wunsches. Gleichzeitig wurde ihr signalisiert, dass die Verantwortlichen bei Persistenz ihres Suizidwunsches über einen definierten Zeitraum hinweg alles daransetzen würden, ihr dies wie auch immer zu ermöglichen. Auf diese Art wäre ihr Individualinteresse im Sinne der Selbstbestimmung zwar eingeschränkt, dies jedoch in vertretbarem Ausmass.<sup>108</sup>

Dieses Vorgehen hatte Erfolg: Die Patientin fühlte sich ernst genommen, womit weiterhin eine intensive und erfolgreiche psychologische Betreuung geführt werden konnte. Trotz palliativer Schmerztherapie litt die Patientin zwar weiterhin unter z.T. starken Schmerzen und teilweise auch unter depressiven Zuständen, ihren Suizidwunsch *wiederholte sie jedoch nicht* und nach einigen Wochen äusserte sie sogar explizit den Wunsch, nun den natürlichen Ausgang abzuwarten, was dann auch geschah.<sup>109</sup>

Die Art und Weise, wie der Fall in Schaffhausen abgewickelt wurde, fand in Mediziner- und Ethikerkreisen breite<sup>110</sup> Zustimmung. Die besondere Problematik dieses Falles, welche die ganze Diskussion überhaupt in Gang brachte, war die Tatsache, dass die Patientin den assistierten Suizid in der (psychiatrischen) Klinik wünschte. KÜCHENHOFF und HELL erkannten daher zu Recht, dass es schwierig sei, auf der gleichen Station einer psychiatrischen Klinik einerseits Patienten zu behandeln, die gegen ihren Willen wegen Suizidalität zurückbehalten werden, und andererseits dem Sterbewunsch anderer Patienten nachzukommen. Gleichzeitig betonten sie aber auch, "wenn Patienten andere Wege und andere Entscheidungen für sich finden wollen, so hat niemand darüber zu richten."<sup>111</sup>

Das Vorgehen in Schaffhausen fand auch die Zustimmung des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesund-

heitswesen. Dessen Leiterin, die in Bezug auf Sterbehilfe als kritisch geltende Theologin BAUMANN-HÖLZLE, konstatierte zu Recht, dass in der medizinethischen Urteilsbildung ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel<sup>112</sup> in der Entscheidungsfindung eingesetzt habe. Dieser sei bis anhin ausschliesslich die Lebenserhaltung des Patienten gewesen, bewege sich aber jetzt immer stärker zur Patientenautonomie. "Dies, weil einerseits die medizinischen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung selbst Leiden verursachen können, und andererseits in einer pluralistischen Gesellschaft Menschen nicht mehr den gleichen Sinnhorizont haben."<sup>113</sup>

BAUMANN-HÖLZLE bekannte sich zur Autonomie i.S. des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, unter der Voraussetzung, dass diese Autonomie als informierter Entscheid ausgeübt wird. Ein informierter Entscheid könne aber nur nach Kenntnisnahme von alternativen Lebensmöglichkeiten getroffen werden, weswegen Autonomie und Urteilsfähigkeit nicht ein punktuell Ergebnis seien, sondern ein Prozess, der Zeit brauche. Die im Fall Schaffhausen verordnete Bedenkzeit im Sinne eines Moratoriums hielt daher auch sie für richtig. Sie vertrat die Auffassung, dass diese Wartezeit, in der andere Handlungsmöglichkeiten geprüft und ausgeschöpft werden können, dem Individuum zuzumuten sei. Im besagten Fall wurde von ihr nach einer Güterabwägung zwischen den Interessen der anderen Patienten einer psychiatrischen Institution und den Individualinteressen auch die Auffassung vertreten, dem Patienten könne auch zugemutet werden, sich für die Durchführung eines Sui-

105 EBNER, 2422.

106 EBNER, 2423. M.E. ist hier die Überlegung von EBNER unglücklich formuliert, es müsste heissen: "...wenn der Grund für den Suizidwunsch nicht aus einem akuten Schub der psychischen Störung resultiert." Es ist nicht einzusehen und wäre in der Tat geradezu willkürlich, wenn einem urteilsfähigen psychisch Kranken einerseits das Recht auf Suizid eingeräumt wird, wenn er ob einem Karzinom verzweifelt; ihm andererseits dieses Recht aber abgesprochen wird, wenn er von der jahrelangen Zerstörung seines Ichs und seines Lebens aufgrund einer Schizophrenie genug hat.

107 EBNER, 2423.

108 EBNER, 2423.

109 EBNER, 2424.

110 In der Schweizerischen Ärztezeitung äusserte sich lediglich der Chirurg WOLF ZIMMERLI in einem Leserbrief kritisch zum Vorgehen in Schaffhausen (und zur Beurteilung dieses Vorgehens von KÜCHENHOFF/HELL, BAUMANN-HÖLZLE und BOSSHARD). Allerdings geht seine Argumentation weitgehend an der eigentlichen Fragestellung vorbei, weil er fälschlicherweise davon ausgeht, im Schaffhauser Fall wäre es um aktive Sterbehilfe bzw. Beihilfe dazu gegangen, wovon aber in casu gar nie die Rede war (Schweizerische Ärztezeitung, 2003; 84: Nr. 51/52, 2708–2709).

111 KÜCHENHOFF/HELL, 2430.

112 BAUMANN-HÖLZLE, 2427: "Zurzeit findet ein Gesinnungswechsel statt: Die Freiheit zum Suizid und zur Suizidbeihilfe wird zunehmend zum moralischen Anspruch und zum einforderbaren Recht gegenüber anderen Menschen."

113 BAUMANN-HÖLZLE, 2426.

zids in private Räume ausserhalb der Klinik zu begeben.<sup>114</sup> Dieser Meinung ist vollumfänglich zuzustimmen.

Sie empfand die Vorgehensweise aus Schaffhausen (und insbesondere deren Ergebnis) als richtig, dass sich der Suizidwunsch der Patientin durch Respektierung und Ernstgenommen-Werden verflüchtigen konnte. "Dieser Grundrespekt ist Voraussetzung dafür, dass Menschen auch in ausgeprägten Abhängigkeitssituationen die Behandlung und Betreuung bekommen, die ihnen zustehen. Für einen sogenannten 'freien Entscheid' gegen das eigene Leben ist das Ausschöpfen guter Lebensumstände Bedingung. Sicher ist, dass sich unter solchen Umständen nur sehr wenige Menschen vorzeitig aus ihrem Leben verabschieden wollen."<sup>115</sup>

Auch der mit der gesamten Problematik von Freitodbegleitungen bestens vertraute Gerichtsmediziner BOSSHARD<sup>116</sup> begrüsst die Vorgehensweise des Psychiatricentrum Schaffhausen. Zu Recht erkannte er, dass selbst bei terminal kranken Menschen Sterbewünsche oftmals instabil sind. Das Moratorium i.S. einer Wartefrist schien ihm daher ein vernünftiges Vorgehen, da der Sterbewunsch ernstgenommen und nicht von vorneherein kategorisch abgelehnt wurde. Er verwies auf eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Studie<sup>117</sup>, welche die Sicht von sterbewilligen Patienten und deren Angehörigen untersuchte und aufzeigte, wie die kategorische Ablehnung solcher Wünsche das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient oftmals gefährdete, während umgekehrt eine nicht vorschnell wertende Haltung dasselbe zu festigen vermochte. BOSSHARD erkannte auch weiter, "dass dabei die jeweilige Reaktion des Arztes auch ein Spiegelbild seiner eigenen Einstellung zum Tod, seiner diesbezüglichen Zweifel und Ängste darstellt."<sup>118, 119</sup>

Auch BOSSHARD vertrat – wie bereits EBNER, BAUMANN-HÖLZLE und KÜCHENHOFF/HELL – die Meinung, dass ein assistierter Suizid innerhalb der psychiatrischen Klinik abzulehnen sei.<sup>120</sup> Die psychiatrische Institution müsse vor solchen Forderungen geschützt werden, da ansonsten ihr grosses Bemühen zur Verhinderung von Suiziden psychisch kranker Menschen ernsthaft in Frage gestellt sei. BOSSHARD versteht denn auch seine Begründung "nicht primär (als) ein Argument gegen Sterbehilfe bei psychisch Kranken als vielmehr eines gegen Suizidbeihilfe in psychiatrischen Institutionen."<sup>121</sup>

#### 4.2.1.4.5. Fazit: Entscheidendes Kriterium ist die Urteilsfähigkeit (in Verbindung mit der Wohlerwogenheit des Entscheides)

Das bisher Gesagte erhellt deutlich, dass das entscheidende und einzige Kriterium zur Feststellung der grundsätzlichen<sup>122</sup> Suizid-Fähigkeit nur die Urteilsfähigkeit sein kann.<sup>123</sup> Ist die Urteilsfähigkeit gegeben, handelt es sich um einen eigenverantwortlichen Willensentschluss in Richtung Beendigung des eigenen Lebens. Dies ist eine Resultante des Selbstbestimmungsrechts des Menschen.<sup>124</sup>

Die Urteilsfähigkeit wird in Art. 16 ZGB umschrieben. Aus juristischer Sicht ist damit die Fähigkeit gemeint, vernunftgemäss zu handeln. Die Person muss also kumulativ über die Fähigkeit verfügen, etwas mit dem Verstand als ver-

nünftig bzw. richtig zu erkennen (Einsichtsfähigkeit) und entsprechend dieser Einsicht zu handeln (Willensfähigkeit).<sup>125</sup>

Dies sagt so jedoch noch wenig aus. Zum Verständnis des Phänomens Urteilsfähigkeit gehört v.a. auch die psychologische Komponente der Urteilsfähigkeit. BINDER führt dazu aus: "Urteilsfähigkeit als die Befähigung zu 'vernunftgemässem Handeln' äussert sich in jenen vom Ich ausgehenden, bewussten Akten der Besinnung, welche sich auf die innere Welt eines Menschen zurückwenden, von ihren nur mehr oder weniger dunkel erlebten, triebhaften und geistigen Einstellungen und Strebungen bewusst Kenntnis nehmen, sie denkend verarbeiten, gefühlsmässig bewerten und in inneren Willenshandlungen umgestalten. Dadurch kommt ein von der spontanen Haltung des Ich mitgeprägtes und gelenktes, deshalb verantwortliches, willensmässiges Handeln zustande, welches erst nach vorausgegangener Besinnung in die äussere Welt eingreift. Ein derart handelnder Mensch ist urteilsfähig im Sinne von Art. 16 ZGB."<sup>126</sup>

Im Recht gilt der Grundsatz der *Relativität* der Urteilsfähigkeit, d.h. sie ist für jede einzelne Rechts Handlung gesondert zu prüfen.<sup>127</sup> Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit muss sich an der Art der Rechts Handlung orientieren. Hier ist das zentrale Unterscheidungskriterium die Frage, ob die Rechts Handlung in die Rechtsverkehrssicherheit oder in höchstpersönliche Rechte eingreift.<sup>128</sup> Werden durch eine beabsichtigte Handlung höchstpersönliche Bereiche tangiert – und etwas Höchstpersönlicheres als den eigenen Tod gibt es kaum –, so spielt hier die Beurteilung der Rechtssicherheit

114 BAUMANN-HÖLZLE, 2427.

115 BAUMANN-HÖLZLE, 2428.

116 Vgl. dazu: BOSSHARD/BÄR; BOSSHARD/ÜLRICH/BÄR; BOSSHARD/JERMINI/EISENHART/BÄR; BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER.

117 BACK/STARKS/HSU/GORDON/BHARUCHA/PEARLMAN, 1257–1265.

118 BOSSHARD, 2429.

119 Vgl. dazu auch PETERMANN, 1307: "Die Sorgfaltspflicht des Therapeuten verlangt daher, dass er sich bei jedem Behandlungsschritt fragt, ob er den eingeschlagenen Weg aus Rücksicht auf die Interessen des Patienten beschreiten will oder aus persönlichen Motiven heraus."

120 Vom Ergebnis bezüglich Schutz der psychiatrischen Institution her zwar einverstanden, aber deutlich kritischer und zurückhaltender: ARZT, 590.

121 BOSSHARD, 2429.

122 Grundsätzlich deswegen, weil sie zeitlich durch das Moratorium zur Bestimmung der Konsistenz des Suizidwunsches eingeschränkt werden darf.

123 BOSSHARD/BÄR, 411.

124 GIGER, 45; PETERMANN, 1305; ARZT, 585.

125 BIGLER-EGGENBERGER, N 3 zu Art. 16 ZGB; PETERMANN, 1304; BGE 124 III 5.

126 BINDER, Urteilsfähigkeit, 127.

127 BUCHER, N 87–94 zu Art. 16 ZGB.

128 BINDER, Urteilsfähigkeit, 127–128; BUCHER, N 96 zu Art. 16 ZGB.

keine erhebliche Rolle. Stattdessen drängt sich das andere rechtliche Grundprinzip auf, nämlich, dass jeder Mensch in der Ausübung seiner höchstpersönlichen Rechte<sup>129</sup> so wenig als möglich eingeschränkt werden darf.<sup>130</sup>

Im weiteren Sinne gehört zur Urteilsfähigkeit auch die *Wohlerwogenheit* der Entscheidung, sie ist als Ausdruck der Besinnung und der denkenden Verarbeitung auf die innere Welt des Menschen zu betrachten. Ein Urteil ist wohlerwogen, wenn die betroffene Person:<sup>131</sup>

1. ihre Diagnose und Lebenssituation angemessen versteht und beurteilt;
2. ihre wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten kennt und zu einem angemessenen Urteil über deren Eintrittswahrscheinlichkeit gelangt ist;
3. diese Möglichkeiten vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen und Wertüberzeugungen geprüft hat.

### 4.3. Zentrales Unterscheidungskriterium: die Kontinuität des Sterbewunschs

Es wird Fälle geben, in denen man ohne Probleme eine Suizidalität aus dem Affekt heraus erkennen kann. Als Beispiel sei jene achtzehnjährige Schülerin genannt, welche ihren ersten Liebeskummer hat und keinen Sinn mehr im Leben sieht. Mit allergrösster Wahrscheinlichkeit wird sich die Situation in einigen Wochen bei ihr bereits geändert haben. Der Suizidwunsch kann bei ihr durch den neutralen Beobachter nicht nachvollzogen werden; angesichts der allgemeinen Lebenserfahrung geht er davon aus, dass sich ihre Lage bald bessern wird. Dann wiederum wird es Fälle geben, in denen man ohne Probleme die Suizidalität aus der Bilanzierung des Individuums ersehen kann: Wenn bei dem fünfzigjährigen Mann nach der dritten Chemotherapie erneut Metastasen auftreten, so wird man viel eher Verständnis haben, dass der betroffene Mensch nicht mehr gegen die Krankheit ankämpfen möchte und auch keine palliative Therapie mehr wünscht, sondern ganz einfach nur noch sterben möchte – und dies möglichst in Frieden.

Viele Suizidwünsche werden sich aber zwischen diesen beiden Extremen bewegen. Es braucht daher ein praktisches Kriterium, um den Affektsuizid vom Bilanzsuizid unterscheiden zu können, denn nur letzterer lässt sich klar dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums zuordnen. Dieses Kriterium muss einfach zu handhaben und ein verlässlicher Indikator sein.

Als dieses zentrale Unterscheidungskriterium drängt sich der Grundsatz der *Kontinuität* des Suizidwunschs auf. Kein anderes Kriterium zeigt derart klar und unmissverständlich die Ernsthaftigkeit und damit die Qualität des Suizidwunschs auf. Dafür spricht auch die allgemein bekannte Tatsache, dass Suizidwünsche sich meist nach einigen Wochen von selbst legen.<sup>132</sup>

Das Unterscheidungskriterium ist auch deshalb wichtig, weil ein Suizidwunsch immer von grösster Subjektivität geprägt und eine höchstpersönliche Entscheidung ist. Für die Unterscheidung von Affekt- und Bilanzsuizid stellt das Kriterium der Kontinuität einen der verlässlichsten und objektivsten Indikatoren dar, ist doch das Kontinuum der

Zeit vielfach ein weitaus nachvollziehbareres Kriterium als höchstpersönliche Gründe, welche im Individuum den Suizidwunsch auslösen.

Zur Ermittlung der Kontinuität eines Willens wird im Recht i.d.R. die *Bedenkfrist* als Mittel eingesetzt. Sie kann als negatives<sup>133</sup> oder positives<sup>134</sup> Kriterium ausgestaltet sein; das Subjekt wird aber in jedem Fall vor einer übereilten Entscheidung geschützt. Je tiefgreifender die Konsequenzen, welche durch die Willensbetätigung des Individuums verursacht werden, desto tiefer darf und muss *vorübergehend* in seine persönliche Freiheit eingegriffen werden, um es vor einer übereilten Entscheidung zu schützen.

Dieses System der Bedenkfrist, auch *Moratorium* genannt, wurde im unter (4.2.1.4.4.) genannten Schaffhauser Fall explizit als Ideallösung für derartige Fälle vorgesehen: "Dem Kollektivinteresse wäre zumindest vorübergehend Beachtung geschenkt, das Vorgehen könnte als klare Leitlinie bei weiteren Fällen dienen und entspräche dem allgemeinen Vorgehen bei Suizidalen, indem auf die Moratoriumspflicht (selbst gegen Willen und Widerstand des Patienten) immer wieder auch verwiesen wird bei prinzipieller Anerkennung der Legitimität eines konsistenten und nicht krankheitsbedingten Suizidwunsches."<sup>135</sup>

Da es wohl keine tiefgreifendere Entscheidung als die über den eigenen Tod oder das eigene Leben gibt, rechtfertigt es sich ohne weiteres, das aus den Grundrechten fließende freie Verfügungsrecht über das eigene Leben zumindest zeitweise einzuschränken.<sup>136</sup>

Unter keinen Umständen aber darf das Institut der Bedenkfrist missbraucht werden, im Sinne eines Versuches, unangenehme Entscheide zu vertagen, bis sie sich "selbst gelöst haben". Es besteht dann die Gefahr, dass das Subjekt die non-verbale Botschaft versteht, sein Anliegen nicht mehr formuliert und andere, d.h. die bisherigen Wege sucht.<sup>137</sup>

129 Die höchstpersönlichen Rechte sind Rechte, die nicht erworben werden müssen, sondern dem Menschen um seiner Persönlichkeit willen 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." (BINDER, Urteilsfähigkeit, 56).

130 BINDER, Urteilsfähigkeit, 128–129.

131 Vgl. BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 14–15.

132 ERNST, Mythos, 52; ERNST, Warum, 61; GIGER (mit Verweis auf HELL), 82.

133 Bspw. im erwähnten Haustürgeschäft, Art. 40e OR, bei welchem der Kunde seinen Willen, den Vertrag nicht halten, also widerrufen zu wollen, ausdrücklich erklären muss, ansonsten die Rechtsfolge, die Gültigkeit des Vertrages, eintritt.

134 Bspw. im Scheidungsrecht, Art. 111 ZGB, in dem die Scheidungswilligen zwei Monate nach der richterlichen Einvernahme ihren Scheidungswillen erneut bestätigen müssen, ansonsten die Rechtsfolge der Scheidung nicht eintritt.

135 EBNER, 2423–2424.

136 EBNER, 2423.

137 EBNER, 2424.

#### 4.4. Prävention gegen Suizide und Suizidversuche

Das primäre Ziel des nachfolgenden Gesetzentwurfes ist es, durch eine effektive und effiziente Prävention zu einer Verringerung der Zahl von Suiziden zu kommen. Des Weiteren wird angestrebt, die Zahl der missglückten Suizidversuche drastisch zu senken. Bezüglich der Ausgestaltung dieser Prävention stellen sich verschiedene Fragen.

##### 4.4.1. Kurzer geschichtlicher Abriss zur Suizid-Prävention<sup>138</sup>

Betrachtet man die historische Entwicklung der Suizid-Prävention, so fällt auf, dass diese – wenn überhaupt – praktisch ausschliesslich durch Repression erfolgte. Im antiken Rom war der Suizid unter Adligen und Patriziern zunächst als ehrenhaft angesehen; die Haltung änderte sich, als sich Sklaven immer häufiger suizidierten und so ihre Eigentümer um deren wertvollen Besitz brachten.<sup>139</sup>

Die Wende zur Strafflosigkeit begann durch Gesetzesänderungen in Frankreich als Folge der Revolution von 1789. Den Boden bereitet hatten zuvor schon MONTESQUIEU (1689–1755) und später weitere Aufklärer, die sich von der Vorstellung lösten, der Suizid verstosse gegen eine gottgewollte Ordnung.<sup>140</sup> Nach und nach schlossen sich die anderen europäischen Länder dieser Regelung an, doch dauerte es bis zum Jahre 1961, bis der Suizid als Straftatbestand auch aus den Gesetzbüchern Englands entfernt wurde.<sup>141, 142</sup>

Die Schweiz nahm diesbezüglich schon sehr früh die heute herrschende liberale Haltung an: Bereits im Jahre 1918 wurde in der Botschaft des Bundesrates zum Gesetzentwurf für das schweizerische Strafgesetzbuch festgehalten: "Die Selbsttötung ist im modernen Strafrecht kein Vergehen und es liegt keine Veranlassung vor, etwa aus bevölkerungspolitischen Gründen auf das frühere Recht zurückzukommen."<sup>143</sup>

Die moderne institutionalisierte Suizid-Prävention entstand durch die 1948 durch ERWIN RINGEL in Wien gegründete "Lebensmüdevorsorge" der Caritas.<sup>144</sup> Dieses Modell fand weltweit Nachahmung und wurde im Laufe der Zeit weiterentwickelt und abgeändert.

##### 4.4.2. Suizid-Prävention durch Freiheit oder Repression?

Die Frage, ob die Suizid-Prävention heute durch Freiheit oder Repression erfolgen soll, ist im Grunde genommen durch die geltende Rechtsordnung bereits beantwortet. Dennoch soll hier kurz darauf eingegangen werden.

Unser gesellschaftliches und politisches System fusst auf dem liberalen Gedankengut der Aufklärung,<sup>145</sup> also auf der Annahme, dass es für das Wohl aller am besten ist, wenn das Individuum eine grösstmögliche Freiheit besitzt. "Im Rahmen einer im europäischen Abendland traditionellen Freiheitsphilosophie wird hier konsequent als höchste und einzig bindende Verpflichtung die zur Freiheit genannt."<sup>146</sup> Dies kommt schon in der Präambel der Bundesverfassung zum Ausdruck, nämlich in den beiden folgenden Passagen: "im Willen, in gegenseitiger Rücksichtnahme und Achtung

ihrer Vielfalt in der Eigenheit zu leben," und "... gewiss, dass frei nur ist, wer seine Freiheit gebraucht...". Die Freiheit des Einzelnen findet ihre Schranken in der Freiheit des Anderen und des Kollektivs.

In Art. 10 BV wird diese Freiheit weiter ausgeführt, nämlich als Recht auf Selbstbestimmung sowie auf individuelle Entfaltung in den elementarsten Lebensbedürfnissen.

Das demokratisch-liberale Staatssystem ist nur eines von vielen möglichen.<sup>147</sup> Auch dieses System ist nicht frei von Mängeln, es ist aber von allen möglichen Staatssystemen das für das Individuum vorteilhafteste, welches ihm auch die grösstmöglichen Optionen auf persönliches Glück offen lässt.

Auch die Suizid-Prävention muss sich daher in einer diesem Staatssystem angepassten Weise bewegen. Dies aus mehreren Gründen:

Erstens wäre es inkonsequent und wenig glaubhaft, wenn in einem freiheitlichen Staat auf ein Verhalten Druck ausgeübt würde, welches nur das Individuum selbst betrifft,<sup>148</sup> und zwar in einem derart höchstpersönlichen Bereich.

138 Sehr lesenswert zu diesem Thema die Habilitation von BAUMANN sowie die Dissertation von AJDACIC-GROSS. Vgl. dazu auch BRONISCH, 83–86.

139 INNES, 37; eine sehr eingehende Analyse hierzu findet sich bei CARL GEORG WAECHTER, Revision der Lehre von dem Selbstmorde nach dem positiven Römischen und gemeinen Deutschen Rechte und den neuen Gesetzgebungen. In: Neues Archiv des Criminalrechts. 10.1828, 72–111, 216–266, 634–680.

140 AJDACIC-GROSS, 19.

141 INNES, 37–38. Auch wenn er erst 1961 formell als legal erklärt wurde, war der Suizid in England schon viele Jahre zuvor nicht mehr verfolgt worden.

142 Davon unberührt betrachtet aber die Katholische Kirche den Suizid nach wie vor als schwere Verfehlung, sieht aber gleichzeitig in schweren psychischen Störungen, Angst oder Furcht vor einem Schicksalsschlag eine Verminderung der Verantwortlichkeit des Selbstmörders (Katechismus der Katholischen Kirche, 580–581).

143 BBl 1918, IV, 32.

144 HALLER/LINGG, 28.

145 KOHLER, 247–248.

146 POHLMEIER, 25.

147 Für eine Übersicht über die rund 17 verschiedenen Staatsformen vgl.: [http://de.wikipedia.org/wiki/Liste\\_der\\_Staatsformen](http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Staatsformen)

148 Wenn man den Gedankengang verwirft, dass der Mensch ein Recht auf den eigenen Tod hat, so kommt man unweigerlich zur Feststellung, es bestehe eine Weiterlebenspflicht. Hier stellt sich dann aber sofort folgendes Problem: Pflichten sind immer das Korrelat von Rechten. Wer also hat das Recht, das Weiterleben eines Individuums zu verlangen, bzw. wem gegenüber besteht eine Weiterlebenspflicht? WILDHABER, N 269 zu Art. 8 EMRK, setzt sich diesbezüglich mit der Frage auseinander, ob Ausnahmen zum Recht auf Selbsttötung aus höchstpersönlichen Fürsorge-, Schutz- oder Treuepflichten hergeleitet werden könnten, kommt aber zum Schluss: "Der Entscheid einer verantwortlich urteilenden und handelnden Person zur Selbsttötung in Ausübung ihres Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts ist somit zu respektieren."

Zweitens würde es die Erreichung des Zwecks dieses Gesetzesentwurfes in jeder Hinsicht verunmöglichen. Suizid-Prävention durch Repression würde bedeuten, dass, wenn das Individuum nicht vom Leben überzeugt werden kann, es mit staatlichem Zwang dazu gezwungen würde. Kein Suizidaler würde unter dieser Prämisse auch nur im Entferntesten daran denken, das Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen, müsste er doch damit rechnen, zwangsinterniert zu werden. Wenn der Staat tatsächlich durch Repression Suizide verhindern könnte, dann wäre dies nur unter konsequentester Anwendung äusserster Druckmittel<sup>149</sup> möglich, die mit Sicherheit ihrerseits genügend Anlass böten, sich das Leben zu nehmen.<sup>150</sup> Im Übrigen würde dies auch der Gesetzesentwicklung auf der ganzen Welt entgegenlaufen, ist doch im Bereich Sterbehilfe weltweit eine je nach Land mehr oder weniger starke Liberalisierungstendenz zu erkennen.

Drittens ist die traurige Realität von rund 1 350 Suiziden und bis zu 67 000 Suizidversuchen in der Schweiz pro Jahr der Tatbeweis, dass selbst eine milde Repression Suizidwillige nicht von ihrem Vorhaben abzuhalten vermag.

In einer Atmosphäre, welche von Vertrauen und Verständnis, aber auch von Respekt gegenüber den Wünschen und dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums geprägt ist, ist die Chance am grössten, dass sich ein Mensch in existentieller Not öffnet. Dieses Öffnen aber ist eine unabdingbare Voraussetzung, einen fruchtbaren Prozess in Gang zu setzen, in welchem das Individuum auch neuen Lösungsansätzen gegenüber offen ist.<sup>151</sup>

Das durch dieses Gesetz vorgeschlagene Modell der Suizid-Prävention ist als juristischer Lösungsansatz zu dieser Problematik völlig neu.<sup>152</sup> Es geht vom Grundsatz einer sehr weitreichenden Freiheit aus, nämlich dem Grundsatz, dass der urteilsfähige Mensch prinzipiell das Recht hat, sein Leben zu beenden, unter der Voraussetzung, dass dieser Wunsch reiflich und wohl überlegt und anhaltend ist. Dieses Recht hat der Mensch a fortiori, wenn alles Menschenmögliche getan wurde, ihm Alternativen zu seinem Suizidwunsch aufzuzeigen. Dieser Grundsatz ist herrschende Lehre und daher an sich nicht neu.<sup>153, 154</sup> Neu hingegen ist, die Suizid-Prävention auf eben gerade dieser Freiheit aufzubauen und diese *Freiheit* auch ganz bewusst *als Werkzeug zur Bekämpfung des suizidalen Verhaltens* einzusetzen.<sup>155</sup> Diese Idee fusst auf der Erkenntnis, dass eine selbstverständlicher werdende Anerkennung des Rechts auf den eigenen Tod die Einstellung der Menschen auch zum Leben verändert. Wenn nämlich die Entscheidung zu sterben dem Einzelnen zugebilligt wird, kann er sie, jedenfalls in vielen Fällen, gleichsam offener treffen, und auch die über das eigene Ende hinausreichenden Konsequenzen bedenken.<sup>156</sup>

An dieser Stelle drängt sich ein Vergleich mit dem Thema Abtreibung auf. Vor der Abstimmung im Herbst 2002 über die Fristenregelung wurde von Abtreibungsgegnern vehement die Befürchtung geäussert, die Fristenregelung werde es Tausenden von Frauen ermöglichen, ohne gross zu überlegen ihre Schwangerschaft zu unterbrechen. Nach ihrer damals vertretenen Meinung würde die Fristenregelung die Abtreibungszahlen in schwindelerregende Höhen schnell-

len lassen.<sup>157</sup> Nachdem die Abtreibung bis zur 12. Schwangerschaftswoche nun seit fast zwei Jahren legal ist, wurde erstmals eine Bilanz gezogen. Sie brachte die Erkenntnis, dass seit der Fristenregelung in der Schweiz deutlich weniger abgetrieben wird als zuvor.<sup>158</sup>

Freiheit ist nicht nur die Voraussetzung jeglicher Tugend, sondern auch überall dort, wo ethisches Handeln verlangt wird. Der Soziologe SOFSKY schrieb dazu: "Eine Freiheit, die nicht missbraucht werden kann, ist keine. Freiheit schliesst nicht die Pflicht ein, Gutes zu tun. Freiheit bedeutet die Chance, Böses zu tun – und dafür die Konsequenzen zu tragen. Untaten sind nicht das Ergebnis der Freiheit, sie sind ihr Beweis. Freiheit ist keine Tugend, sondern die unabdingbare Voraussetzung aller Tugend."<sup>159</sup>

Durch die grundsätzliche Bereitschaft des Einräumens dieser Freiheit wird dem Hilfesuchenden signalisiert, dass

149 WOLFLAST, Psychotherapie, 167, spricht hier von "unverhältnismässigen Massnahmen".

150 BAECHLER, Tod, 40–41.

151 URECH, 18.

152 Nicht aber als Idee generell: Bereits 1889 schrieb GUY DE MAUPASSANT die Novelle "L'endormeuse". Inhalt der Geschichte, welche durch die damals in Paris sehr hohen Suizidzahlen geprägt war, ist der folgende: Aufgrund dieser hohen Suizidzahlen bildete sich ein "Oeuvre de la mort volontaire", eine Institution, welche begleitete Selbsttötungen anbot. Auch diese Institution versuchte jedoch, Suizidwillige durch Beratung von ihrem Vorhaben abzubringen: "*Quand un homme ou une femme se présente, on commence à l'interroger; puis on lui offre un secours, de l'aide, des protections. Si le client accepte, on fait une enquête et souvent nous en avons sauvé.*" (<http://maupassant.free.fr/textes/endormeu.html>).

153 GIGER, 45; WILDHABER, N 267–269 zu Art. 8 EMRK (mit reichhaltigen Literaturangaben); MINELLI, EMRK, 493; MINELLI, Recht, 576; KEHL, Sterbehilfe, 27; PETERMANN, 1304–1307 (mit entsprechenden Literaturangaben); ARZT, 585.

154 "In die Sprache des Konkretes übersetzt bedeutet dies zunächst, dass das zumeist grundsätzlich verankerte Bestimmungs- und Verfügungsrecht des Menschen über sein eigenes Leben gleichzeitig auch das *Dogma der Selbstbestimmung* begründet. Das bedeutet im Wesentlichen, dass es allein in seiner Kompetenz liegt, über das Ende seiner irdischen Existenz zu verfügen. Die *Willensautonomie* eines Individuums ist denn auch nach der *opinio communis* untrennbar mit dem Anspruch auf Würde verknüpft und bewegt sich deshalb konform innerhalb der ethischen Wertvorstellungen der zivilisierten Welt" (GIGER, 54).

155 In der Terminologie der Psychoanalyse könnte man dies als eine Form der sog. paradoxen Intervention bezeichnen.

156 VERZELE, 27; CIORAN, 64: "Man fürchtet die Zukunft nur, wenn man nicht sicher ist, sich im geeigneten Augenblick töten zu können."

157 HASSLER, 9.

158 <http://www.svss-uspda.ch/de/schweiz/statistik.htm>; HASSLER, 9, in diesem Artikel wird auch der Berner Kantonsarzt ANTON SEILER zitiert, dessen Feststellung lautet: "Seit der Diskussion um die Fristenregelung sind die Frauen aufgeklärter und gehen bewusster mit dem Thema um."

159 SOFSKY, 2.

sein Wunsch nach Selbstbestimmung als Grundrecht anerkannt wird. Dies ist wichtig, denn die ganze Diskussion um das Thema Sterbehilfe ist auch Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts. Denn es geht in dieser Diskussion nicht nur um die Angst vor einer übermächtigen Apparate-Medizin, sondern auch um den Wunsch zu wissen, dass man, wenn man es möchte, sein Leben resp. sein Leiden beenden kann. Somit geht es hier um das Bedürfnis des modernen Menschen, sein Leben kontrolliert und eigenen Wertvorstellungen gemäss zu leben.<sup>160</sup>

So gesehen orientiert sich das dieser Arbeit zugrundeliegende Konzept am Gedankengut des deutschen Suizidforschers HERMANN POHLMEIER, der sich neben der Erforschung der Suizidprävention wohl wie kein anderer auch mit ihrer Rechtfertigung befasst hat. "Für ihn bleiben, wenn das Problem von Suizid und Suizidprävention im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Verantwortung durchdacht wird, Respekt und Toleranz vor dem Freitod des anderen eine Selbstverständlichkeit. Die Frage für ihn kann also nur sein, in welchem Umfang Suizidhandlungen im genannten Sinn bilanzierend und frei sind."<sup>161</sup>

## 5. Rechtliche Grundlagen de lege lata

Wie bereits erwähnt ist es Ziel der vorliegenden Arbeit eine pragmatische Lösung zu bieten, welche auf dem Boden des geltenden Verfassungsrechts realisiert werden kann. Dabei gilt es zwei Fragenkomplexe zu beachten, einerseits die verfassungsrechtlichen Grundlagen zur Verhinderung von Selbsttötungen, andererseits die verfassungsrechtlichen Grundlagen für begleitete Selbsttötungen.

### 5.1. Rechtliche Grundlagen zur Suizidprävention

Die seit dem 1. Januar 2000 in Kraft stehende Bundesverfassung beauftragt in Art. 118 Abs. 1 den Bund in allgemeiner Form, Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu treffen:<sup>162</sup> "Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit." Der Auftrag an den Bund erfolgt hier "im Rahmen seiner Zuständigkeiten". Im Bereich des Gesundheitswesens liegen diese Zuständigkeiten zu einem grossen Teil bei den Kantonen, sodass der Bund nur über begrenzte Kompetenzen verfügt.<sup>163</sup> Im Bereich Suizidverhütung besteht diese Kompetenz insofern, als dass sich das Gesetz auf die programmatische Bestimmung von Art. 118 Abs. 1 BV im Sinne einer Generalnorm stützen kann.<sup>164</sup> Des weiteren könnte sich das Gesetz auch auf Art. 117 Abs. 1 BV stützen: "Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung." Die Bestimmung verleiht dem Bund nämlich eine nicht auf die Festlegung von Grundsätzen beschränkte Kompetenz, welche nicht als blosser Ermächtigung, sondern als klarer Gesetzgebungsauftrag zu verstehen ist und dabei sehr offen formuliert ist, dem Bund daher grosse Freiheiten einräumend.<sup>165</sup> Zweifellos umfasst diese Bestimmung daher auch eine Legiferierung zur Gefahrenabwehr, sowohl im Interesse des einzelnen Bürgers als auch der Volkswirtschaft.<sup>166</sup>

### 5.2. Rechtliche Grundlagen für begleitete Selbsttötungen

Die rechtlichen Grundlagen für das Recht, eine begleitete Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, also für einen assistierten Suizid, leiten sich auf grundrechtlicher Ebene aus zwei Regelwerken ab. Einerseits aus der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)<sup>167</sup>, andererseits aus der Bundesverfassung.

#### 5.2.1. Die Bestimmungen der EMRK<sup>168</sup>

Obwohl es sich bei der am 28.11.1974 ratifizierten Konvention zum Schutz der Menschenrechte um Völkerrecht han-

160 WOLFSLAST, Neuordnung, 918; FISCHER, 95.

161 HALLER/LINGG, 283.

162 MADER, N 2 zu Art. 118 BV.

163 MADER, N 4 zu Art. 118 BV.

164 Formell betrachtet könnte man sich zwar hier auch auf den Standpunkt stellen, der Bund benötige für eine solche Legiferierung eine Einzelermächtigung, was dann eine Änderung bzw. Ergänzung von Art. 118 BV erfordern würde. Gegen eine solch formal-juristische Betrachtung spricht aber folgende Erwägung: Angesichts der Tragweite der Situation, dass es hier um den Schutz der Gesundheit von jährlich bis zu 67'000 Menschen geht und die Kantone bis jetzt in diesem Bereich überhaupt nichts legiferiert haben, könnte der Bund durchaus gestützt auf Art. 118 Abs. 1 BV eine Kompetenz beanspruchen. Des weiteren wäre wohl auch kaum damit zu rechnen, dass ein Kanton hier eine staatsrechtliche Klage anhängig machen würde.

165 MADER, N 3 zu Art. 117 BV.

166 Dies erhellt deutlich aus dem folgenden Vergleich: Am 25.6.1976 verabschiedete das Parlament das Bundesgesetz über einen Beitrag für die Unfallverhütung im Strassenverkehr (Unfallverhütungsbeitragsgesetz, SR 741.81). Dieses Gesetz sah in Art. 1 die Erhebung von Beiträgen für die Unfallverhütung im Strassenverkehr vor und in Art. 3 die Einrichtung eines "Fonds für Unfallverhütung im Strassenverkehr". Erlassen wurde dieses Gesetz gestützt auf Art. 37<sup>bis</sup> aBV, welcher damals eine reine Ermächtigung (also nicht einen Gesetzgebungsauftrag) enthielt und lautete: "Der Bund ist befugt, Vorschriften über die Automobile und Fahrräder aufzustellen." Der Strassenverkehr wird heute in Art. 82 BV geregelt. Die Norm ist heute als Gesetzgebungsauftrag formuliert: "Der Bund erlässt Vorschriften über den Strassenverkehr." Die Norm ist von der Formulierung her, abgesehen natürlich vom Regelungsgegenstand, wortgleich mit Art. 117 Abs. 1 BV. Mit Hilfe des erwähnten Unfallverhütungsbeitragsgesetzes gelang es, die Zahl der Verkehrstoten um mehr als die Hälfte zu reduzieren ([http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber11/du1103.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber11/du1103.htm)). Es handelt sich hier zugleich um ein eindrückliches Beispiel dafür, wie effizient eine Gesetzgebung erfolgen und angewendet werden kann, wenn das Problem erst einmal erkannt und verstanden ist.

167 SR 0.101.

168 Die diesbezügliche Thematik wird hier in sehr geraffter Form behandelt, ausführlich zu dieser Frage und mit reichhaltigen Literaturverweisen: MINELLI, EMRK, 491–498.

delt, sind die materiellen Bestimmungen der EMRK (mit Ausnahme von Art. 13) unmittelbar anwendbares Recht. Sie stehen also im gleichen Rang wie die in der Bundesverfassung garantierten Freiheitsrechte.<sup>169</sup> Ihre Verletzung kann mit staatsrechtlicher Beschwerde ans Bundesgericht gerügt werden, und nach Erschöpfung des innerstaatlichen Instanzenzuges können Konventionsverletzungen bei dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg moniert werden.<sup>170</sup> Dies heisst nichts anderes, als dass ein Freiheitsrecht in der Schweiz auch dann besteht, wenn es nicht von der Bundesverfassung, aber von der EMRK gewährleistet wird.

### 5.2.1.1. Art. 2 EMRK: Das Recht auf Schutz des Lebens

Art. 2 Abs. 1 EMRK lautet: "Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, ausser durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, für das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen ist."

Auf den ersten Blick ist nicht ersichtlich, wie sich aus dieser Norm ein Recht auf Suizid ableiten lässt. Betrachtet man Art. 2 Abs. 1 EMRK jedoch genauer, so wird klar, dass es sich bei dieser Bestimmung in erster Linie um ein Recht gegen den Staat handelt.<sup>171</sup> Niemand darf, ausser in den in Abs. 2 erwähnten Fällen, vom Staat getötet werden. Die moderne Lehre geht jedoch davon aus, dass den Freiheitsrechten über ihre Abwehrfunktion hinaus auch die Funktion objektiver Grundsatznormen zukommt, an denen sich die gesamte staatliche Tätigkeit ausrichten muss.<sup>172</sup> So gesehen hat das Individuum nicht nur einen Anspruch gegen den Staat, dass es von diesem nicht getötet wird, sondern auch an den Staat, dass dieser dafür sorgt, dass das Individuum von anderen Individuen nicht getötet wird.

Allerdings findet diese Schutznorm dort ihre Grenze, wo das Individuum diesen Schutz nicht mehr will.<sup>173</sup> Das Recht auf Schutz des Lebens verpflichtet den Staat nicht, den Träger des Rechts vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung eben gerade dieses Rechts verzichten will.<sup>174, 175</sup>

### 5.2.1.2. Art. 8 EMRK: Das Recht auf Achtung des Privatlebens

Die massgebende Bestimmung der EMRK ist hier Art. 8 Abs. 1 und 2. Art. 8 Abs. 1 EMRK verpflichtet die Vertragsstaaten zur Achtung des Privatlebens ihrer Bürger: "Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs."

Dieses ursprünglich in erster Linie bloss liberale, individualrechtliche Abwehrrecht des Einzelnen gegenüber dem Staat wurde durch eine äusserst reichhaltige Rechtsprechung derart erweitert, dass GIGER hier von einer Mutation zu einer "gesetzlichen, substantiellen Dimension" spricht, in dem diesem Recht zusätzlich der Charakter eines objektiv-konstitutiven, institutionellen Grundrechtsverständnisses zukommt. Dieses Recht ist in der Tat mehrdimensional: Einerseits verkörpert es ein Abwehrrecht gegenüber dem Staat und Dritten auf Achtung der physischen und psychi-

schen Integrität des Individuums. Andererseits garantiert es dem Individuum auch eine weitgehende Entscheidungsfreiheit in Verbindung mit einem selbstbestimmenden Verfügungsrecht des Einzelnen über das eigene psychische und physische Schicksal.<sup>176</sup> WILDHABER führt hierzu unter der Rubrik "Freitod" aus: "Persönliche Entscheidungsfreiheit und Willensautonomie sind Ausfluss des jedem Menschen zustehenden Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts. Beschränkungen stellen daher Eingriffe in das in Art. 8 EMRK geschützte Privatleben dar."<sup>177</sup> Auch BURKART erkannte bereits vor mehr als 20 Jahren: "Die Entscheidung zum Tod als solche und die von Aussenkontakten vollständig losgelöste aktive Beendigung des Lebens müssen nach dem Gesagten dem letzten unantastbaren Bereich menschlicher Freiheit zugerechnet werden, der die Schutzwirkung der persönlichen Freiheit geniesst."<sup>178</sup>

In Abs. 2 der genannten Norm werden die Voraussetzungen aufgeführt, unter welchen dieses Freiheitsrecht

169 HÄFELIN-HALLER, RZ 235. Die materiellen Bestimmungen der EMRK sind also "self-executing".

170 HÄFELIN-HALLER, RZ 236–240.

171 Es sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die Basisfunktion der Grundrechte immer eine Abwehrfunktion gegen den Staat ist; vgl. dazu HÄFELIN-HALLER, RZ 257; BGE 105 Ia 337.

172 HÄFELIN-HALLER, RZ 261.

173 Im Fall *Diane Pretty gegen das Vereinte Königreich* (Urteil vom 29.4.2002, EuGRZ 2002, 234–244, <http://hudoc.echr.coe.int>, REF 00003580) wurde diese Argumentation auch von Diane Prettys Anwälten vorgetragen. Das Gericht bezog keine eindeutige Stellung dazu, sondern führte v.a. aus, dass aus Art. 2 EMRK kein Anspruch auf Straffreiheit bezüglich einer (in England verbotenen) Suizidbeihilfe abgeleitet werden könne, auch wenn dies dem Wunsch des Suizidenten entspreche. Ebenso vertrat das Gericht die Meinung, dass Menschen in einem *Sonderstatusverhältnis* (wie bspw. Gefängnisinsassen) auch gegen ihren Willen an Suizid gehindert werden könnten (bspw. durch Zwangsernährung beim Sich-zu-Todehungern). Zur eigentlichen Frage aber, ob der Träger des Rechts daran zu hindern sei, wenn er auf die Ausübung eben gerade dieses Rechts verzichten wolle, äusserte sich das Gericht nicht.

174 WILDHABER, N 268 zu Art. 8 EMRK: "Zu dieser Entscheidungs- und Willensautonomie gehört auch die Möglichkeit, gegenüber sich selbst – nicht aber gegenüber Dritten – auf das eigene Leben zu verzichten, solange man in der Lage ist, darüber verantwortlich zu urteilen und danach zu handeln. Einer solchen Möglichkeit steht das Recht auf Leben gemäss Art. 2 EMRK nicht entgegen. Denn dieses verpflichtet den Staat nur, das Leben des Einzelnen nicht zu gefährden, es positiv zu garantieren und vor Eingriffen seitens Dritter zu schützen. Es verpflichtet den Staat hingegen nicht dazu, den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will."

175 HÄFELIN-HALLER, RZ 334–335.

176 GIGER, 257.

177 WILDHABER, N 267 zu Art. 8 EMRK.

178 BURKART, 82.

beschnitten werden kann: "Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer."

Betrachtet man diese Enumeration der möglichen Einschränkungen dieses Grundrechts, so erhellt, dass das Recht auf einen assistierten Suizid durch Art. 8 Abs. 2 EMRK nicht beschnitten wird, ja nicht beschnitten werden darf:

Weder wäre ein solcher Eingriff gesetzlich vorgesehen, noch wäre er in einer demokratischen Gesellschaft notwendig. Ein assistierter Suizid tangiert weder die nationale noch die öffentliche Sicherheit. Assistierte Suizide haben auf das wirtschaftliche Wohl des Landes keinerlei Einfluss, ebenso wenig spielen sie eine Rolle bezüglich der Verteidigung der öffentlichen Ordnung. Auch strafbare Handlungen können durch einen assistierten Suizid nicht begangen werden, denn Art. 115 StGB statuiert die Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid. *Im Lichte der Überlegung, dass ein Recht auf Suizid unbestrittenermassen besteht, ist der Schutz der Gesundheit durch einen assistierten Suizid sicherlich am besten gewährleistet.* Denn die Forderung nach dem Schutz der Gesundheit muss auch so weit gehen, zu verhindern, dass jemand, der wirklich Anlass dazu hat, sein Leben selbst zu beenden, dies bewirken kann, ohne die erheblichen Risiken des schwer geschädigten Überlebens auf sich nehmen zu müssen.

Bezüglich dem von Abs. 2 ebenfalls miterfassten Schutzobjekt Moral könnte zwar argumentiert werden, die blosse Vorstellung der Möglichkeit assistierter Suizide könnte bereits die Moralvorstellungen gewisser Bevölkerungsteile verletzen. Wollte man dieser Kritik aber gerecht werden, müssten verschiedene Freiheiten ganz massiv eingeschränkt werden und die Gesellschaft müsste sich einem Rückwandel unterziehen. Dies wird von der modernen Staatsrechtslehre, die den Staat nicht als "sittliche Erziehungsanstalt", sondern lediglich als Garantmacht eines rechtsförmigen gesellschaftlichen Friedens sieht, abgelehnt.<sup>179</sup>

Schliesslich schränkt Abs. 2 das Recht auf Privatsphäre auch soweit ein, wie dies zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist. Mit dieser grundrechtlichen Generalklausel – die Freiheit des einen findet ihre Schranke in der Freiheit des anderen – können nur die Rechte und Freiheiten Angehöriger und Familienmitglieder gemeint sein. WILDHABER beantwortet die Frage dahingehend, dass das Recht auf Achtung des Privatlebens auch durch höchstpersönliche Fürsorge-, Schutz- oder Treuepflichten nicht durchbrochen wird.<sup>180</sup> Diese Ansicht ist zweifelsfrei juristisch richtig. Dennoch kann sie in dieser Form m.E. nur generell-abstrakt gelten, denn angesichts der Tragweite eines solchen Entscheides sind beim persönlichen Entschluss auch Fragen einzubeziehen, welche jenseits der juristischen Grenzen liegen.<sup>181</sup> BATTIN führt dazu, aus ethischer Sicht, aus: "If there is a *natural* right to end one's life when one chooses, one of the most substantial and crucial

areas of normative ethics would become the weighing of other duties against this right."<sup>182</sup>

### 5.2.2. Die Bestimmungen der Bundesverfassung

Neben den völkerrechtlich verbrieften Rechten der EMRK werden die unter (5.2.1.) genannten Rechte auch durch die Bundesverfassung gewährleistet. Das Obige gilt daher hier in weiten Teilen mutatis mutandis. Bei divergierenden Formulierungen zwischen EMRK und der BV ist immer die Norm vorzuziehen, die einen weitergehenden Schutz gewährleistet.<sup>183</sup>

Die genannten Rechte werden in der BV in erster Linie durch die Art. 10 und 13 Abs. 1 BV geschützt. Indes darf nicht übersehen werden, dass die erwähnten Rechte auch durch ungeschriebenes Verfassungsrecht geschützt sind. "Aus dem Sinn des Freiheitsrechtskatalogs der Bundesverfassung als eines liberalen Wertsystems lässt sich nämlich folgern, dass die Bundesverfassung jede individuelle Freiheit, die praktisch wird, das heisst, durch die Staatsgewalt gefährdet ist, garantiert, und nicht allein die in der Verfassung ausdrücklich aufgezählten Freiheitsrechte."<sup>184</sup>

#### 5.2.2.1. Art. 10 BV: Das Recht auf Leben und persönliche Freiheit

Der erste Satz von Art. 10 Abs. 1 BV ist fast wortgleich zu Art. 2 EMRK: "Jeder Mensch hat das Recht auf Leben." Der Schutzbereich dieser Verfassungsnorm geht jedoch weiter als derjenige der EMRK, denn Abs. 2 der genannten Norm legt auch fest: "Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit."

Insbesondere Abs. 2 ist es, welcher neben dem Recht auf Leben (auf welches der Träger selbst, wie oben bereits ausgeführt, verzichten kann) auch das Recht gewährleistet, alle wichtigen Erscheinungen der Persönlichkeitsentfaltung und der individuellen Lebensgestaltung frei zu bestimmen. "Ein elementarer Bestandteil des Selbstbestimmungsrechts ist die Verfügungsfreiheit über den eigenen Körper sowie das eigene Leben."<sup>185</sup>

#### 5.2.2.2. Art. 13 Abs. 1 BV: Schutz der Privatsphäre

Das Pendant im schweizerischen Verfassungsrecht zu Art. 8 EMRK ist Art. 13 Abs. 1 der Bundesverfassung. "Jede Person hat Anspruch auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung sowie ihres Brief-, Post- und Fernmeldeverkehrs."

179 Anstelle vieler: KOHLER, 252–253.

180 WILDHABER, N 269 zu Art. 8 EMRK (FN 81); BURKART, 82–83.

181 HALLER/LINGG, 283.

182 BATTIN, 193.

183 Vgl. Art. 53 EMRK; HÄFELIN-HALLER, RZ 242.

184 GIACOMETTI, 242–243.

185 SCHWEIZER-BV, N 24–25 zu Art. 10 BV; SCHWEIZER, Persönlichkeitsschutz, 700.

Der Schutzbereich von Art. 13 BV ist, wie bei der Schaffung der revidierten Bundesfassung beabsichtigt, praktisch kongruent. Dies hat zur Folge, dass für die Auslegung dieser Bestimmung Doktrin und Judikatur zu Art. 8 EMRK verwendet werden können und müssen. "Die angestrebte inhaltliche Übereinstimmung von Art. 13 BV und Art. 8 EMRK (...) ermöglicht auch eine implizite Anlehnung von Art. 13 i.V.m. Art. 36 BV an die – sehr umfangreiche – Lehre und Rechtsprechung zu Art. 8 Ziff. 2 EMRK."<sup>186</sup>

### 5.2.3. Die Bestimmung von Art. 115 StGB

Art. 115 StGB besagt: "Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemandem zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft." Sofern sie also nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen<sup>187</sup> erfolgt, ist die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz nicht strafbar.<sup>188</sup> Dies gilt im Übrigen auch für den Arzt, welcher seinem suizidalen Patienten Mittel für die Selbsttötung verschafft.<sup>189</sup>

Diese strafrechtliche Bestimmung, welche den assistierten Suizid betrifft, ist derart klar, unumstritten und seit Jahren ohne grosse Probleme praktiziert,<sup>190</sup> dass darauf nicht weiter eingegangen wird. Auch aus Art. 115 StGB leiten sich schliesslich zwei Rechte ab: Einerseits das Recht, einem anderen Beihilfe zum Suizid zu leisten, und andererseits das Recht, diese Beihilfe in Anspruch zu nehmen.

## 6. De lege ferenda: Entwurf des Gesetzes zur Suizid-Prävention<sup>191</sup>

### A. Allgemeines

#### Art. 1 Zweck des Gesetzes

Dieses Gesetz soll ermöglichen, dass die Anzahl der Selbsttötungen und der Selbsttötungsversuche in der Schweiz unter Wahrung der Freiheit der Individuen, über ihr eigenes Lebensende entscheiden zu können, so weit als möglich reduziert wird.

#### Art. 2 Massnahmen

Die Massnahmen, die dazu eingesetzt werden, sind

- Förderung von Beratungsstellen in Selbsttötungsfragen;
- Förderung der Information der Öffentlichkeit über nicht mehr funktionierende oder risikoreiche Selbsttötungsmethoden;
- Regelung des Verfahrens für begleitete Selbsttötungen.

### B. Förderung von Beratungsstellen und der Information

#### Art. 3 Ziel der Beratung

<sup>1</sup>Ziel der zu fördernden Beratung ist es, Personen, die ihr Leben freiwillig beenden möchten, die Möglichkeit zu geben, über diesen Wunsch angstfrei sprechen zu können und sich beraten zu lassen.

<sup>2</sup>Im Rahmen der Beratung wird geprüft, ob das Problem, welches einen Menschen dazu gebracht hat, sich die Beendigung seines Lebens zu wünschen, dahingehend behoben oder gelindert werden kann, dass der Sterbewunsch aufgegeben werden kann. Die Kosten für diese Massnahmen werden aus dem Fonds für individuelle Massnahmen gedeckt, soweit nicht auf Grund gesetzlicher Grundlagen andere Leistungsträger die Kosten zu tragen haben.

<sup>3</sup>Zeigt sich in der Beratung, dass entweder das Problem nicht gelöst werden kann, oder dass die ratsuchende Person trotz allfälliger Möglichkeiten, das Problem lösen zu können, an ihrem Sterbewunsch festhält, bezweckt die Beratung den Ausschluss von Risiken einer Selbsttötung.

<sup>4</sup>Besteht für den Suizidwunsch keine besondere zeitliche Dringlichkeit (bspw. wegen raschen Krankheitsfortschrittes, starker Schmerzen oder drohenden Verlusts der Urteils- oder Handlungsfähigkeit), so hat sich die Beratungsstelle davon zu überzeugen, dass der Suizidwunsch während eines Zeitraums von sechs Monaten anhaltend vorhanden war.

#### Art. 4 Ziel der Information

Ziel der zu fördernden Information ist es, in der Bevölkerung die Kenntnis über das bestehende Beratungsangebot zu verbreiten. Ferner ist es das Ziel, über nicht mehr funktionierende Selbsttötungsmethoden und über bestehende Risiken beim Scheitern eines Selbsttötungsversuches zu informieren.

#### Art. 5 Information und Beratung durch kantonale und private Stellen

<sup>1</sup>Information und Beratung erfolgen sowohl durch kantonale als auch private Stellen.

<sup>2</sup>Die Kantone bestimmen die kantonalen Stellen. Sie arbeiten eng mit wissenschaftlichen Stellen zusammen; der Bundesrat bestimmt diese durch Verordnung.

<sup>3</sup>Private Einrichtungen, welche sich diesen Aufgaben widmen, haben Anspruch auf finanzielle Förderung, sofern sie diese Dienstleistungen im Rahmen ihrer organisatorischen Möglichkeiten gegenüber jedermann erbringen und das Selbstbestimmungsrecht des Menschen grundsätzlich achten.

### C. Finanzielles

#### Art. 6 Finanzmittel für Information und Beratung

<sup>1</sup>Die erforderlichen finanziellen Mittel für Information und Beratung werden von der Stiftung Gemeinsame Einrichtung KVG getragen.

<sup>2</sup>Sie betragen in der Regel ein Promille des schweizerischen Gesundheitsbudgets.

#### Art. 7 Fonds für individuelle Massnahmen

<sup>1</sup>Beim Bundesamt für Gesundheit wird ein Fonds für individuelle Massnahmen geäuft, welcher Mittel zur Lösung von Problemen von Menschen zur Verfügung stellt, um Selbsttötungen verhindern zu können.

<sup>186</sup> BREITENMOSER, N 3 zu Art. 13 BV.

<sup>187</sup> Diese können materieller oder affektiver Art sein.

<sup>188</sup> SCHWARZENEGGER, N 6–10 zu Art. 115 StGB; StGB-TRECHSEL, N 1–7 zu Art. 115 StGB.

<sup>189</sup> REHBERG, 326. Gerade in Bezug auf dieses Faktum wäre es interessant, dagegenstehende standesrechtliche Bestimmungen der Ärzteschaft genauer zu untersuchen und ihre Verbindlichkeit einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen. ARZT, 584, macht im Übrigen auf die fehlende demokratische Legitimation von Gremien aufmerksam, welche solche standesrechtlichen Vorschriften mit quasi-gesetzlicher Wirkung aufstellen. Vgl. dazu auch BOSSHARD/KIESEWETTER/RIPPE/SCHWARZENEGGER, 28–32.

<sup>190</sup> Im Berichtszeitraum zwischen 1960 und 1998 gab es 8 Verurteilungen; vgl. dazu SCHWARZENEGGER, Kriminalstatistik zu Art. 115 StGB.

<sup>191</sup> Vgl. dazu auch KEHL, Gesetzesentwurf, 155–160.

<sup>2</sup>Der Fonds finanziert sich durch Beiträge der Kranken- und Unfallversicherer.

#### Art. 8 Entscheid über die Verwendung der Mittel

<sup>1</sup>Über die Verwendung der Mittel entscheidet eine vom Bundesrat eingesetzte Kommission, in welcher das Bundesamt für Gesundheit, die wissenschaftlichen Stellen gemäss Art. 5 Abs. 2 sowie Vertreter privater Organisationen, die sich der Beratung in Selbsttötungsfragen widmen, vertreten sind.

<sup>2</sup>Der Bundesrat erlässt ein Reglement über die Verwendung der Mittel.

<sup>3</sup>Anspruch auf finanzielle Beihilfen für Information und Beratung haben Organisationen, deren Rechnung gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit offengelegt wird und die im Rahmen ihrer eigenen finanziellen Mittel einen angemessenen Beitrag an die Kosten dieser Tätigkeit tragen.

### D. Begleitete Selbsttötungen

#### Art. 9 Adressaten

Begleitete Selbsttötungen durch Abgabe eines letalen Medikamentes dürfen nur von Ärzten und Sterbehilfeorganisationen durchgeführt werden.

#### Art. 10 Auflagen für Begleitungen

<sup>1</sup>Ärzte und Sterbehilfeorganisationen, die um eine begleitete Selbsttötung angegangen werden, stellen sicher, dass

- a. Personen, die sich wegen einer begleiteten Selbsttötung an sie wenden, beraten werden; dabei ist abzuklären, ob der Person anderweitig geholfen werden kann, so dass sie auf ihren Sterbewunsch verzichtet;
- b. durch mindestens zwei Ärzte in Gesprächen mit der sterbewilligen Person abgeklärt wird, ob die Person
  - in Bezug auf ihren Todeswunsch urteilsfähig ist;
  - ihr Entscheid ohne Fremdbeeinflussung erfolgt, wohl erwogen und dauerhaft ist;
  - falls nicht Eile im Sinne von Art. 3 Abs. 4 geboten ist, den Sterbewunsch nach Dauer einer sechsmonatigen Wartefrist erneuert hat;
  - allenfalls mögliche medizinische oder andere Massnahmen ablehnt;
  - in der Lage ist, das letale Medikament sich selbst zuzuführen, allenfalls unter Inanspruchnahme besonderer Vorkehrungen;
- c. die Gespräche protokolliert werden.

<sup>2</sup>Leidet die Person an einer Erkrankung, deren gewöhnlicher Verlauf vermuten lässt, dass in naher Zukunft der Tod eintreten oder sie in absehbarer Zeit ihre Urteils- und oder Handlungsfähigkeit verlieren wird, so ist auf das Erfordernis der sechsmonatigen Wartefrist zu verzichten.

### E. Organisationen

#### Art. 11 Organisationen

<sup>1</sup>Die Bestimmungen dieses Abschnitts beziehen sich auf schweizerische Organisationen, welche begleitete Selbsttötungen anbieten und die sich als solche bei der jeweiligen kantonalen Gesundheitsdirektion angemeldet haben. Die minimale Organisationsstruktur wird vom Bundesrat mittels Verordnung geregelt.

<sup>2</sup>Die kantonalen Gesundheitsdirektionen führen ein Verzeichnis dieser Organisationen.

#### Art. 12 Pflichten der Organisation

<sup>1</sup>Die Organisation sorgt für die Einhaltung der Auflagen nach Art. 10 Abs. 1 lit. a-c.

<sup>2</sup>Die Organisation sorgt dafür, dass bei Sterbebegleitungen mindestens zwei Begleiter ständig anwesend sind.

#### Art. 13 Rechte des Arztes

<sup>1</sup>Ein von der Organisation zugezogener Arzt ist berechtigt, einer Person, bei welcher die in Art. 10 Abs. 1 lit. b genannten Voraussetzungen auf Grund des von ihm mit der Person geführten Gesprächs gegeben sind, die erforderliche Dosis Natrium-Pentobarbital zuhanden der Organisation zu verschreiben.

<sup>2</sup>Diese Tätigkeit gilt nicht als ärztliche, sondern als humanitäre Tätigkeit.

#### Art. 14 Meldepflicht

Von Organisationen begleitete Selbsttötungen sind von deren Beauftragten unmittelbar nach dem Ableben der Person über die Polizei-Notrufnummer telefonisch zu melden.

#### Art. 15 Polizeiliche Überprüfung

<sup>1</sup>Die zuständige Polizeidienststelle entsendet einen besonders ausgebildeten Polizeibeamten an den Sterbeort. Dieser überprüft an Ort und Stelle, ob das in der Strafprozessordnung vorgesehene Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen einzuleiten ist. Dies ist nur dann erforderlich, wenn sich konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass ein strafrechtliches Delikt vorliegen könnte.

<sup>2</sup>Der Polizeibeamte zieht den Bezirksarzt bei, welcher die Todesbescheinigung ausstellt.

#### Art. 16 Rapport

<sup>1</sup>Ergeben sich keine Anhaltspunkte, die zur Auslösung des Verfahrens bei aussergewöhnlichen Todesfällen führen, erstellt der Polizeibeamte an Ort und Stelle einen kurzen Rapport. Dieser enthält

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnadresse und Bürgerort der verstorbenen Person;
- Personalien der Begleitpersonen, die zur Organisation gehören; Personalien der Personen, die bei der Begleitung anwesend waren; das Vorliegen einer Patienten-Verfügung und einer Freitod-Erklärung des Verstorbenen;
- den Namen des Arztes, welcher das Rezept ausgestellt hat;
- den Hinweis, dass seitens zweier Ärzte eine Erklärung über die vorhandene Urteilsfähigkeit der verstorbenen Person bezüglich ihres Sterbewunsches vorliegt;
- die Feststellung, dass keine Notwendigkeit bestanden hat, das Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen einzuleiten;
- die Feststellung, dass der Leichnam der verstorbenen Person zur Bestattung freigegeben ist.

<sup>2</sup>Dem Rapport werden die dem Polizeibeamten von der Organisation übergebenen Akten beigelegt.

<sup>3</sup>Der Organisation wird ein Exemplar des Rapportes zu ihren Händen ausgehändigt, das zweite dem Zivilstandsamt am Sterbeort übermittelt.

#### Art. 17 Kosten des Verfahrens

<sup>1</sup>Soweit nicht das Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen Platz greift, gehen die Kosten des Verfahrens zu Lasten des Nachlasses der verstorbenen Person.

<sup>2</sup>Die Kantone setzen eine Kostenpauschale fest. Diese tritt an die Stelle der Leichenschaugebühr und darf diese höchstens um denselben Betrag übersteigen.

#### Art. 18 Aufsicht

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen führen die Aufsicht über die Organisationen in Bezug auf die Einhaltung des Gesetzes.

**Art. 19 Sanktionen**

Stellt die Gesundheitsdirektion fest, dass eine Organisation die Bestimmungen des Gesetzes wiederholt und schwerwiegend verletzt hat, hat sie nach Ansetzung einer Bewährungsfrist von längstens drei Monaten die betreffende Organisation aus dem Verzeichnis zu streichen.

**F. Rechtsschutz****Art. 20 Rechtsschutz**

Der Rechtsschutz richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

**G. Verbesserung der statistischen Grundlagen****Art. 21 Statistik**

<sup>1</sup>Das Bundesamt für Statistik führt eine Statistik über begleitete Selbsttötungen.

<sup>2</sup>Ärzte und Krankenhäuser haben Fälle von Suizidversuchen der Gesundheitsdirektion innert dreier Tage ab Kenntnisnahme in anonymisierter Form zu melden.

<sup>3</sup>Die zu erfassenden Daten legt der Bundesrat in einer Verordnung fest.

**H. Schlussbestimmungen****Art. 22 Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt zwei Monate nach unbenützlichem Ablauf der Referendumsfrist oder nach Annahme in der Volksabstimmung auf Beginn des darauf folgenden Monats in Kraft.

**7. Erläuterung des Entwurfes**

Nachdem unter (5.) die grundrechtliche Legitimation dieses Gesetzes bereits untersucht und dargelegt wurde, werden in diesem Teil der Arbeit die vorgesehenen Bestimmungen des Gesetzes einer genaueren Betrachtung und Erläuterung unterzogen.

**7.1. A. Allgemeines**

Der Zweck dieses Gesetzes wurde zuvor bereits detailliert dargelegt, weshalb darauf unter (4.4.) verwiesen werden kann. Gleiches gilt für die grundrechtliche Verankerung seitens der Bundesverfassung und der EMRK (5.).

**7.2. B. Beratungsstellen und Information****7.2.1. Beratung**

Einen der wichtigsten Ecksteine dieses Gesetzesentwurfes stellt die Beratung von Menschen dar, welche Suizidabsichten hegen. Diese individuelle Beratung verfolgt mehrere Ziele:

Als grundsätzliches Ziel soll dem Individuum die Möglichkeit geboten werden, angstfrei über seine Suizidgedanken, seine Sorgen und seine Nöte sprechen zu können. Wie bereits oben ausgeführt ist die Möglichkeit, auch über diese Gedanken angstfrei sprechen zu können, ein – wenn nicht gar *der* – entscheidende erste Schritt, um eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen.<sup>192</sup> Auf diese Weise kann eine Basis für den Beratungsprozess entstehen, und zwar

durch einen Vorgang, der im psychoanalytischen Jargon "Spiegeln" genannt wird. Darunter versteht man, die *Gefühle* seines Gesprächspartners in Worte zu fassen. Nicht der inhaltliche Teil seiner Aussage muss wiedergegeben werden können, sondern der emotionale.<sup>193</sup> Nur dies kann dem Gegenüber das Gefühl geben, als Mensch wirklich geschätzt, verstanden und damit angenommen zu werden,<sup>194</sup> und nur in einer solchen Atmosphäre ist ein Mensch in existentiellen Nöten verständlicherweise bereit, sich neuen Sichtweisen zu öffnen.

In solch einem Klima des Vertrauens wird in der Beratung geprüft, ob das Problem, welches das betreffende Individuum dazu gebracht hat, sich die Beendigung seines Lebens zu wünschen, behoben oder doch zumindest so weit gelindert werden kann, dass das Individuum den Sterbewunsch aus freien Stücken aufgeben kann. Die Beratung ist also in erster Linie eine Beratung *zum Leben hin* und nicht zum Suizid. Allerdings bedingt dieses Klima des Vertrauens auch, dass das Individuum selbst diesen Entscheid zu fällen hat und dieser auch durch den Beratenden akzeptiert wird – wie auch immer er ausfallen mag.

So muss dem Individuum auch kommuniziert werden, dass die Beratung auch in Richtung Unterstützung eines Suizides gehen kann, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass das Individuum urteilsfähig ist und der Suizidwunsch während mindestens sechs Monaten andauert hat resp. danach erneuert wurde. Mit dem Ansetzen der bereits unter (4.3.) erwähnten Wartefrist wird zwar in das Selbstbestimmungsrecht des Individuums eingegriffen, jedoch in vertretbarer Art und Weise. Sechs Monate scheinen eine angemessene Frist, um die Ernsthaftigkeit und Wohlerwogenheit des Suizidwunsches seriös abzuklären, andererseits ist sie kurz genug, um beim Betreffenden nicht den Eindruck zu erwecken, er solle einfach hingehalten werden, damit sich das Problem auf die eine oder andere Art von selbst lösen werde.<sup>195</sup> Keinesfalls darf es zu einer "Bürokratisierung" in der Beratung kommen. Eine solche würde alle Beteiligten, insbesondere den Sterbewilligen, massiv belasten, ohne zum Schutz des Lebens wirklich etwas beizutragen. Zu Recht erkannte ARZT, dass "wenn zum Schutz des Lebens so hohe bürokratische Lücken<sup>196</sup> aufgebaut werden, dass sich der Sterbewillige zum Weiterleben gezwungen sieht, weil die administrativ-juristischen Hürden, die einer missbräuchlichen Sterbehilfe vorbeugen sollen, auch eine erlaubte Sterbehilfe zu mühsam machen, dann muss dies zur Konkurrenz zwischen legaler bürokratischer und illegaler unbürokratischer Sterbehilfe führen."<sup>197</sup>

192 BACK/STARKS/HSU/GORDON/BHARUCHA/PEARLMAN, 1259: "When they encountered a clinician who was willing to discuss PAS (Physician Assisted Suicide), they felt able to disclose many concerns about dying."

193 SCHMIDBAUER, 280.

194 SCHMIDBAUER, 272.

195 EBNER, 2424.

196 Hier dürfte es wohl richtig "Hürden" statt "Lücken" heissen.

197 ARZT, 591–592.

Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit aber wird die Beratung erfolgreich sein, ganz besonders in jenen Fällen, in denen es sich um eine Suizidalität aus dem Affekt heraus handelt. Diese Menschen werden sich ernst genommen fühlen und eine gewaltige Erleichterung verspüren, dass sie über ihre Nöte mit jemandem sprechen können, der sie und ihre Entscheidungen so oder so respektiert. In diesem Fall wird sich für den Berater die Frage stellen, insbesondere wenn absehbar ist, dass die Person über einen längeren Zeitraum Hilfe benötigt, welche anderen sozialen Einrichtungen zur Hilfestellung noch herbeigezogen werden können. Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dem Hilfesuchenden nicht den Eindruck zu vermitteln, sobald sein Problem der Suizidalität einigermaßen im Griff sei, werde er "abgeschoben".

In einigen wenigen Fällen jedoch wird der Beratung kein Erfolg beschieden sein. Vielleicht zeigt die Beratung auf bzw. bringt es noch deutlicher zu Tage, dass dem Individuum nicht geholfen werden kann, seine Probleme zu lösen und damit eine für sich als befriedigend empfundene Lebensqualität zu erreichen. Eher selten wird die Person, obwohl ihr vertretbare Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, an ihrem Sterbewunsch festhalten. Auch wenn es die Pflicht der Beratung ist, dem Individuum alle nur denkbaren Lösungs- und damit Lebensmöglichkeiten aufzuzeigen, so ist es ebenfalls ihre Pflicht, den freien Willen des urteilsfähigen Menschen zu respektieren, wenn er über die geforderte Zeitdauer konstant aufrecht erhalten wird.

Besonders in Fällen, in denen nach Meinung des Beratenden gangbare Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt wurden, wird es diesem schwer fallen, den Willen der Person in Richtung Suizid zu respektieren. Die Anerkennung des Rechts des urteilsfähigen Menschen, selbst über sein Schicksal zu verfügen, ist aber ein wichtiger und tragender Grundbestandteil dieses Gesetzes. Gerade in einer solchen Situation muss die Ausübung dieses Rechts zu respektieren sein, will man den Zweck des Gesetzes à la longue nicht unterlaufen.

Kann die Beratung dem Hilfesuchenden keine vernünftigen Alternativen aufzeigen, oder lehnt das Individuum diese ab, beharrt es also auf seinem Wunsch, sein Leben zu beenden, so hat die Beratung in Richtung Beendigung des eigenen Lebens zu erfolgen. Der Betroffene ist dann insbesondere über die Risiken von Suizidmethoden mit hoher Selbst- und Fremdgefährdung zu informieren und über die Möglichkeit in Kenntnis zu setzen, sich an eine Sterbehilfeorganisation zu wenden.

Schliesslich kann sich in der Beratung die Situation ergeben, dass ein Hilfesuchender dringend finanzieller Hilfe bedarf. Unter diesen Umständen soll es der Beratung auch möglich sein kurzfristig und unbürokratisch eine erste finanzielle Notversorgung zu gewährleisten, zumindest als Überbrückung bis andere soziale Einrichtungen greifen.

## 7.2.2. Information

Die oben erwähnte Beratungstätigkeit bildet zweifellos eine der tragenden Säulen des hier dargelegten Gesetzesentwurfes in Bezug auf die Suizid-Prävention. Wie aber bereits in der Einführung erwähnt, geht es nicht nur um die Verringerung

der Zahl von Selbsttötungen i.e.S., sondern auch um eine Verringerung der Anzahl der Versuche sowie der durch sie verursachten menschlichen und finanziellen Schäden.

Die Erreichung dieses Zieles setzt neben dem auf individueller Ebene durchgeführten Beratungsangebot auch eine Informationstätigkeit gegenüber der Bevölkerung voraus. Diese soll nicht nur über das bestehende Beratungsangebot informiert werden, sondern auch über die grossen Risiken der Eigen- und z.T. auch Fremdgefährdung, welche bei den meisten der "gängigen" Suizidmethoden bestehen.

Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die bekannten und weniger bekannten Suizidmethoden einer Tauglichkeits- resp. Untauglichkeitsbeschreibung zu unterziehen. Die aus den fünfziger Jahren bekannte Überdosis Schlaf-tabletten, Kohlenmonoxyd (durch Automotor oder Kochgas), Starkstrom (der berühmte Föhn in der Badwanne), erschies-sen, erhängen, ertränken, provozierte Unfälle, Höhenstürze etc. sind heute teils<sup>198</sup> völlig untaugliche Methoden, weisen aber grösstenteils immer noch eine teilweise extreme Eigen- und Fremdgefährdung auf.<sup>199</sup>

Die Unkenntnis in Bezug auf die Untauglichkeit und die grosse Eigen- und Fremdgefährdung der erwähnten Methoden ist es, welche den Hauptanteil der erwähnten jährlichen Kosten von rund 2,5 Milliarden Franken ausmacht. Nicht nur rechtfertigt es daher, einen entsprechend grosszügigen Betrag für die Information der Bevölkerung über das hohe Gefährdungspotential dieser Methoden aufzuwenden, es ist dies geradezu eine volkswirtschaftliche Notwendigkeit.

## 7.2.3. Kantonale und private Stellen

Das Beratungs- und Informationsangebot soll sowohl durch kantonale als auch durch private Stellen erfolgen. Auf kantonaler Ebene könnte diese Aufgabe z.B. durch psychiatrische Ambulatorien übernommen werden. Bei ihnen stellt sich weit weniger das Problem des unter (4.2.1.4.4.) erwähnten Dilemmas der psychiatrischen Institution. Sicherlich wären auch speziell ausgebildete Sozialdienste für diese Aufgabe geeignet.

Auf privater Seite wären es v.a. Organisationen mit sozialer und humanistischer Zielsetzung, welche für diese Tätigkeit in Frage kämen. Eine Reglementierung drängt sich hier m.E. nicht auf; vom Grundsatz her ist jede private Organisation dafür geeignet, welche das Ziel hat, Menschen in existentiellen Krisen zu helfen, vorausgesetzt die Organisation achtet das Selbstbestimmungsrecht des Individuums.

198 Moderne Schlafmittel verwenden als Wirkstoff insbesondere Benzodiazepin oder Benzodiazepin-Derivate, welche selbst in extremen Überdosen nicht mehr tödlich sind, z.T. enthalten sie sogar Emetika (Breachmittel). Moderne Automotoren erzeugen dank Katalysator und verbesserten Carburations-techniken nur noch einen Bruchteil des nötigen Kohlenmonoxydes, als Kochgas wird heute Erdgas verwendet. Die Methode mit dem Föhn funktioniert wegen der Fehlerstromschutzschalter nicht mehr.

199 Ausführlich hierzu: MINELLI, EMRK, 494–496; VON BALLUSECK, 32–48; HOLENSTEIN, 14–20.

Unter dieser Voraussetzung haben private Organisationen Anspruch auf finanzielle Förderung.

Damit die Beratung auf einem hohen Niveau erfolgen kann und die laufend gewonnenen neuen Erkenntnisse zu dieser Problematik in die Beratung einfließen können, haben die Beratungsstellen einen engen Kontakt mit wissenschaftlichen Stellen zu pflegen. Vom Bundesrat ist dies auf Verordnungsstufe zu regeln.

### 7.3. C. Finanzielles

Bei der Regelung der Finanzierung der durch dieses Gesetz vorgesehenen Massnahmen stellen sich im Wesentlichen zwei Fragen: die Frage nach der Höhe dieser Finanzierung und diejenige nach der Trägerschaft, also wer dafür aufzukommen hat.

Bereits die direkten Kosten der verübten Suizide und Suizidversuche betragen jährlich mindestens CHF 2,5 Milliarden, wobei bei dieser Berechnung die volkswirtschaftlichen Ausfälle noch gar nicht mitberücksichtigt sind. Diese dürften mindestens noch einmal so hoch ausfallen. Es rechtfertigt sich daher, die Höhe der finanziellen Basis dieser Regelung auf Gesetzesstufe festzulegen. Angesichts der enormen Kosten, welche durch Suizide und v.a. misslungene Suizidversuche verursacht werden, scheint ein Betrag in Höhe von einem Promille des schweizerischen Gesundheitsbudgets durchaus angemessen.

Das gesamtschweizerische Gesundheitsbudget betrug im Jahr 2002 48 Milliarden Franken (CHF 47959100000.-).<sup>200</sup> Ein Promille davon wären also 48 Millionen Franken, was aus Sicht des Gesundheitsbudgets wenig ist, aber durchaus ausreichen würde, um eine effiziente Suizid-Prävention zu betreiben.

Art. 18 Abs. 1 KVG hat festgelegt, dass die Krankenversicherer eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung zu schaffen haben. Primärer Zweck dieser Stiftung ist es gemäss Art. 18 Abs. 2 KVG, die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern zu übernehmen. In Abs. 3 der genannten Norm ist statuiert, dass der Bundesrat dieser gemeinsamen Einrichtung auch weitere Aufgaben übertragen kann.

Die Versicherer sind der gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen und haben gemeinsam die Stiftung "Gemeinsame Einrichtung KVG"<sup>201</sup> gegründet. Die Finanzierung der Suizid-Prävention wäre eine Aufgabe, die gestützt auf Art. 18 Abs. 3 KVG ohne weiteres dieser Stiftung übertragen werden könnte.

Dies macht nicht nur Sinn, weil die gesetzliche Grundlage bereits besteht und nicht mehr geschaffen werden müsste. Es macht insbesondere auch deswegen Sinn, weil es die Krankenversicherer sind, welche durch eine funktionierende Suizid-Prävention finanziell entlastet würden.

Sinnvoll wäre auch die Schaffung eines Fonds für individuelle Massnahmen. Mit den Mitteln dieses Fonds könnten neben den generellen Instrumenten dieses Gesetzes, also Beratung und Information, darüber hinaus jene Massnahmen finanziert werden, welche Menschen mit existenzbedrohenden Problemen eine finanzielle Überbrückungshilfe

leisten würden, bis andere soziale Einrichtungen einspringen könnten.

Über die Verwendung der Mittel soll eine vom Bundesrat eingesetzte Kommission entscheiden. In dieser sollen Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit, der wissenschaftlichen Stellen gemäss Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes und Vertreter privater Organisationen, welche sich Suizidfragen widmen, vertreten sein. Über die genaue Mittelverwendung soll der Bundesrat mittels Reglement entscheiden. Im Gesetz selbst soll jedoch der Anspruch auf angemessene finanzielle Unterstützung von Organisationen festgelegt werden, die im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten Beratung und Information anbieten. Voraussetzung ist, dass die Organisation ihre Rechnung dem Bundesamt für Gesundheit offen legt.

### 7.4. D. Begleitete Selbsttötungen

Der Abschnitt über die begleiteten Selbsttötungen bezweckt einerseits die Regelung, wer solche überhaupt durchführen darf, andererseits soll auch hier im Sinne einer Mindestanforderung festgelegt werden, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit überhaupt ein begleiteter Suizid stattfinden darf. Angesichts der anspruchsvollen Thematik, der grossen Tragweite der getroffenen Entscheidungen und aus einem Schutzgedanken dem Bürger gegenüber rechtfertigt es sich nicht nur, sondern drängt es sich geradezu auf, für die Fälle des begleiteten Suizids klare gesetzliche Leitplanken aufzustellen.

Eine solche Regelung drängt sich aber auch auf, um einer drohenden Rechtszersplitterung mit unterschiedlichen kantonalen Regelungen<sup>202</sup> zuvorzukommen.

BAUMANN-HÖLZLE führt zu diesem Thema aus: "Die Suizidbeihilfe ist in der Schweiz eine Freiheit und kein Recht; d.h. niemand kann Suizidbeihilfe als Recht einfordern."<sup>203</sup> Gleichzeitig hält sie aber fest, dass zurzeit ein Gesinnungswechsel dahingehend stattfindet, dass "die Freiheit zum Suizid und zur Suizidbeihilfe zunehmend zum moralischen Anspruch und zum einforderbaren Recht gegenüber anderen Menschen" wird.<sup>204</sup> Dass diese Tendenz besteht, ist sicher richtig und lässt sich durch die Verschiebung in der öffentlichen Meinung zu diesem Thema auch leicht nachweisen. Vom Stand der Gesetzgebung aus liegt die momentane Wahrheit jedoch zwischen diesen beiden Aussagen.

Suizid und Suizidversuch sind heute in der Schweiz, wie in jedem aufgeklärten Staat, selbstverständlich straffrei. Die Beihilfe zum Suizid ist in Art. 115 StGB geregelt; sie ist ebenfalls straflos, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen geleistet wird. So gesehen ist die Suizidbeihilfe in der Schweiz sehr wohl geregelt. Daher hat BAU-

200 [http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/gewe/dtfr14b.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/dtfr14b.htm)

201 <http://www.kvg.org/default.htm>

202 Vgl. dazu FN 3.

203 BAUMANN-HÖLZLE, 2426, vgl. dazu auch (4.2.1.4.4.).

204 BAUMANN-HÖLZLE, 2427.

MANN-HÖLZLE mit ihrer Aussage, "niemand kann Suizidbeihilfe als Recht einfordern" nur (aber immerhin) insofern recht, als niemand gegen seinen Willen gezwungen werden kann, einem anderen Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Ist aber die Bereitschaft zur Suizidbeihilfe von Einzelnen oder Gruppen vorhanden, so braucht sie als Recht nicht mehr eingefordert zu werden. Hingegen muss als Recht die Freiheit eingefordert werden, die Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen zu dürfen.

Freiheit im Rechtssinne ist das Recht des Individuums, vom Staat und seiner Rechtsordnung nicht beregelt zu werden, d.h. nirgends in der Ausübung seiner Rechte beschränkt zu werden, es sei denn, diese Beschränkung wäre positivrechtlich normiert.

#### 7.4.1. Begleiter

Das von BAUMANN-HÖLZLE zu Recht aufgeworfene Problem, dass niemand gezwungen werden könne, einem anderen beim Suizid zu assistieren, verliert seine praktische Relevanz, denn ganz offenbar gibt es heute genügend Menschen und Menschengruppen, die bereit sind, anderen Menschen bei einem Suizid Beihilfe zu leisten.

So existiert weltweit ein Netzwerk von Organisationen, die sich für die Anerkennung des Rechts auf einen würdigen Tod und somit auch für die Respektierung und Umsetzung solcher Wünsche einsetzen. Die meisten sind unter dem Dachverband der World Federation of Right-to-Die Societies zusammengefasst.<sup>205</sup> Auch in der Schweiz gibt es solche Organisationen.

Zudem sind zwischenzeitlich immer mehr Ärzte bereit, ihren *eigenen* Patienten, die sie über Jahre hinweg begleitet haben und mit deren Krankheitsgeschichte sie vertraut sind, nötigenfalls das letale Medikament zu verschreiben.

Die sicherste, sanfteste und würdevollste Suizidmethode ist die Einnahme eines Barbiturats in letaler Dosierung.<sup>206, 207</sup>

Allerdings setzt dies ein minimales Fachwissen voraus. So muss beispielsweise vor Einnahme des Barbiturates ein Anti-Emetikum eingenommen werden. Aus diesem Grunde im speziellen, aber auch aus den obigen Überlegungen ganz generell, rechtfertigt es sich, dass Suizidbegleitungen *im Sinne dieses Gesetzes*<sup>208</sup> nur von Ärzten oder Sterbehilforganisationen durchgeführt werden dürfen.

#### 7.4.2. Regelung des Verfahrens

Sowohl Ärzte als auch Organisationen, welche um eine Suizidbegleitung angegangen werden, haben sicherzustellen, dass der Sterbewillige das in Art. 3 des Gesetzes genannte Beratungsangebot in Anspruch nehmen kann bzw. schon in Anspruch genommen hat. Auch wenn dieser der festen Überzeugung ist, "dass es für sein Problem sowieso keine Lösung gibt", muss die Beratung durchgeführt werden, und er ist darauf hinzuweisen, dass er, bevor ein begleiteter Suizid überhaupt in die nähere Betrachtung gezogen werden kann, den Suizidwunsch nach einer sechsmonatigen Wartefrist zu erneuern hat. Ausnahme von dieser Regel ist ein unzumutbares Abwarten der Frist, wegen sich abzeichnender Urteils- oder Handlungsunfähigkeit oder wegen

raschen Krankheitsfortschrittes. Man spricht in diesem Zusammenhang vom sog. *window of opportunity*.<sup>209</sup>

Ferner abzuklären ist, ob die Person, welche an ihrem Sterbewunsch festhält, diesbezüglich urteilsfähig ist. Da dieser Frage eine grosse Bedeutung zukommt und hier ein hohes Mass an Sicherheit erforderlich ist, muss diese Frage von mindestens zwei voneinander unabhängigen Ärzten geklärt werden. Allerdings könnte man sich auch die Frage stellen, ob nicht auch ein Arzt und eine Urkundsperson diese Sicherheit gewährleisten würden. Ebenfalls muss abgeklärt werden, ob der Entscheid ohne Fremdbeeinflussung erfolgte – und ebenso erneuert wurde – sowie wohl erwogen ist.

Aus Gründen der Beweissicherung sind diese Abklärungen schriftlich festzuhalten, d.h. die Gespräche sind in den wesentlichen Punkten zu protokollieren. Zudem muss im Protokoll festgehalten werden, ob die Person medizinische oder andere Massnahmen ablehnt und sich das letale Medikament selbst zuführen kann, allenfalls unter Zuhilfenahme besonderer Vorkehrungen.<sup>210</sup> Diese sind dann gegeben, wenn der Patient nicht in der Lage ist, die Zuführung des letalen Medikamentes selbst vorzunehmen, wie z.B. bei gewissen Nervenkrankheiten und schweren körperlichen Behinderungen wie Tetraplegie oder Schluckunfähigkeit. Es ist dann zu prüfen, ob sich der Patient das Mittel mit apparativer Hilfe selbst zuführen kann.<sup>211</sup> Geht auch das nicht, muss von einem begleiteten Suizid abgesehen werden, da der Suizid eben verlangt, dass der Patient selbst den entscheidenden Schritt der Zuführung durchführt oder zumindest auslöst. Würde dem Patienten auch dieser Schritt abgenommen werden, würde man sich im Bereich der Tötung auf Verlangen bewegen. Diese ist aber gemäss Art. 114 StGB, auch wenn sie aus achtenswerten Beweggründen und auf ernsthaftes und eindringliches Verlangen des Patienten geschieht, strafbar und daher abzulehnen.

#### 7.5. E. Organisationen

Um die oben erwähnten Unklarheiten zu bereinigen und dem Regelungsbedarf Rechnung zu tragen, ist es für das vorliegende Gesetz sinnvoll, bezüglich der Organisationen, welche begleitete Suizide anbieten, einen gewissen Minimalstandard zu regeln. Dies liegt im Übrigen auch im Interesse aller seriösen Organisationen.

So erscheint es sinnvoll, dass sich sämtliche Organisationen, welche begleitete Selbsttötungen im Rahmen ihrer

205 <http://finalexit.org/world.fed.html>

206 ARZT, 591.

207 Vgl. dazu auch die VON BOSSHARD/ULRICH/BÄR publizierten Zahlen, 313.

208 D.h. in erster Linie auch, durch Applikation von Natrium-Pentobarbital.

209 ARZT, 587.

210 Vgl. dazu BOSSHARD/JERMINI/EISENHART/BÄR, 105–108.

211 Betätigen einer Spritze durch die Magensonde, Auslösen einer zuvor gesetzten intravenösen Infusion durch Lösen eines Ventils oder Betätigen des Schalters einer motorischen Pumpe etc.

Statuten anbieten, bei der Gesundheitsdirektion ihres Sitzkantons anmelden müssen. Die Gesundheitsdirektionen wiederum haben ein Verzeichnis der bei ihnen angemeldeten Organisationen zu führen. Auf Verordnungsstufe regelt der Bundesrat die minimalen Anforderungen an die organisatorischen Strukturen von Organisationen, welche begleitete Selbsttötungen anbieten.<sup>212</sup>

Wichtigstes Element dieses Gesetzesabschnittes ist die Wahrung der Einhaltung der unter Art. 10 Abs. 1 lit. a–c dieses Gesetzes genannten Auflagen unter Aufsicht der Gesundheitsdirektion. Für den Fall, dass eine Organisation die Bestimmungen dieses Gesetzes, insbesondere die Auflagen der begleiteten Selbsttötungen wiederholt und in schwerwiegender Form verletzt, muss die entsprechende Organisation aus dem Verzeichnis gestrichen werden. Dadurch wird erreicht, dass die begleitende Organisation selbst an der Einhaltung dieser Auflagen grösstes Interesse hat.

In Bezug auf die Abgabe von Natrium-Pentobarbital besteht noch keine vollständige Klarheit. Aufgrund der bestehenden Rechtslage hat eine sterbewillige Person, auch wenn sie sich im terminalen Stadium einer schweren Krankheit befindet, gegenüber einem Arzt keinen rechtlich durchsetzbaren Anspruch auf Ausstellung eines entsprechenden Rezeptes.<sup>213</sup> Auf der anderen Seite wird von BRUNNER betont, dass das Rezept nur dann, und somit eben doch, ausgestellt werden dürfte, wenn der Sterbewunsch bei intakter Urteilsfähigkeit über mehrere Monate konstant geäussert und dokumentiert wurde.<sup>214</sup>

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat unter Punkt 4.1. der Vernehmlassungspublikation ihrer medizinisch-ethischen Richtlinien über die Betreuung von Patienten am Lebensende vom 5.2.2004 erstmals auch zur expliziten (medizinischen) Beihilfe zum Suizid Stellung genommen. Sie betrachtet darin Beihilfe zum Suizid zwar noch immer nicht als "Teil der ärztlichen Tätigkeit", betont aber auf der anderen Seite, dass der Wille des Patienten zu achten sei; dies könne auch bedeuten, "dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist."<sup>215</sup>

Diese Rechtsunsicherheit will vorliegender Gesetzesentwurf beseitigen, indem er den Arzt berechtigt, bei Vorliegen der Voraussetzungen von Art. 10 Abs. 1 lit. b dieses Gesetzes, dem Patienten die erforderliche Dosis Natrium-Pentobarbital zuhanden der Organisation zu verschreiben. Damit wird zudem der Schutz des Publikums gewährleistet, da das letale Medikament nicht in falsche Hände geraten kann. Es drängt sich aus den soeben gemachten Überlegungen aber auf, diese Tätigkeit klar als humanitäre Tätigkeit abzugrenzen.<sup>216</sup>

Die Organisation hat einen begleiteten Suizid umgehend über die Notrufnummer der Polizei zu melden. Diese entsendet einen besonders ausgebildeten Polizeibeamten an den Sterbeort, damit überprüft werden kann, ob das in der Strafprozessordnung vorgesehene Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen einzuleiten ist.

Sofern die Begleitung durch eine bei der kantonalen Gesundheitsdirektion registrierte Organisation oder einen Arzt

vorgenommen wurde, ist das Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen nur dann einzuleiten, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein strafrechtliches Delikt begangen worden sein könnte. Diese Bestimmung ist deswegen wichtig, da einige Kantone nach jedem begleiteten Suizid das oben erwähnte Verfahren durchführen, was einerseits personell und finanziell aufwendig ist, andererseits aber auch für die Angehörigen eine unnötige Belastung darstellt.<sup>217</sup>

Ergeben sich keine Hinweise auf Unregelmässigkeiten, zieht der Polizeibeamte den Bezirksarzt bei, welcher dann die ärztliche Todesbescheinigung ausstellt. Der Polizeibeamte erstellt einen kurzen Rapport, der die in Art. 16 genannten Punkte enthalten soll. Sollte das Verfahren bei aussergewöhnlichen Todesfällen nötig werden, so sind die Kosten der Untersuchung ohnehin durch den Staat zu tragen.<sup>218</sup> Ist dieses Verfahren aber nicht nötig – und dies wird bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle so sein –, gehen die Kosten des Verfahrens zu Lasten des Nachlasses der verstorbenen Person. Sinnvoll wäre es, wenn die Kantone hier eine Pauschale festsetzten; das Gesetz regelt nur die Obergrenze.

Sinn der in Art. 11 festgelegten Registrierung ist es, den kantonalen Gesundheitsdirektionen die Aufsicht über die Organisationen zu ermöglichen. Die kantonalen Gesundheitsdirektionen haben daher über die Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes durch die Organisationen zu wachen und bei Bedarf Sanktionen zu verhängen. Diese gehen bis zur Streichung der Organisation aus dem kantonalen Verzeichnis, womit diese dann das Recht verlieren würde, Suizidbegleitungen durchzuführen.

## 7.6. F. Rechtsschutz

Um die heute in vielen Bereichen der Gesetzgebung bestehende Tendenz einer *Überregulierung* zu vermeiden, genügt für den Rechtsschutz der Verweis auf das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren. Dies bedeutet, dass sich

212 Bspw. wäre als eine Minimalanforderung zu betrachten, dass die Organisation die Rechtsform einer juristischen Person hat.

213 Vgl. dazu BRUNNER, 6.

214 BRUNNER, 7–8.

215 Es darf an dieser Stelle jedoch nicht übersehen werden, dass sich die SAMW in ihrem neuesten Richtlinien-VE eigentlich nur mit terminal Kranken in der letzten Lebensphase befasst; zur Frage des assistierten Suizids in anderen Fällen verweigert sie bislang den Ärzten Hinweise, wie sie sich verhalten sollen; vgl. dazu auch: MINELLI, EMRK, FN 39, 499.

216 Interessant wäre es noch die rechtliche Lage zu prüfen, ob bei Vorliegen der unter Art. 10 Abs. 1 lit. b genannten Auflagen Natrium-Pentobarbital nicht auch durch die Kantonsapothek direkt der Organisation abgegeben werden könnte. Die Behandlung dieser Frage würde allerdings den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

217 Vgl. dazu auch ARZT, 591–592.

218 Soweit nicht ein Schuldiger in einem anschliessenden Strafverfahren die Kosten zu übernehmen hat.

der Rechtsschutz bei den Verfügungen kantonaler Behörden nach kantonalem Verwaltungsrecht richtet. Wird ein Verfahren auf Bundesebene geführt, richtet sich der Rechtsschutz nach Bundesrecht.

### 7.7. G. Verbesserung der statistischen Grundlagen

Über Suizide führt das Bundesamt für Statistik bereits heute eine Statistik.<sup>219</sup> Über Suizidversuche wird jedoch noch keine Statistik geführt, sämtliche Zahlen dazu beruhen auf Hochrechnungen. Die Antwort des Bundesrates auf die Anfrage von Nationalrat ANDREAS GROSS<sup>220</sup> hat gezeigt, dass die statistischen Materialien des Bundes in diesem Bereich zu wenig aussagekräftig sind. Dies rührt u.a. daher, dass es Ärzten und Krankenhäusern gestützt auf ihre ärztliche Schweigepflicht gar nicht gestattet ist, Suizidversuche zu melden. Indes wären gerade diese Daten wichtig und hilfreich zur Erforschung des Phänomens der Suizidalität und der künftigen Entwicklung. Aus diesem Grunde legt dieses Gesetz fest, dass Ärzte und Krankenhäuser Suizidversuche innert dreier Tage ab Bekanntwerden der Gesundheitsdirektion *in anonymisierter Form* zu melden haben. Dadurch ist einerseits die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet, andererseits können aber die für die Erforschung der Suizidalität so wichtigen Daten erhoben und ausgewertet werden.

### 8. Schlussgedanke

In Anbetracht der Tatsache, dass durch Suizide annähernd drei mal mehr Menschen in unserem Lande sterben als durch Verkehrsunfälle und dass durch die Folgen der missglückten Suizidversuche – zurückhaltend geschätzt – Kosten in Höhe von 2,37 Milliarden Franken entstehen, ist die Suizid-Problematik ein bisher offenbar nicht erkannter Kostenfaktor in unserer Sozial- und Gesundheitspolitik. Gerade in der heutigen Zeit, in der die Gesundheitskosten explosionsartig ansteigen, wäre es sicherlich angezeigt, durch eine sinnvolle Legiferierung in diesem Bereich Einsparungen für das Gesundheitswesen vorzunehmen.

Zudem könnte eine solche Gesetzgebung dazu dienen, der gesamten rechtlichen Sterbehilfe-Problematik einen vernünftigen, der heutigen Zeit und ihren Bedürfnissen gerechten und pragmatischen Rahmen zu geben.

### Literaturverzeichnis Suizidgesetz

- AMÉRY JEAN, Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. 11. A., Stuttgart 2001
- Arbeitsgruppe Sterbehilfe EJPD, Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement. Bern 1999
- ARZT GUNTHER, Bürokratisierung der Hilfe beim Sterben und beim Suizid – Zürich als Modell. In: Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. Hrsg. v. AME-

LUNG KNUT/BEULKE WERNER/LILIE HANS/ROSENAU HENNING/RÜPING HINRICH/WOLFLAST GABRIELE. Heidelberg 2003, 583–592

- AJDACIC-GROSS VLADETA, Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Explorative Analysen zur Entwicklung des Suizids in der Schweiz (1881–1990). Diss. Bern 1999
- BACK ANTHONY L./STARKS HELENE/HSU CLARISSA/GORDON JUDITH R./BHARUCHA ASHOK/PEARLMAN ROBERT A., Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide. A patient and family view. Arch Int Med 2002, 162, 1257–1265
- BATTIN PABST MARGARET, Ethical Issues in Suicide. Englewood Cliffs, 1995
- BAECHLER JEAN, Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord. Frankfurt 1981 (zit.: BAECHLER, Tod)
- BAECHLER JEAN, Les Suicides. 2. erw. und korr. A., Paris 1975 (zit.: BAECHLER, Suicides)
- BALLUSECK LOTHAR VON, Selbstmord. Tatsachen, Probleme, Tabus, Praktiken. Bad Godesberg 1965
- BARNARD CHRISTIAAN, Glückliches Leben, würdiger Tod. Der weltberühmte Herzchirurg plädiert für Sterbehilfe und für das Recht auf Freitod. München 1983
- BAUMANN URSULA, Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar 2001
- BAUMANN-HÖLZLE RUTH, Der Tod als Freund: Suizidwunsch bei einer psychiatrisch erkrankten Patientin. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 46, 2425–2428
- BIGLER-EGGENBERGER MARGRITH, Art. 11–21 ZGB. In: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Zivilgesetzbuch I, Art. 1–456 ZGB. 2. A., Basel 2002
- BINDER HANS, Die Geisteskrankheit im Recht. Ein Beitrag zur Klärung der grundlegenden Begriffe für geistige Störungen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch und Strafgesetzbuch. Zürich, 1952 (zit.: BINDER, Geisteskrankheit)
- BINDER HANS, Die Urteilsfähigkeit in psychologischer, psychiatrischer und juristischer Sicht. Zürich 1964 (zit.: BINDER, Urteilsfähigkeit)
- BOSSHARD GEORG, Schutz der Institution vorrangig. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 46, 2429
- BOSSHARD GEORG/BÄR WALTER, Sterbeassistenz und die Rolle des Arztes. Überlegungen zur aktuellen Debatte um die Regelung von Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe in der Schweiz. In: AJP/PJA 2002, 407–413
- BOSSHARD GEORG/JERMINI DANIELA/EISENHART DANIEL/BÄR WALTER, Assisted suicide bordering on active euthanasia. In: Int J Legal Med 117 (2003), 106–108
- BOSSHARD GEORG/ESTHER ULRICH/BÄR WALTER, 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 133 2003, 310–317
- BOSSHARD GEORG/KIESEWETTER MARTIN/RIPPE KLAUS PETER/SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen. Unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit. Expertenbericht zu Handen Exit-Deutsche Schweiz. Zürich 2004

219 [http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/dufr14.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/dufr14.htm)

220 <http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2001/d%5Fgesch%5F20011105.htm>

- BRONISCH THOMAS, Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München 1995
- BREITENMOSER STEPHAN, Art. 13 Abs. 1 BV. In: Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar. Hrsg. v. EHRENZELLER BERNHARD/MASTRONARDI PHILIPPE/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. Zürich/Lachen 2002
- BRUNNER ANDREAS, Der Tod ist nicht immer die mildeste Form des Lebens. ANDREAS BLUM im Gespräch mit ANDREAS BRUNNER. In: Exit Bulletin, 2004, Heft 1, 3–9
- BUCHER EUGEN, Berner Kommentar zum schweizerischen Privatrecht. Das Recht der Persönlichkeit, Persönlichkeit im allgemeinen Art. 11–26 ZGB. Bern 1976
- BURKART MONIKA, Das Recht, in Würde zu sterben – Ein Menschenrecht. Eine verfassungsrechtliche Studie zur Frage der menschenwürdigen Grenze zwischen Leben und Tod. Diss. Zürich 1983
- BURTON ROBERT, Die Anatomie der Schwermut. Frankfurt 2003
- COEPPICUS ROLF, Durchführung und Inhalt der Anhörung in Betreuungs- und Unterbringungssachen. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, Jg. 38 (1991), 892–898
- COSCULLUELA VICTOR, The Ethics of Suicide. Garland 1995
- EBNER GERHARD, Ethik im Gesundheitswesen – Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 46, 2421–2424
- ERNST CÉCILE, Mythos und Wirklichkeit des Suizids. In: Last minute, Baden 1999, 48–55 (zit.: ERNST, Mythos)
- ERNST CÉCILE, Warum nur nehmen sie sich das Leben? In: Die Weltwoche Nr. 50, 14.12.2000, 61 (zit.: ERNST, Warum)
- FISCHER MARIA, Der unvollendete Suizid. Einstellung des Suizidanten zur Tatsache seines Überlebens. Diss. München 1981
- FREYE JNKA, Der Mensch in der Grenzsituation. Zur Psychologie des Suizids. Diss. Zürich 1974
- GESSULAT SIEGFRIED, Selbstmordverhalten: Stadien der Suizidalität. München 1983
- GIACOMETTI ZACCARIA, Schweizerisches Bundesstaatsrecht. Zürich 1969 (Nachdruck der Auflage Zürich 1949)
- GIGER HANS, Reflexionen über Tod und Recht: Sterbehilfe im Fokus von Wissenschaft und Recht. Zürich 2000
- GONZENBACH RAINER, Art. 40a–40f OR. In: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Obligationenrecht I, 3. A., Basel 2003
- GRÜNDEL MIRKO, Psychotherapeutisches Haftungsrecht: die zivilrechtliche Haftung des psychologischen Psychotherapeuten bei Verletzung seiner Berufspflichten. Diss. Berlin 2000
- HALLER REINHARD/LINGG ALBERT, Selbstmord. Verzweifeln am Leben? Wien 1987
- HAFTER PETER, Strategie und Technik des Zivilprozesses. Einführung in die Kunst des Prozessierens. Zürich 2004
- HÄFELIN ULRICH/HALLER WALTER, Schweizerisches Bundesstaatsrecht. 5. völlig neu bearb. A., Zürich 2001
- HASSLER PIERINA, Trotz Legalisierung: Weniger Schweizer Frauen treiben ab! Blick, 14.4.2004, 9
- HENSELER HEINZ, Narzisstische Krisen: zur Psychodynamik des Selbstmords. 2. A., Opladen 1984
- HOLENSTEIN PETER, Der Preis der Verzweiflung. Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz. Gutachten im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für die Europäische Menschenrechtskonvention (SGEMKO). Forch-Zürich 2003
- INNES BRIAN, Jenseits. Der Tod und das Leben danach. Bindlach 1999
- KATECHISMUS DER KATHOLISCHEN KIRCHE. München 1993
- KEHL ROBERT, Sterbehilfe. Ethische und juristische Grundlagen. Bern 1989 (zit. KEHL, Sterbehilfe)
- KEHL ROBERT, Der Kehl'sche Gesetzesentwurf betreffend Patientenrechte und Sterbehilfe. In: AJP/PJA 1994, 155–160 (zit.: KEHL, Gesetzesentwurf)
- KOHLER GEORG, Philosophische Grundlagen der liberalen Rechtsstaatsidee. In: THÜRER DANIEL/AUBERT JEAN-FRANÇOIS/MÜLLER JÖRG PAUL (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz. Zürich 2001, 247–264
- KÜCHENHOFF BERNHARD/HELL DANIEL, Stellungnahme zum Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 46, 2430
- MADER LUZIUS, Art. 117–118 BV. In: Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar. Hrsg. v. EHRENZELLER BERNHARD/MASTRONARDI PHILIPPE/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. Zürich/Lachen 2002
- MAUPASSANT GUY DE, L'endormeuse. L'Écho de Paris Art. 117–118 BV 16.9.1889
- MINELLI LUDWIG A., Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. In: AJP 2004, Heft 5, 491–504 (zit.: MINELLI, EMRK)
- MINELLI LUDWIG A., Das Recht auf den eigenen Tod. In: SJZ 95 (1999), Heft 24, 575–579 (zit.: MINELLI, Recht)
- PETERMANN FRANK TH., Der Psychotherapeuten-Vertrag – im Spannungsfeld von Übertragung, Gegenübertragung und Realität. In: AJP/PJA 2003, Heft 11, 1291–1315
- POHLMIEIER HERMANN, Wann wird Selbstmordverhütung notwendig? In: Selbstmordverhütung – Anmassung oder Verpflichtung. Bonn 1978, 25–49
- REHBERG JÖRG, Arzt und Strafrecht. In: HONSELL HEINRICH, (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, Zürich 1994, 303–361
- RÜEGGER HEINZ, In Würde sterben können. Zur Problematik des heute gängigen Würdeverständnisses. In: Neue Zürcher Zeitung, Nr. 142, 22./23.6.2002, 89
- SCHMIDBAUER WOLFGANG, Seele als Patient. München 1971
- SCHÖPF JOSEF, Psychiatrie für die Praxis: mit ICD-10-Diagnostik. Heidelberg 1996
- SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, Art. 111–117 StGB. In: Basler Kommentar zum Strafgesetzbuch II. Basel 2003
- SCHWEIZER RAINER J., Art. 10 BV. In: Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar. Hrsg. v. EHRENZELLER BERNHARD/MASTRONARDI PHILIPPE/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. Zürich/Lachen 2002 (zit.: Schweizer-BV)
- SCHWEIZER RAINER J., Verfassungsrechtlicher Persönlichkeitsschutz. In: THÜRER DANIEL/AUBERT JEAN-FRANÇOIS/MÜLLER JÖRG PAUL (Hrsg.), Verfassungsrecht der Schweiz. Zürich 2001, 691–706 (zit.: Schweizer, Persönlichkeitsschutz)
- SPIRIG EUGEN, Die fürsorgliche Freiheitsentziehung Art. 397a–397f ZGB. Zürcher Kommentar zum schweizerischen Zivilgesetzbuch. Zürich 1995
- SOFSKY WOLFGANG, Wider die Unfreiheit. St. Galler Tagblatt, 23.2.2004, 2
- THOMÄ HELMUT/KÄCHELE HORST, Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen. 2. überarb. A., Berlin 1996
- TOBEL URS VON, Selbstmord: Abwendbare mörderische Kosten. In: Schweizerischer Beobachter 2003, Heft 24, 44–45
- TRECHSEL STEFAN, Schweizerisches Strafgesetzbuch. Kurzkomentar. 2. A., Zürich 1997
- URECH CHRISTIAN, Stumme Schreie. Suizid und Suizidversuche bei jungen Menschen. In: Fritz und Fränzi – Das Magazin für Eltern schulpflichtiger Kinder 2002, Heft 4, 18

- VERZELE MAURITS, *Der sanfte Tod. Suizidmethoden und Sterbehilfe*. Wien 2001
- WILDHABER LUZIUS, Art. 8 EMRK. In: *Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention*. Hrsg. v. GOLSONG HERIBERT/KARL WOLFRAM et al. Köln 1992
- WOLFLAST GABRIELE, *Psychotherapie in den Grenzen des Rechts*. Diss. Stuttgart 1985 (zit.: WOLFLAST, *Psychotherapie*)
- WOLFLAST GABRIELE, *Rechtliche Neuordnung der Tötung auf Verlangen?* In: *Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003*. Hrsg. v. AMELUNG KNUT/BEULKE WERNER/LILIE HANS/ROSENAU HENNING/RÜPING HINRICH/WOLFLAST GABRIELE. Heidelberg 2003, 913–927 (zit.: WOLFLAST, *Tötung*)
- WOLFLAST GABRIELE/CONRADTS CHRISTOPH, *Textsammlung Sterbehilfe*. Berlin 2001
- YUILL KEVIN, *Der Tod ist keine Lösung*. In: *Novo* 2004 Nr. 69, 54-55
- ZORN FRITZ, *Mars*. München 1977

On the basis of figures provided by the Schweizerischer Bundesrat (Swiss Federal Council) indicating 1350 suicides and up to 67000 attempted suicides every year, which costs the Swiss economy around 2,4 billion francs, this paper attempts to find a modern approach to reducing this number of suicides and attempts through a draft bill.

The suicide phenomenon is submitted to an in-depth analysis and is classified into two categories, namely into affective suicides and calculated suicides. Affective suicides happen when an individual is suddenly placed in a concrete situation that is found to be so frightening or so unbearable, that suicide appears to be the only remaining avenue of escape. The situation is different with calculated suicides, in which an individual, after carefully comparing his or her past and present situations with their future prospects, decides to take his or her life. Although extensively discussed in literature, the calculated suicide is extremely rare in practise. This paper uses the continuity of the death wish as a criterion in order to separate the two cases.

Next, the legal situation is analysed in light of the existing legal framework. As far as applicable law is concerned, the European Convention on Human Rights, the Federal Constitution and criminal law, grant the legal right (and thus not only the factual right) to commit suicide as well as the right to receive (and the right to provide) assistance in committing suicide.

This paper proposes the approach of a draft bill that would provide for the creation of assistance centres for people who wish to die, in order to advise them and show them alternatives to suicide. This draft would also try to reduce the suffering caused by failed suicide attempts as well as the enormous economic costs incurred by informing the public about methods of committing suicide which present a high risk to the victim as well as to other parties.

Lastly, the draft also proposes to strongly regulate the requirements for assisted suicides. Thus, for example, an assisted suicide could only be carried out by doctors and organisations after the wish to die has been repeated following a six-month waiting period. An exception would be made in those cases where the rapid progress of a disease would make the request urgent. This paper therefore also attempts to provide a reasonable and practical framework within which the problems arising in the context of assisted suicide may be tackled in a way which does justice to the needs of our time.

Chaque année, on déplore en Suisse quelques 1350 suicides et, selon le Conseil fédéral, jusqu'à 67000 tentatives de suicide, ce qui cause des frais annuels de l'ordre de grandeur de 2,4 milliards de francs. Dans la forme d'un projet de loi, l'auteur essaye d'esquisser une approche moderne pour tenter de réduire ce grand nombre de suicides et de tentatives de suicide.

L'auteur, après avoir abordé le problème de manière générale, classe le phénomène du suicide dans deux grandes catégories: Ainsi, il décèle les "suicides affectifs" et les "suicides de bilan". Le suicide affectif est commis par la personne qui se voit confronté à une situation concrète et actuelle qui est considérée comme tellement intimidante et insupportable qu'elle ne voit pas d'autre issue que le suicide. Lors d'un suicide de bilan, par contre, la personne a fait un bilan approfondi de son passé et de sa situation actuelle; du fait qu'elle ne décèle pas de possibilités d'amélioration dans le futur, elle décide de mettre fin à ses jours. Quoique suscitant un grand intérêt dans la littérature, le suicide de bilan est extrêmement rare dans la pratique. Dans son article, l'auteur distingue ces deux types de suicide par la continuité du désir de mourir.

Suit une analyse de la situation juridique de lege lata. Le droit actuel, soit la CEDH, la Constitution et le droit pénal, confère une liberté légale (et non seulement factice) de commettre un suicide et, de ce fait, un droit d'être assisté lors de son suicide (et également le droit d'assister quelqu'un lors de son suicide).

L'idée de base de cet article réside dans la création d'une loi prévoyant des centres de conseils qui sont en mesure de conseiller des personnes susceptibles de se suicider et leur démontrer d'autres issues. En outre, la loi prévoit de réduire la souffrance humaine et les coûts énormes causés par des tentatives de suicide en informant le public de méthodes de suicide comportant un grand risque de blesser des tiers et soi-même.

Finalement, le projet de loi prévoit des règles sévères concernant le suicide assisté. Ainsi, si le progrès rapide d'une maladie n'indique pas le contraire, un suicide assisté par des organisations et par des médecins n'est possible qu'après un délai de réflexion de six mois. L'auteur essaye donc à donner à toute la discussion juridique de l'euthanasie un cadre raisonnable et pragmatique qui tient compte des idées actuellement discutées.

(trad. Flurin von Planta)