



Arbeitsgruppe Sterbehilfe
Groupe de travail Assistance au décès
Gruppo di lavoro Eutanasia

Sterbehilfe Sterbehilfe

**Bericht der Arbeitsgruppe
an das
Eidg. Justiz- und Polizeidepartement**

März 1999

Vorwort der Präsidentin

Die Motion Ruffy verlangte 1994 die Lockerung der heutigen Strafbestimmung (Art. 115 StGB) über die Beihilfe zum Selbstmord. Aktive Sterbehilfe (Euthanasie) durch Ärzte auf Wunsch von unheilbar Kranken sollte unter bestimmten engen Bedingungen straffrei werden.

Als der Bundesrat 1996 die Umwandlung in ein Postulat vorschlug, sicherte er die Bildung einer Arbeitsgruppe von Fachleuten der Medizin, der Ethik und der Jurisprudenz zu. Sie sollte Grundlagen für den Entscheid darüber erarbeiten, ob Sterbehilfe überhaupt einer gesetzgeberischen Lösung zugänglich sei oder ob die Hilfe im Sterben der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet bleiben müsse. Dieser Aufgabe unterzog sich die Arbeitsgruppe zwischen Mai 1997 und Februar 1999. Der Bericht zeichnet das Ergebnis auf.

Der Bericht kann das Thema von Leben und Tod niemals erschöpfen. Das Nachdenken über menschliches Sterben ist so alt und so vielfältig wie die Menschheit und wird sie unentwegt weiter begleiten. Philosophen, Ethiker im Speziellen, Mediziner und Juristen haben verschiedene Zugänge zum Tod. Letztlich muss sich jeder einzelne Mensch seinem ganz eigenen Tod stellen. Er wird ihm - und damit der direkten aktiven Sterbehilfe - je nach seinen Grundüberzeugungen und seiner kulturellen Einbettung, nach seiner momentanen Befindlichkeit sowie seinem persönlichen und sozialen Umfeld unterschiedlich begegnen.

Einheitliche Antworten zur Frage der *Strafbefreiung der direkten aktiven Sterbehilfe* waren von der Arbeitsgruppe deshalb nur sehr bedingt zu erwarten. Sie blieb denn auch bis zum Schluss in dieser entscheidenden Frage gespalten.

Eine *Mehrheit* ist in extremen und dramatischen Ausnahmefällen bereit, jene von Strafe zu befreien - trotz weiterhin geltender Rechtswidrigkeit ihrer Tat -, die aus Mitleid einen unheilbar und schwerkranken, vor dem Tod stehenden Menschen auf sein ernsthaftes und eindringliches Verlangen hin von einem unerträglichen Leiden befreien. Sie schlägt dazu eine *Strafbefreiungsklausel* in Artikel 114 Absatz 2 des Strafgesetzbuches vor und beschränkt diese nicht auf Medizinalpersonen.

Die *Minderheit* lehnt dies als Lockerung der Schutzpflicht des Staates allem menschlichen Leben gegenüber ab. Sie setzt angesichts schwankender Sterbewünsche auf die Kunst der umfassenden medizinischen und menschlichen Betreuung von Schwerstkranken. Sie zweifelt an deren freier Willensbildung, fürchtet für die Rechtssicherheit und vor allem für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine neue Vorreiterrolle der Schweiz erübrige sich angesichts der heute schon offenen Regelung für verschiedene Formen der Sterbehilfe.

Die Arbeitsgruppe hält im Übrigen jedoch einmütig fest am grundlegenden Fremdtötungsverbot unserer Rechtsordnung; direkte Sterbehilfe als gezielte Tötung eines Menschen muss ausnahmslos rechtswidrig bleiben.

Sie kommt noch zu einer Reihe weiterer *einhelliger Schlüsse*. Zwei davon sind von besonderem Gewicht.

Da ist zuerst die Forderung, die Palliativmedizin und -pflege endlich voll auszu-schöpfen und entsprechende Ausbildungen zu fördern, weil damit in den meisten Fällen die Sterbewünsche überwunden werden.

Vor allem fand die Arbeitsgruppe einhellig, die Voraussetzungen, unter denen pas-sive und indirekte aktive Sterbehilfe (Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bzw. Einsatz von leidensmildernden Mitteln, welche die Lebensdauer herabsetzen können) geleistet werden darf, sollten nicht länger allein von ärztlichen Standesorga-nisationen definiert werden. Sie gehören angesichts ihrer Tragweite - entgegen bis-heriger Auffassung - in ein dem Referendum unterstelltes Gesetz. Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem EJPD, eine solche Regelung auszuarbeiten, dafür aber einen neuen Auftrag zu erteilen.

Es hätte den Rahmen des Auftrages gesprengt, selbst einen Gesetzesentwurf aus-zuformulieren. Der Auftrag war auf die direkte aktive Sterbehilfe beschränkt. Zudem wären eine Reihe zusätzlicher Fragen vorher zu klären, so etwa im Zusammenhang mit noch nicht oder nicht mehr urteilsfähigen Kranken. Die bisher angestellten Über-legungen beschränken sich auf Anregungen über Standort und Inhalt eines solchen Gesetzes.

Sie mögen der weiteren Diskussion über die Sterbehilfe dienen, mit der sich - wie der Bundesrat feststellte - heute schon breite Kreise des Volkes aus eigener Erfahrung befassen. Sie erleben die Kehrseite der grossartigen Fortschritte der Medizin und sehen sich am Ende des Lebens vor ganz neue Verantwortungen gestellt. Sie wollen nicht nur menschenwürdig leben, sondern ebenso sterben. Die Suche nach der menschenwürdigen Sterbehilfe ist eine ausserordentliche ethische Herausforderung unserer Zeit im Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Lebenserhaltung und Lebensschutz und dem Wunsch nach Selbstbestimmung.

Der immer lautere Ruf nach Hilfe *zum* Sterben deutet darauf hin, dass es mit der Hilfe *beim* Sterben (Sterbebegleitung) heute nicht zum besten bestellt ist. Diesen Mangel muss in erster Linie eine humane Gesellschaft lösen, allein vermag der Ge-setzgeber wenig.

31. März 1999

Die Präsidentin der Arbeitsgruppe
Josi J. Meier, a. Ständerätin

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINLEITUNG	7
1. Problematik	7
1.1 Möglicher Konflikt zwischen medizinischen Möglichkeiten und Selbstbestimmung	7
1.2 Gegenbewegungen zur technisierten Medizin	7
2. Das Postulat Ruffy	8
3. Die Arbeitsgruppe Sterbehilfe	9
3.1 Zusammensetzung	9
3.2 Auftrag	9
3.3 Vorgehen der Arbeitsgruppe	10
GRUNDLAGEN	12
4. Recht	12
4.1 Die Sterbehilfe im geltenden schweizerischen Strafrecht	12
4.11 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord	12
4.12 Direkte aktive Sterbehilfe	12
4.13 Indirekte aktive Sterbehilfe	13
4.14 Passive Sterbehilfe	13
4.2 Die Richtlinien über die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)	14
4.21 Die Richtlinien sind an sich rechtlich nicht bindend	15
4.22 Der Gesetzgeber muss wesentliche Entscheide treffen	15
4.3 Rechtsvergleich	15
4.31 Allgemeines	15
4.32 Einzelne Länder	16
4.321 Deutschland	16
4.322 Frankreich	17
4.323 Belgien	17
4.324 Niederlande	18
4.325 USA	18
4.4 Völkerrechtliche und verfassungsrechtliche Aspekte	20

4.41	Völkerrecht	20
4.42	Bundesverfassung	20
4.421	Schutz der Menschenwürde	20
4.422	Persönliche Freiheit	21
4.423	Recht auf Leben	21
5.	Medizin	22
5.1	Expertenmeinungen im Überblick	22
5.2	Medizinische Aspekte in einzelnen	23
5.21	Suizid und Suizidversuch	23
5.22	Der Sterbewunsch terminal Kranker	24
5.23	Suizidwünsche verschwinden meistens bei guter Betreuung	25
5.24	Eingeschränkte Autonomie des Todeswunsches	26
5.25	Die Bedeutung der Palliativmedizin und -pflege	26
5.251	Techniken der Palliativmedizin und Palliativpflege sind zu wenig bekannt	26
5.252	Sehr wirkungsvolle Palliativbehandlung	27
6.	Ethik	27
6.1	Kontroverse Grundauffassungen	28
6.2	Die Berücksichtigung mehrerer Prinzipien ist für eine angemessene ethische Begründung massgeblich	28
6.3	Mitleidstötung kann unter klar bestimmten Umständen ethisch vertretbar sein, sollte aber prinzipiell rechtswidrig bleiben	29
7.	Ökonomie	30
ERWÄGUNGEN DER ARBEITSGRUPPE		31
8.	Einhellige Schlüsse	31
8.1	Die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege müssen ausgeschöpft werden	31
8.2	Passive und indirekte aktive Sterbehilfe sowie nicht selbstsüchtige Beihilfe zur Selbsttötung sollen erlaubt bleiben	32
8.3	Passive und indirekte aktive Sterbehilfe müssen im Gesetz ausdrücklich geregelt werden	32
8.4	Die direkte aktive Sterbehilfe muss ausnahmslos verboten bleiben	33
8.5	Der Arzt dürfte selbst im Fall einer Legalisierung keinesfalls verpflichtet werden, direkte aktive Sterbehilfe zu leisten	33
8.6	Die Kosten dürfen kein Kriterium sein	33
9.	Die Strafverfolgung der direkten aktiven Sterbehilfe	34

9.1	Umstrittener Regelungsbedarf	34
9.2	Vorschlag der Mehrheit	34
9.21	Argumente für eine Regelung	34
9.22	Neuer Artikel 114 Absatz 2 des Strafgesetzbuches	35
9.23	Kommentar der vorgeschlagenen Bestimmung	35
9.3	Position der Minderheit	37
9.31	Medizinische Aspekte	38
9.311	Klinische Erfahrung	38
9.312	Psychiatrische Suizidforschung	38
9.313	Der Dambruch	39
9.32	Rechtliche und soziaethische Überlegungen	39
9.321	Werteordnung und Grundrechte	39
9.322	Unbestimmtheit der rechtlichen Voraussetzungen einer straffreien aktiven Tötung	40
9.323	Zweifel an der freien Willensbildung der Sterbewilligen	40
9.324	Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes	41
9.33	Zusammenfassung	41
10.	Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe	42
10.1	Begrenzte Möglichkeiten der Arbeitsgruppe	42
10.2	Möglicher Inhalt einer künftigen Regelung	43
10.21	Standort im Gesetz	43
10.22	Art der Regelung	43
10.23	Zulässigkeit der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe	43
10.24	Berücksichtigung aller Patientenkategorien	44
10.25	Die Regelung im Einzelnen	44
10.251	Passive Sterbehilfe	44
10.252	Indirekte aktive Sterbehilfe	44
10.252	Indirekte aktive Sterbehilfe	46
EMPFEHLUNGEN DER ARBEITSGRUPPE		46
ANHANG A		47
ANHANG B		49

EINLEITUNG

1. Problematik

Die Medizin erschliesst zunehmend neue Methoden zur Heilung von akuten Erkrankungen und Verletzungen sowie zur Erhaltung des Lebens bei chronischer Krankheit. Dadurch hat der Tod jedenfalls in unserem Teil der Welt einiges von seinem schicksalhaften Charakter verloren: In gewissen engen Grenzen ist es möglich, den Zeitpunkt des Todes zu beeinflussen. Da ein grosser Teil der Schwerkranken und Schwerverletzten in Spitälern und Pflegeheimen stirbt, hat sich die Bevölkerung immer mehr mit dieser neuen, partiellen "Freiheit" gegenüber dem Tod auseinanderzusetzen.

1.1 Möglicher Konflikt zwischen medizinischen Möglichkeiten und Selbstbestimmung

Das Recht des Einzelnen, soweit als möglich selbständig und unabhängig über die Bedingungen seines Lebens zu bestimmen, ist nicht nur einer der Grundpfeiler der modernen Gesellschaft; es setzt sich auch vermehrt in der Rechtsordnung durch. So wird etwa seit der Mitte dieses Jahrhunderts die rechtliche Legitimation des ärztlichen Handelns nicht mehr nur im Heilzweck, sondern vor allem auch in der Einwilligung des Patienten in die Behandlung gesehen. Die Selbstbestimmung gilt heute auch als der entscheidende Gesichtspunkt für eine "Freiheit des Sterbens" im Sinne des Rechts auf einen menschenwürdigen Tod.

Es ist der Wunsch vieler Menschen, angesichts der neuen Möglichkeiten der Medizin das Recht auf Selbstbestimmung auch hinsichtlich des eigenen Todes zu wahren. Unsicherheiten und Unklarheiten sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten treten in dieser Beziehung häufig auf. Diese Situation wird zusätzlich dadurch verschärft, dass es für die heute praktizierte Sterbehilfe keine verbindlichen Vorgaben des Gesetzgebers gibt.

Dieser Mangel an Regelungen und die daraus folgende Rechtsunsicherheit lassen beim Arzt Befürchtungen wegen allfälliger strafrechtlicher Konsequenzen seines Tuns entstehen; der Patient seinerseits ängstigt sich vor einer qualvollen Verzögerung seines Sterbens durch einen ihm aufgedrängten Einsatz medizinischer Techniken und Apparaturen.

1.2 Gegenbewegungen zur technisierten Medizin

Die geschilderte Situation hat vor allem in den angelsächsischen Ländern schon früh eine Gegenbewegung ausgelöst. Diese hat inzwischen auf die meisten industrialisierten Länder übergreifen und teilweise eine eigentliche Breitenwirkung erlangt. So will etwa die Hospiz-Bewegung Schwerkranken und Sterbenden bewusst eine Alternative anbieten zum therapeutisch orientierten Krankenhaus.

Patientenverfügungen werden von der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, kantonalen Ärztesgesellschaften, der Schweizerischen Patientenorganisation, der Caritas Schweiz, dem Schweizerischen Weissen Kreuz sowie Vereinigungen für humanes Sterben, wie z.B. "EXIT", angeboten. Mit deren Hilfe will das Recht jedes Kranken durchgesetzt werden, im letzten Stadium vor dem Tod lebensverlängernde Massnahmen abzulehnen.

Sterbehilfeorganisationen wie "EXIT" bieten zusätzlich Beihilfe zum Suizid.

2. Das Postulat Ruffy

Nationalrat Victor Ruffy reichte im Jahre 1994 eine Motion mit folgendem Wortlaut ein:

"Trotz allen Mitteln, die für Lebensverlängerung heute zur Verfügung stehen, gibt es weiterhin unheilbare Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen. Angesichts dieser Tatsache haben in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen den Wunsch, selber über ihr Ende mitbestimmen und in Würde sterben zu können. Daher ersuche ich den Bundesrat, einen Entwurf für einen neuen Artikel 115bis des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorzulegen."

Anlass zu diesem Vorstoss waren Zweifel des Motionärs daran, ob die derzeit anerkannten Formen der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe die Menschenwürde und die Selbstbestimmung des Kranken respektierten und seinen Anspruch auf Linderung oder gar Befreiung von Leiden erfüllen könnten. In der mündlichen Begründung seines Vorstosses erklärte der Motionär, dass bereits heute in der Schweiz ein Teil der Ärzte aktive Sterbehilfe leiste. Da diesbezüglich ein teilweise rechtsfreier Raum bestehe, führten die heute praktizierten Formen der Sterbehilfe bei Angehörigen von Patienten und auch bei Medizinalpersonen zu schweren Gewissenskonflikten¹.

In seiner Stellungnahme vom 28. November 1994 beantragte der Bundesrat, die Motion in die unverbindlichere Form eines Postulats umzuwandeln. Anders als in früheren vergleichbaren Fällen² qualifizierte er aber in seiner Antwort auf die Motion Ruffy eine aktive Sterbehilfe nicht von vornherein als unvereinbar mit dem Recht auf Leben. Der Bundesrat begrüßte es auch ausdrücklich, wenn durch diese Motion eine öffentliche Diskussion über die Sterbehilfe ausgelöst würde.

Der Nationalrat überwies die Motion Ruffy am 14. März 1996 als *Postulat*.

¹ AB 1996 N, 363, 367.

² Parlamentarische Initiative Allgöwer (1975), Standesinitiative des Kantons Zürich (1977), Postulate Eggly und Petitpierre (1993).

3. Die Arbeitsgruppe Sterbehilfe

3.1 Zusammensetzung

Mit Verfügung vom 20. März 1997 setzte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) "zur Überprüfung der Fragen rechtlicher und tatsächlicher Natur aus dem Umkreis der Sterbehilfe" eine Arbeitsgruppe ein, die wie folgt zusammengesetzt war:

Präsidentin: Josi J. Meier, alt-Ständeratspräsidentin, Rechtsanwältin, Luzern

Vizepräsident: Dr.iur. Peter Müller, Vizedirektor des Bundesamtes für Justiz, Bern

Mitglieder:

- PD Dr.theol. Alberto Bondolfi, Institut für Sozialethik, Universität Zürich
- PD Dr.med. Verena A. Briner, Chefärztin der medizinischen Klinik am Kantonsspital Luzern
- Prof.Dr.iur. Ursula Cassani, Professorin für Strafrecht, Universität Genf
- Dr.med. Jean-Pierre de Kalbermatten, Spezialarzt für innere Medizin, Sitten (als Vertreter der FMH)
- Dr.med. et phil. Cécile Ernst, Ärztin für Psychiatrie, Zürich (als Mitautorin der SAMW-Richtlinien von 1995 zur Sterbehilfe)
- Suzanne Kessler, Pflegeexpertin, Leiterin der Abteilung Berufspolitik, Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Bätterkinden
- Dr.iur. Gilbert Kolly, Kantonsrichter (ab 1.1.1999: Bundesrichter), Fribourg
- Prof.Dr.iur. Jörg Paul Müller, Professor für Staatsrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Bern, Hinterkappelen
- Dr.iur. Marlies Näf-Hofmann, Rechtsanwältin, Arbon (als Vertreterin der Schweizerischen Vereinigung "Ja zum Leben")
- Prof.Dr.med. Meinrad Schär, Zürich (als Vertreter von "EXIT")
- Dr.med. Jérôme Sobel, Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Epalinges (als Vertreter der Vereinigung "à propos")
- Prof.Dr.iur. Martin Stettler, Professor für Zivilrecht an der Universität Genf, Yens s/Morges

Das *Sekretariat* der Arbeitsgruppe bildeten Chantal Favre, Mark Stamm und Dr. Peter Ullrich, alle Angehörige des Bundesamtes für Justiz.

3.2 Auftrag

Laut der Einsetzungsverfügung ist die Arbeitsgruppe beauftragt abzuklären, ob "im Rahmen einer generell-abstrakten Regelung der strafrechtlich zulässigen Sterbehilfe sowohl die Interessen der Rechtsordnung an der Aufrechterhaltung des Verbotes einer Fremdtötung als auch der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des tod-

kranken und sterbewilligen Patienten gewahrt werden können“. Im einzelnen habe die Arbeitsgruppe auf folgende *Fragen* zu antworten:

- Besteht angesichts der heute erlaubten Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe sowie der mit einer Schmerztherapie verbundenen aktiven indirekten Sterbehilfe überhaupt eine Notwendigkeit zur Änderung der strafrechtlichen Bestimmungen des geltenden Rechts?
- Lässt sich eine Regelung der aktiven Sterbehilfe gesetzgeberisch auf Extremfälle beschränken, ohne dass dabei in entscheidenden Punkten wiederum auf die ärztliche "lex artis" zurückgegriffen werden muss?
- In welcher Form könnte eine entsprechende gesetzgeberische Lösung getroffen werden:
 - Durch eine Einengung der Anwendbarkeit des Tatbestandes von Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen)?
 - Durch die Einführung eines besonderen Rechtfertigungsgrundes (wie etwa im niederländischen Recht)?
 - Durch einen "blossen" Schuldausschliessungs- oder einen Strafbefreiungsgrund, der die Rechtswidrigkeit der aktiven Sterbehilfe unangetastet lässt und so deren Ausnahmecharakter betont?
- Würde die Straflosigkeit der aktiven Sterbehilfe in Grenzsituationen langfristig das Vertrauen der Allgemeinheit in das berufliche Handeln der Ärzte untergraben?
- Könnte eine derartige strafrechtliche Regelung mittelbar bewirken, dass kranke und alte Menschen unter Druck gesetzt werden, die Gesellschaft von ihrer "sozial belastenden" Existenz zu befreien?

In formeller Hinsicht beauftragte das EJPD die Arbeitsgruppe, bis zum Jahr 1998 einen Bericht zu erstatten, der ihre Überlegungen zusammenfasst und entweder Empfehlungen für eine gesetzliche Regelung unterbreitet oder die Gründe nennt, welche gegen eine solche Normierung sprechen.

3.3 Vorgehen der Arbeitsgruppe

Der Aufbau des *Schlussberichts* hält sich nicht genau an die Reihenfolge der im Auftrag gestellten Fragen, beantwortet sie aber alle.

Die Arbeitsgruppe ist zwischen Mai 1997 und Februar 1999 zu insgesamt 18 meist ganztägigen Sitzungen zusammengekommen.

In einer ersten Phase ihrer Arbeit hat die Gruppe die massgeblichen Rechtstatsachen im Bereich der Sterbehilfe erforscht. Sie hat dazu, neben den der Arbeitsgruppe angehörenden Fachleuten, auch *aussenstehende Sachverständige* für Medizin, Krankenpflege, Ethik und Recht angehört. Es waren dies:

- Dr.med. Charles Chappuis, Chefarzt des Geriatriezentrums im Zieglerspital, Bern
- Therese Meier, Leitende Krankenschwester i.R., Bern
- Dr.med. Konrad Michel, Oberarzt der psychiatrischen Poliklinik des Inselspitals Bern, Spiez
- Dr.phil. Harri Wettstein, Philosoph, Grandvaux
- PD Dr.med. Christian Kind, Leitender Arzt Neonatologie, Kantonsspital St.Gallen
- Prof.Dr. Alex Mauron, Ethiker, Centre médical universitaire, Genf
- Dr.theol. Ruth Baumann-Hölzle, Institut für Sozialethik der Universität Zürich
- Dr. med. Noémie de Stoutz, Leitende Ärztin der Abteilung für Onkologie, Kantonsspital St.Gallen, Vizepräsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin
- Dr.med. Mark Mäder, Chefarzt Rehab, Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte, Schweizerisches Paraplegikerzentrum, Basel

Da die Situation in den Niederlanden namentlich unter dem Gesichtspunkt des sogenannten "Dambruch-Arguments" ³ für die vorliegende Thematik eine massgebliche Rolle spielt, hat sich die Arbeitsgruppe durch zwei ausländische Fachleute über die Rechtslage und die Praxis der *Sterbehilfe in den Niederlanden* orientieren lassen, nämlich:

- Dr.iur. Jacob J.F. Visser, Politikberater beim Gesundheits-Ministerium der Niederlande
- Dr.iur. Hans-Josef Scholten, Richter am Oberlandesgericht, Gladbeck, Deutschland

Im November 1997 hat die Arbeitsgruppe auftragsgemäss dem EJPD einen *Zwischenbericht* über den Stand ihrer Arbeiten erstattet.

³ Das Dambruch-Argument (frz. *pente savonneuse*; engl. *slippery slope*) besagt hier, eine Relativierung des Fremdtötungsverbots (beispielsweise durch eine teilweise Legalisierung der Tötung auf Verlangen) könnte die Hemmungen vor der Tötung alter, kranker oder behinderter Menschen aus "Mitleid" oder "wirtschaftlichen Gründen" herabsetzen; vgl. dazu GUCKES, Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinischen Diskussion, Stuttgart 1997.

GRUNDLAGEN

4. Recht

4.1 Die Sterbehilfe im geltenden schweizerischen Strafrecht

Das Strafrecht bedroht jede Tötung und damit auch jede Verkürzung des Lebens eines anderen Menschen mit Strafe. Diese Rechtslage hängt ausdrücklich nicht davon ab, ob dieses Leben dem Getöteten selber oder seiner Umwelt als "lebenswert" erscheint. Dieses strafrechtlich sanktionierte Fremdtötungsverbot gilt selbst dann, wenn das Opfer in die Tötung einwilligt, ja sie sogar verlangt (Art. 114 StGB, Tötung auf Verlangen); die Rechtsordnung belegt also Tötungshandlungen jeder Art mit einem *Verbot*.

Neben der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), die der Sterbehilfe im weiteren Sinn zuzurechnen ist (vgl. unten Ziff. 4.11), unterscheidet man die direkte aktive (unten Ziff. 4.12), die indirekte aktive (unten Ziff. 4.13) und die passive Sterbehilfe (unten Ziff. 4.14). Innerhalb der Medizin sowie auch der juristischen Lehre und Praxis besteht über die Zulässigkeit der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe weitgehend Übereinstimmung.

4.11 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Obgleich auf das Leben nicht rechtswirksam verzichtet werden kann, ist der Selbstmordversuch nach kontinental-europäischer Auffassung - und auch nach schweizerischem Recht - straflos bzw. "unverboten"⁴. Nach Artikel 115 StGB ist auch der Dritte straflos, der dem Suizidenten die Mittel zur Selbsttötung beschafft (ihm beispielsweise eine tödliche Substanz zur Verfügung stellt), sofern er aus uneigennütigen Motiven handelt. Die "Sterbebegleitungen", die von Vereinigungen wie "EXIT" durchgeführt werden, stellen in der Regel eine solche straflose Beihilfe dar. Nach den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften über die Sterbehilfe (SAMW-Richtlinien) ist jedoch die Beihilfe zum Suizid "kein Teil der ärztlichen Tätigkeit" (vgl. unten Ziff. 4.2).

4.12 Direkte aktive Sterbehilfe

Direkte aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen⁵. Sie ist heute nach Artikel 111 (Vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) des Strafgesetzbuches strafbar.

⁴ STRATENWERTH, Bes. Teil des Strafgesetzbuches, 5. Aufl., Bern 1995, Rz 46 zu § 1.

⁵ TRECHSEL, Kurzkommentar zum StGB, 2. Aufl., Zürich 1997, Rz 9 vor Art. 111.

Die Straflosigkeit einer solchen Tötung aus Mitleid lässt sich weder über das Entfallen der Rechtswidrigkeit noch den Ausschluss der Schuld konstruieren. Denn wenn das menschliche Leben als höchstes Gut unserer Rechtsordnung auf dem Spiel steht, kann es kein die Tötung rechtfertigendes überwiegendes Interesse geben. Mitgefühl oder Gewissensnot als Handlungsmotiv werden derzeit weder in der Rechtsprechung noch in der Lehre als (aussergesetzlicher) Schuldausschliessungsgrund anerkannt.

Allerdings ist die direkte aktive Sterbehilfe in ihrer reinen Form von einer breiten Grauzone umgeben⁶. Darauf wies im übrigen auch Nationalrat Ruffy anlässlich der mündlichen Verhandlung seiner Motion im Nationalrat hin⁷. Der Grund für diese Grauzone liegt insbesondere darin, dass es gelegentlich schwierig ist, zwischen der indirekten aktiven (siehe unten Ziff. 4.13) und der direkten aktiven Sterbehilfe eine scharfe Trennlinie zu ziehen.

4.13 Indirekte aktive Sterbehilfe

Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können⁸. Diese Art von Sterbehilfe ist im geltenden Strafgesetzbuch nicht explizit geregelt, gilt aber, mit gewissen Nuancen, als zulässig⁹.

Nach herrschender Ansicht ist die Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe aus dem Heilauftrag und damit aus der Behandlungspflicht des Arztes abzuleiten; dieser ist gegenüber seinem Patienten nicht allein zur Verbesserung von dessen Gesundheitszustand verpflichtet, sondern auch zur Befreiung oder doch Linderung von Leiden. In diesem Sinne ist die indirekte aktive Sterbehilfe auch in den Richtlinien der SAMW als zulässig anerkannt.

Bei der indirekten aktiven Sterbehilfe ist die der Handlung zugrundeliegende Absicht entscheidend. Das Ziel des Handelns liegt in der Linderung des unerträglichen Leidens und nicht in der Beendigung des Lebens, auch wenn der Sterbevorgang dadurch beschleunigt werden kann.

4.14 Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird¹⁰. Auch diese, zumeist vom Arzt geleistete, Form der Sterbehilfe bildet kein strafbares Verhalten.

⁶ Vgl. WEDLER, Warum ein altes Thema neuer Diskussion bedarf, in: Suizidprävention und Sterbehilfe, Göttingen 1996, 6.

⁷ AB 1996 N, 363 und 367.

⁸ TRECHSEL, a.a.O., Rz 9 vor Art. 111.

⁹ Ausführliche Literaturhinweise bei TRECHSEL, a.a.O. Siehe auch, aus moraltheologischer Sicht, die Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie vom 20. Mai 1980, Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Bonn 1980, 9-12.

¹⁰ TRECHSEL, a.a.O., Rz 7 vor Art. 111.

Bestehen die direkte aktive und die indirekte aktive Sterbehilfe in einem Tun, zeichnet sich passive Sterbehilfe im wesentlichen durch ein Unterlassen aus. Erfolgt dieser Behandlungsverzicht auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, ist eine Strafbarkeit des Arztes für dieses Verhalten schon deshalb ausgeschlossen, weil - nach einem allgemein anerkannten Rechtsgrundsatz - jede ärztliche Massnahme der (ausdrücklichen oder mutmasslichen) Einwilligung des Patienten bedarf. Fehlt diese bzw. wurde sie ausdrücklich verweigert, ist der ärztliche Eingriff als eigenmächtig und damit als unerlaubt zu qualifizieren. Dies gilt selbst für lebensverlängernde Behandlungsmassnahmen.

Liegt kein ausdrücklicher oder mutmasslicher Verzicht eines Patienten auf die Behandlung vor, etwa bei Neugeborenen oder bei Patienten, die wegen einer Verletzung oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns das Bewusstsein sicher nie mehr erlangen werden, erlauben die SAMW-Richtlinien einen einseitigen Abbruch oder Verzicht auf die Behandlung. Der Arzt kann sich in solcher Situation auf die Unzumutbarkeit einer Heilbehandlung berufen, wenn diese weder eine Verbesserung der Gesundheit noch eine Linderung von Leiden bewirken kann. Diese Situation ist jedoch nicht leichthin anzunehmen.

4.2 Die Richtlinien über die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ¹¹

Der Gesetzgeber kann - und soll - das Handeln des Arztes nicht in allen Einzelheiten regeln; er kann dafür höchstens die Rahmenbedingungen schaffen. Aber auch individuelle Berufsethik und Berufsgewissen sind noch kein verbindlicher Massstab für die ärztliche Tätigkeit. In vielen Ländern präzisieren daher Richtlinien von ärztlichen Berufsorganisationen die Grundlagen und Grenzen der Tätigkeit des Arztes. Solche Kodizes haben nicht die Verbindlichkeit staatlicher Gesetze; sie fassen aber, gestützt auf höchste Berufsautorität, den gesicherten Stand medizinischer und berufsethischer Erkenntnisse zusammen.

Die SAMW, eine als privatrechtliche Stiftung organisierte, von der FMH und den medizinischen Fakultäten getragene Institution, hat erstmals im Jahre 1976 Richtlinien über die Sterbehilfe erlassen; diese wurden 1981 und zuletzt 1995 revidiert.

Die für den vorliegenden Zusammenhang wesentlichen Aussagen der SAMW-Richtlinien betreffen die Zulässigkeit der passiven sowie der indirekten aktiven Sterbehilfe. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid erklären die Richtlinien als nicht zur ärztlichen Tätigkeit gehörend.

¹¹ Die Richtlinien selber verwenden den Begriff "Sterbehilfe" nicht: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten vom 24. Februar 1995 (SAMW-Richtlinien).

4.21 Die Richtlinien sind an sich rechtlich nicht bindend

Welches ist der rechtliche Charakter dieser Richtlinien? - Wie ein Gutachten des Bundesamtes für Justiz, das die Arbeitsgruppe in Auftrag gegeben hat¹² bestätigt, fehlt den Richtlinien aus der Sicht des Bundesrechts ein für Ärzte und Patienten verbindlicher Charakter; denn das Bundesrecht verweist an keiner Stelle darauf. Anders verhält es sich in denjenigen kantonalen Rechtsordnungen, welche die Anwendbarkeit der Richtlinien ausdrücklich vorsehen oder sie aufgrund einer Verweisung zum Bestandteil des kantonalen Rechts erklären

4.22 Der Gesetzgeber muss wesentliche Entscheide treffen

Das Gutachten betont den Grundsatz, wonach Grundrechte, wie etwa das Recht auf Leben, nur aufgrund einer Ermächtigung durch den demokratisch legitimierten Gesetzgeber eingeschränkt werden könnten. Dieser müsse also derart wesentliche Entscheide selber treffen und dürfe sie nicht anderen Normgebern überlassen. Daher könnte, so das Gutachten, namentlich die direkte aktive Sterbehilfe nur durch den Erlass eines Gesetzes im formellen Sinn zulässig erklärt werden. Dies ist auch die Meinung der Arbeitsgruppe.

4.3 Rechtsvergleich

4.31 Allgemeines

Noch kein Staat hat in seiner Gesetzgebung die aktive Sterbehilfe ausdrücklich von der Strafbarkeit ausgenommen.

In Ländern freilich, in denen eine Revision der strafrechtlichen Tötungsdelikte ansteht, werden beinahe durchwegs Überlegungen angestellt für eine Normierung nicht allein der indirekten aktiven und passiven, sondern auch der direkten aktiven Sterbehilfe. Solche Überlegungen, meist von privaten Vereinigungen initiiert und getragen, sind aber kaum je über ein verhältnismässig frühes Stadium des Gesetzgebungsverfahrens hinausgekommen. Bei all diesen Vorhaben stellt man eine bemerkenswerte Scheu des jeweiligen Gesetzgebers fest, das strafrechtliche Fremdtötungsverbot zu durchbrechen. Entgegen allem Anschein hat es auch der niederländische Gesetzgeber bisher vermieden, an dieses Verbot zu rühren (siehe unten Ziff. 4.324).

¹² Directives de l'Académie suisse des sciences médicales en matière d'euthanasie: Nature juridique; admissibilité d'une reconnaissance par le droit fédéral, unveröffentlichtes Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 3. März 1998; Législation fédérale en matière d'euthanasie; aspects légistiques, unveröffentlichter Zusatzbericht des Bundesamtes für Justiz vom 7. April 1998 zu seinem Gutachten vom 3. März 1998.

4.32 Einzelne Länder

Nachstehend wird die Situation in einzelnen Ländern dargestellt, welche für die Rechtsentwicklung von besonderem Interesse sind.

4.321 Deutschland

Die verfassungs- und strafrechtlichen Gegebenheiten in der Schweiz und in Deutschland sind einander recht ähnlich.

Ausgangspunkt für die deutsche Regelung der Sterbehilfe sind die Artikel 1 und 2 des *Grundgesetzes* (GG). Nach Artikel 1 Absatz 1 GG ist die Menschenwürde eine unantastbare Verpflichtung, die bei jedem hoheitlichen Handeln zu respektieren ist. Artikel 2 Absatz 1 GG postuliert das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, und Absatz 2 der gleichen Vorschrift statuiert das Recht auf Leben. Nach der Doktrin zum Grundgesetz wäre ein Gesetz, das die Sterbehilfe an unheilbar kranken Patienten auf deren Wunsch erlaubt, mit dem Recht auf Leben vereinbar¹³. Aktive Sterbehilfe sei auch mit der Menschenwürde und der persönlichen Freiheit im Sinne des Grundgesetzes zu vereinbaren. Eine Verpflichtung des Gesetzgebers, die aktive Sterbehilfe als zulässig zu anerkennen, lasse sich aber aus dem Grundgesetz nicht ableiten.

Direkte aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nach den allgemeinen Tötungstatbeständen (§§ 211 ff. DStGB) *strafbar*. § 216 DStGB stellt die Tötung auf Verlangen unter Strafe. Im deutschen Recht werden Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord nicht als solche unter Strafe gestellt. Unter gewissen Umständen kann dagegen jemand, der eine Garantenstellung hat und einen Suizid nicht verhindert oder dem Suizidenten nicht Hilfe leistet, für seine Unterlassung verurteilt werden. Indirekte aktive und passive Sterbehilfe sind im deutschen Recht ebensowenig explizit geregelt wie in der Schweiz, gelten aber als zulässig¹⁴.

Der 1986 publizierte sogenannte *Alternativentwurf "Sterbehilfe"* ist ein Vorschlag an den Gesetzgeber, der bisher allerdings nicht umgesetzt wurde. § 214 des Alternativentwurfs erklärt den Abbruch bzw. die Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen als unter gewissen Voraussetzungen nicht rechtswidrig. Nach § 214a sind ebenfalls nicht rechtswidrig die mit dem ausdrücklichen oder mutmasslichen Einverständnis des Patienten ergriffenen Massnahmen zur Linderung schwerer Leiden, die aber als unausweichliche Nebenwirkung den Eintritt des Todes beschleunigen. Der Entwurf schlägt zudem für die Tötung auf Verlangen in extremen Leidenssituationen ein fakultatives Absehen von Strafe vor (§ 216 II). Die Klarstellungs- und Modifizierungsvorschläge des Alternativentwurfs fanden "als sachgerechte Beschreibung

¹³ Vgl. JARASS/PIEROTH, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, München 1995, Kommentar zu Art. 2, N 56.

¹⁴ Vgl. VERREL, Selbstbestimmungsrecht contra Lebensschutz, Juristen-Zeitung (JZ) 1996, 224 ff.; LACKNER, Strafgesetzbuch mit Erläuterungen, 22. Aufl., München 1997, Rz 7 und 8 vor § 211. Durch Unterlassen geleistete passive Sterbehilfe kann allerdings als Tötungsdelikt bei Garantenstellung relevant werden. Zu den Voraussetzungen der Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe vgl. Entscheidung des Bundesgerichtshofes in Strafsachen vom 15. November 1996, in Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1997, 807 ff.

bereits geübter Praxis bzw. als künftig zu befolgende Leitlinie für die Rechtsprechung jedenfalls der Sache nach Anerkennung" ¹⁵.

4.322 Frankreich

Das geltende französische Strafrecht kennt keine Regelung der Sterbehilfe im eigentlichen Sinne ¹⁶. Der Suizid, wie die Beihilfe dazu, ist nach französischem Recht nicht strafbar. Seit 1987 bildet dagegen die Verleitung zum Selbstmord einen Straftatbestand (Art. 223-13 CP).

35 Senatoren haben 1997 einen Gesetzesentwurf eingebracht, der "*le droit de mourir dans la dignité*" regeln soll. Massgeblich für die Regelung soll danach der Wille des Patienten sein, der ein sogenanntes "*acharnement thérapeutique*" ablehnt oder der einer Schmerztherapie zustimmt, die den Todeseintritt beschleunigen kann. Nach diesem Entwurf kann eine Person auch die aktive Sterbehilfe verlangen, wenn sie glaubt, "*que l'altération effective ou imminente de cette dignité ou de cette qualité de vie la place dans une situation de détresse*". Bemerkenswert ist auch eine weitere vorgeschlagene Bestimmung, wonach der Arzt, der es nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann, passive, indirekte oder direkte aktive Sterbehilfe zu leisten, dies dem Patienten anlässlich der ersten Konsultation zu eröffnen hat, wenn der Patient wünscht, dass ihm Sterbehilfe geleistet werde ¹⁷.

4.323 Belgien

Nach geltendem belgischem Recht gilt die Beihilfe zur Selbsttötung als Unterlassung der Nothilfe, während die direkte aktive Sterbehilfe als Tötung qualifiziert wird.

In der Praxis sind jedoch die Fälle sehr selten, in denen ein Arzt, der die Leiden seines Patienten abkürzte, strafrechtlich verfolgt wurde.

Eine vom belgischen Parlament mit einer Stellungnahme zur Frage der Sterbehilfe beauftragte "Konsultativ-Kommission für Bioethik" hat in ihrem 1997 erstatteten Bericht die Zulässigerklärung der aktiven Sterbehilfe vorgeschlagen. Nach den Vorstellungen dieses Ausschusses könnte Sterbehilfe nach obligatorischer Konsultation einer für diese Fragen zuständigen Kollegialbehörde geleistet werden. Die Verantwortung für den Entscheid müsste damit vom Patienten, seinen Angehörigen, vom Arzt und vom Pflegepersonal gemeinsam getragen werden.

Ein Entscheid des belgischen Parlaments zu dieser Frage steht noch aus.

¹⁵ SCHÖNKE/SCHRÖDER, Strafgesetzbuch-Kommentar, 25. Aufl., München 1997, Rz 32b vor §§ 211 ff.

¹⁶ Die ärztlichen Standesregeln, die Gesetzeskraft haben, untersagen dem Arzt, "*de provoquer délibérément la mort*" (Art. 38 des Code de déontologie médicale).

¹⁷ Vgl. Dokument Nr. 166, Senat, Proposition de loi relative au droit de mourir dans la dignité, Beilage zum Protokoll der Sitzung vom 26. Januar 1999. Nach Auskunft des Dokumentationsdienstes der französischen Nationalversammlung ist die Behandlung dieses Gesetzesentwurfs noch hängig.

4.324 Niederlande ¹⁸

Die geltenden niederländischen Strafbestimmungen für die Tötung auf Verlangen sowie die Hilfe zur Selbsttötung sind strenger als die entsprechenden Vorschriften des Schweizerischen StGB. Die viel diskutierte Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden gründet auf der Rechtsprechung, wonach die direkte aktive Sterbehilfe eine rechtfertigende Notstandshandlung (Art. 40 des niederländischen StGB) bilden kann, sowie auf das im Jahre 1994 gesetzlich eingeführte sogenannte *Meldeverfahren*; die niederländischen Strafnormen wurden dagegen nicht verändert.

Dieses Meldeverfahren ermöglicht dabei zu überprüfen, ob ein Arzt bei der Beendigung des Lebens eines unerträglich leidenden Patienten, bei dem keine Besserungsaussicht bestand, gewisse Sorgfaltspflichten eingehalten hat. Nach einem solchen Todesfall hat der Arzt einen Bericht zuhanden des Leichenbeschauers - der seinerseits Arzt ist - zu erstellen. Der Bericht wird an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet; diese entscheidet, ob der Arzt, der aktive Sterbehilfe geleistet hat, sich in einem Notstand befand und damit straflos bleibt ¹⁹. Von den vielen Tausend Meldungen, die in den Jahren 1991 bis 1995 bei den Staatsanwaltschaften eingegangen sind, wurden nur deren 120 näher untersucht; lediglich in 13 Fällen ist es zu einem Strafverfahren gekommen.

Statistisch stellt sich die Situation in den Niederlanden für den Zeitraum zwischen 1990 und 1995 wie folgt dar:

<u>Gesamtzahl der Sterbefälle</u>	<u>Natürlicher Tod</u>
1990: 128'800	1990: 97,1 %
1995: 135'700	1995: 96,6 %
<u>Aktive Sterbehilfe</u>	<u>Hilfe bei der Selbsttötung</u>
1990: 1,8 % (2'318 Fälle)	1990: 0,3 %
1995: 2,4 % (3'256 Fälle)	1995: 0,3 %

4.325 USA

Die Rechtslage bezüglich der Sterbehilfe in den USA ist nicht nur wegen des grundlegend anderen Rechtssystems nicht einfach zu beurteilen. Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung zu dieser Frage noch immer im Fluss ist.

¹⁸ Die Ausführungen über die Situation in den Niederlanden stützen sich im wesentlichen auf die Aussagen der von der Arbeitsgruppe angehörten Sachverständigen (vgl. oben Ziff. 3.3).

¹⁹ Seit dem 1. November 1998 gelten *neue Bestimmungen über das Meldeverfahren* ("De nieuwe meldingsprocedure euthanasie"). Eine der wichtigsten Neuerungen bildet die Schaffung von 5 regionalen, pluridisziplinär zusammengesetzten *Kommissionen*. Diesen obliegt eine Vorprüfung der Zulässigkeit der Sterbehilfefälle, bevor sie an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet werden.

Nach Kenntnis der Arbeitsgruppe gibt es in den USA keine Regelungen, welche die direkte aktive Sterbehilfe in irgendeiner Art privilegieren. Hingegen ist die Gesetzgebung über die Beihilfe zum Suizid in einzelnen Staaten im Fluss. In Bewegung ist auch die Rechtsprechung.

Die Zuständigkeit zum Erlass von Strafnormen liegt, vorbehaltlich von Ausnahmen, nicht bei der Union, sondern bei den Einzelstaaten. Gleiches gilt für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Die von den Einzelstaaten erlassenen Gesetze müssen freilich die amerikanische Bundesverfassung beachten. Stehen sie dazu im Widerspruch, kann gegen sie bei den Bundesgerichten der Vereinigten Staaten Beschwerde geführt werden. Insoweit beeinflusst das Verfassungsrecht des Bundes die Gesetzgebung der Einzelstaaten auf dem Gebiet der Sterbehilfe.

Die Bundesstaaten anerkennen praktisch durchwegs das Recht des urteilsfähigen Patienten, eine medizinische Behandlung abzulehnen, auch dann, wenn dies seinen Tod nach sich zieht. Die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen ist ein Grundrecht, das vom Obersten Gerichtshof im Grundsatzentscheid i.S. Nancy Cruzan 1990 anerkannt wurde²⁰. In diesem Urteil, welches eine junge Frau betraf, die nach einem Unfall in einem vegetativen Dauerzustand verharrte, wurde zudem festgehalten, der Staat Missouri habe die US-Verfassung nicht verletzt, als er den Abbruch der künstlichen Ernährung vom klaren Nachweis abhängig machte, dass dieser dem Willen der Patientin entspricht.

Die überwiegende Mehrheit der Bundesstaaten, die auf diesem Gebiet legiferiert haben, erklären die Beihilfe zur Selbsttötung für strafbar. Ein im Staate Oregon 1994 durch Volksentscheid angenommenes und 1997 in einer weiteren Volksabstimmung bestätigtes Gesetz²¹ hat jedoch die Beihilfe zum Suizid von schwerkranken Personen unter gewissen Voraussetzungen legalisiert. Noch vor seinem Inkrafttreten wurde dieses Gesetz durch ein Bundesbezirksgericht vorläufig unwirksam erklärt. Das Bundesappellationsgericht verfügte²² anschliessend die Aufhebung dieser Entscheidung. Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten ist auf die von den Gegnern des Gesetzes dagegen eingereichte letztinstanzliche Beschwerde nicht eingetreten. Das Gesetz konnte so schliesslich am 27. Oktober 1997 in Kraft treten. In den ersten zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes haben 23 Personen eine Beihilfe zum Suizid in Anspruch genommen²³.

1997 entschied der Oberste Gerichtshof über zwei Beschwerden von Ärzten und ihren schwerkranken Patienten gegen Gesetze der Staaten Washington²⁴ und New York²⁵, welche beide die Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellen. Die Beschwerdeführer machten geltend, die Ungleichbehandlung der weitgehend akzep-

²⁰ Cruzan et ux. v. Director, Missouri Department of Health, et al., No 88-1503 vom 25. Juni 1990; 497 U.S. 261.

²¹ Death with Dignity Act, 1997 Oregon Revised Statutes §§ 127.800 ff.

²² Die Entscheidung des Bundesappellationsgerichts (United States Ninth Circuit Court of Appeals) im Fall Lee v. Oregon wurde in 107 Federal Reporter, Third Series 1382 veröffentlicht.

²³ Bis zum 1. Januar 1999 sind 15 dieser Menschen auf diese Weise gestorben. 6 weitere sind an ihren Krankheiten gestorben, und 2 waren noch am Leben: Siehe CHIN et al., Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon - The First Year's Experience, in 340 New England Journal of Medicine 577-583.

²⁴ State of Washington et al. v. Glucksberg, 117 Supreme Court Reporter 2258 (26. Juni 1997).

²⁵ Vacco, Attorney General of New York et al. v. Quill et al., 117 Supreme Court Reporter 2293 (26. Juni 1997).

tierten passiven Sterbehilfe und der in diesen Staaten pönalisierten Beihilfe zum Suizid widerspreche der Bundesverfassung. Der Oberste Gerichtshof wies die Beschwerden ab und erklärte, es gehe hier um zwei unterschiedliche Handlungen, wenngleich die Abgrenzung zwischen ihnen gelegentlich schwierig sei; die Einzelstaaten hätten demzufolge das Recht, sie unterschiedlich zu behandeln und würden dadurch die Verfassung nicht verletzen. Der Oberste Gerichtshof gab gleichzeitig klar zu verstehen, dass er die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid durch einen Bundesstaat nicht notwendigerweise als Verletzung der Verfassung der Vereinigten Staaten betrachten würde.

4.4 Völkerrechtliche und verfassungsrechtliche Aspekte

4.41 Völkerrecht

Man kann sich fragen, ob die vom Postulat Ruffy angestrebte teilweise Entkriminalisierung der aktiven Sterbehilfe mit der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) oder anderen internationalen Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte kollidiert. Neben Artikel 2 und 8 der EMRK wäre auch an Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte²⁶ zu denken.

Zum internationalen Pakt und zur EMRK lässt sich weder eine Praxis noch eine Lehrmeinung ausmachen, wonach den Mitgliedstaaten verwehrt wäre, eine unter bestimmten Voraussetzungen geleistete direkte aktive Sterbehilfe straflos zu lassen²⁷. Es wird im Gegenteil betont, gleich wie die Selbsttötung könne auch die Inanspruchnahme von Sterbehilfe der Privatsphäre im Sinne von Artikel 8 der EMRK zugerechnet werden²⁸. Eine Bestätigung dieser Auffassung durch einen Entscheid des Menschenrechtsgerichtshofes liegt bisher jedoch nicht vor.

4.42 Bundesverfassung

Die Problematik der Sterbehilfe hat mehrere verfassungsrechtliche Anknüpfungspunkte:

4.421 Schutz der Menschenwürde

Mit der Reform der Bundesverfassung (BV) wird die Menschenwürde nun explizit als zentrales Grundrecht genannt²⁹. Der Schutz der Menschenwürde ist Kern und Anknüpfungspunkt anderer Grundrechte, also auch des Rechts auf Leben. So schreibt denn der Bundesrat in seiner Botschaft an das Parlament, der Schutz der Men-

²⁶ SR 0.103.2; für die Schweiz in Kraft seit dem 18. September 1992.

²⁷ Vgl. WILDHABER, Internationaler Kommentar zur EMRK, Kommentierung von Art. 8, Köln/Berlin/Bonn/München 1992; FROWEIN/PEUKERT, Kommentar zur EMRK, Kehl/Strassburg/Arlington 1996.

²⁸ WILDHABER, a.a.O., Rz. 268 zu Art. 8.

²⁹ Art. 7: "Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen".

schenwürde habe "insbesondere in den Bereichen ... der Medizin ... eine zentrale Bedeutung" ³⁰.

Auch wenn feststeht, dass die Wahrung der Menschenwürde eine absolute Grenze für alles staatliche und hoheitliche Handeln darstellt, ist der Begriff der Menschenwürde selber unterschiedlichen Verständnissen zugänglich. Gerade das Beispiel der Todesstrafe - die nach der Verfassungsvorlage vollständig verboten ist (Art. 10 Abs. 1)³¹ - zeigt, dass Menschenwürde, je nach Kultur und Tradition, sehr unterschiedlich aufgefasst wird ³².

4.422 Persönliche Freiheit ³³

Dieses Grundrecht schützt Leib, Leben, Freiheit oder Ansehen, die einer Person um ihres Menschseins willen zukommen. Mit dem Recht auf physische Integrität ist die Person gegen alle Angriffe auf ihren Körper geschützt.

Das *Recht auf Selbstbestimmung* bzw. -entfaltung kann als Ausprägung der persönlichen Freiheit verstanden werden ³⁴. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung dazu ist nicht gross ³⁵. Der Begriff der Selbstentfaltung oder Privatautonomie stammt im wesentlichen aus dem 19. Jahrhundert und ist insofern vorsichtig zu deuten, als in heutiger Sicht Entscheidungen einzelner Menschen immer auch von ihrem Herkommen, ihrem Umfeld, ihrer Religion und Kultur mitgeprägt sind. In diesem Sinn stellt das Recht auf Selbstbestimmung keinen absoluten Massstab dar.

Auch das *Pietätsgefühl der Angehörigen* stellt im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ³⁶ eine durch das Grundrecht der persönlichen Freiheit geschützte Position dar.

4.423 Recht auf Leben

Das bisher als ungeschriebener verfassungsmässiger Anspruch anerkannte Recht auf Leben soll mit der Reform der Bundesverfassung explizit gewährleistet werden (Art. 10 Abs. 1). Die Strafvorschriften über Mord, vorsätzliche Tötung und Totschlag

³⁰ BBI 1997 I 140.

³¹ Art. 65 Abs. 1 der geltenden BV verbietet Todesurteile nur bei „politischen Vergehen“. Weder das bürgerliche noch das militärische Strafrecht sehen aber die Todesstrafe vor.

³² Während in der Schweiz und in anderen kontinental-europäischen Ländern die Todesstrafe als mit der Menschenwürde unvereinbar betrachtet wird, erblickt man etwa in den Vereinigten Staaten hier keinerlei Widerspruch.

³³ Vgl. Art. 10 Abs. 2 des Bundesbeschlusses über die neue Bundesverfassung, BBI 1999 164: "Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit."

³⁴ Vgl. HALLER im Kommentar zur Bundesverfassung, Persönliche Freiheit, Rz. 71, der namentlich die „Entscheidungsfreiheit in elementaren Belangen“ erwähnt.

³⁵ Vgl. den bekannten Entscheid BGE 97 I 49ff, der unter dem Aspekt der Selbstentfaltung die Möglichkeit des Malens in der Zelle während der Untersuchungshaft zulässt; vgl. auch die Entscheide bei HALLER, a.a.O.

³⁶ BGE 101 II 177, E. 5b.

bilden direkte Umsetzungen des verfassungsrechtlich geschützten Grundrechts auf Leben.

Die Pflicht des Staates, das Recht auf Leben zu respektieren und zu schützen, muss jedoch in bestimmten Situationen relativiert werden³⁷. Auf absolute Grenzen stösst ein Eingriff in das Recht auf Leben allerdings dann, wenn er sich mit der Menschenwürde nicht mehr vereinbaren lässt³⁸.

5. Medizin

5.1 Expertenmeinungen im Überblick

Die wichtigsten Aussagen der von der Arbeitsgruppe angehörten Sachverständigen aus dem medizinischen Bereich (vgl. oben Ziff. 3.3) - also nicht der ärztlichen Mitglieder der Arbeitsgruppe - lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Sterbewünsche treten bei körperlich Schwerkranken häufig zu Beginn der Krankheit, besonders aber bei einer Verschlechterung ihres Zustandes auf. Solche Begehren sind in der Regel sehr unbeständig und hängen stark von äusseren und inneren Bedingungen ab. Relativ stabile Todeswünsche äussern Patienten, die am Anfang eines extrem schwierigen Prozesses der Adaptation an neue Lebensumstände stehen (z.B. Hirnverletzte, Querschnittgelähmte). Auch Patienten, die an mittelschweren und schweren depressiven Zuständen leiden, haben oft einen anhaltenden Todeswunsch; eine Behandlung dieser Patientengruppe ist jedoch möglich.
- Es sind häufig weniger die körperlichen Schmerzen, welche Sterbewünsche auftreten lassen, als vielmehr die Gesamtheit der Leiden, von denen Schwerstkranke und Sterbende betroffen sind. Nur einige von ihnen sind körperlicher Natur; andere betreffen das affektive und emotionale Gleichgewicht des Patienten. In dieser Optik muss man die Persönlichkeit des Kranken berücksichtigen, aber auch seine Beziehungen zu seinen Angehörigen, seinen Ärzten und - oft entscheidend - zum Pflegepersonal. Schwerkranke Patienten wünschen in erster Linie Gehör, Verständnis, Einfühlung und Professionalität in jeder Phase ihrer Krankheit. Nimmt das Interesse an ihnen ab, entstehen bei Schwerkranken und Sterbenden Vertrauenskrisen, die den Sterbewunsch fördern.
- Alle angehörten aussenstehenden medizinischen Sachverständigen lehnen die Lockerung der Rechtswidrigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe ab. Das heutige Verbot verschaffe dem Arzt gegenüber Patienten, die Sterbewünsche äussern, und ihren gelegentlich ungeduldigen Angehörigen eine klare Position. Es verhin-

³⁷ So muss die Tötung eines Menschen in einer Notwehr- oder Notstandssituation (beispielsweise polizeilicher Rettungsschuss oder militärische Verteidigung im Kriegsfall) zulässig sein.

³⁸ Dies trifft etwa auf die Todesstrafe zu oder auch auf andere Situationen, in denen ohne Zustimmung des Opfers und ohne dass dessen unmittelbares Verhalten dazu Anlass gibt, über sein Leben „verfügt“ wird.

dere auch, dass die Durchsetzung des Sterbewunsches zum alleinigen Lebenszweck eines Patienten oder seiner Angehörigen wird³⁹.

- Ebenfalls im Interesse der Eindeutigkeit der ärztlichen Rolle lehnen die medizinischen Experten, soweit sie sich dazu geäußert haben, die Beihilfe zum Suizid ab. Die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen, wie etwas "EXIT", in Heimen und Spitälern könnte vermehrt Spannungen beim bereits stark belasteten medizinischen Personal erzeugen und eine Verunsicherung der Patienten bewirken.
- Alle Experten machen eine klare Unterscheidung zwischen der indirekten aktiven ("palliativen") Sterbehilfe und der direkten aktiven Sterbehilfe (aktive Tötung). In diesen beiden Fällen könnten zwar die eingesetzten Mittel übereinstimmen (z.B. Verabreichung von Morphin), doch sei die Absicht nicht die gleiche.

5.2 Medizinische Aspekte im Einzelnen

Die nachstehenden Ausführungen stützen sich einerseits auf die von den angehörten externen Sachverständigen geäußerten Meinungen und andererseits auf die Diskussionen, welche die Arbeitsgruppe selber geführt hat.

5.21 Suizid und Suizidversuch

Für die (medizinische) Beurteilung von Sterbewünschen, wie sie Patienten an ihren Arzt richten können, sind die Ergebnisse der empirischen Suizidforschung sowie von Untersuchungen an schwerkranken Tumorpatienten aufschlussreich. Sie lassen auf einen Zusammenhang zwischen Sterbewunsch und psychischen Störungen oder Erkrankungen schliessen. Nach gewissen Untersuchungen haben 90-95 Prozent der suizidierten Personen zur Zeit ihres Todes an einer (nach internationalen Regeln diagnostizierbaren) psychischen Störung oder Erkrankung gelitten⁴⁰.

Eine psychische Verletzlichkeit (Vulnerabilität), die oft am Ursprung von Suizidwünschen steht, kann bei gewissen Menschen im Lauf ihrer Persönlichkeitsbildung durch das Zusammenwirken von angeborenen Elementen und Umweltfaktoren entstehen. Kommt eine in dieser Weise gefährdete Persönlichkeit in eine Stresssituation, die sie akut oder chronisch belastet, so kann die Schwelle zu einer suizidalen Handlung (Suizidversuch oder Selbsttötung) überschritten werden⁴¹. Solche Stresssituationen können entstehen etwa durch Verlust von Beziehungen, schwerwiegende Konflikte, Isolierung, sozialen Abstieg. Suizidale Vorbilder in der Familie und der näheren Umgebung sowie die Darstellung von Selbsttötungen in den Medien erhöhen nachweislich das Suizidrisiko bei gefährdeten Personen. In solchen Fällen spricht man von "emotionalem Suizid".

³⁹ Der differenziertere Lösungsansatz, wonach aussergewöhnliche Umstände zwar nicht die Rechtmässigkeit der Handlung begründen, aber eine Strafbefreiung nach sich ziehen könnten, wurde mit diesen Experten nicht erörtert.

⁴⁰ Vgl. HENRIKSSON et.al., Mental disorder and comorbidity in suicide, American Journal of Psychiatry 150/1993, 935 ff.

⁴¹ Dieser Zusammenhang wird als sogenanntes Vulnerabilitäts-Stress-Modell bezeichnet.

Diese Zusammenhänge konnten durch gross angelegte repräsentative Untersuchungen bei Personen aus der Umgebung von Suizidenten ermittelt werden. Die psychische Vulnerabilität und ihre Interaktion mit belastenden Lebensereignissen und Situationen wird von den meisten Personen, die einen Suizidversuch überlebt haben, berichtet ⁴².

Es gibt auch Fälle, in denen der Suizidwille bei unheilbar Kranken, die unerträglich leiden, nach reiflicher Überlegung zustande kommt. Für solche Fälle werden die Begriffe "rationaler" Suizid oder "Bilanzsuizid" verwendet ⁴³. Nach einem amerikanischen Autor ist ein Bilanzsuizid selbst bei depressiven Menschen möglich ⁴⁴.

Auf der Ebene der Massenstatistik kann festgestellt werden, dass Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit sowie anhaltende politische und wirtschaftliche Unsicherheit die Häufigkeit von Selbsttötungen regelmässig ansteigen lassen. Den grössten Einfluss auf die Suizidhäufigkeit üben aber, erstaunlicherweise, kulturelle Einflüsse aus, die allerdings schwer zu fassen und zu definieren sind. Man kann dies jedoch, auf europäischer Ebene, an der Unterschiedlichkeit der Suizidaten der verschiedenen Länder ablesen ⁴⁵.

Das gleiche Bild zeigt sich auch in unserem Land, wo die relativ tiefen Suizidraten der Kantone Wallis und Tessin gegenüber der übrigen Schweiz auffallen.

Bei keiner körperlichen Krankheit bestehen derartige Häufigkeitsunterschiede zwischen vergleichbaren europäischen Ländern wie beim Suizid. Dieser Unterschied steht im Zusammenhang mit Gebräuchen und Traditionen, besonders aber auch mit der kulturellen Interpretation von Notlagen, mit den Erwartungen an das Verhalten von Personen in Notsituationen und mit der Hilfe, welche diesen zur Verfügung steht.

5.22 Der Sterbewunsch terminal Kranker

Körperliche und seelische Leiden führen immer wieder zu Sterbewünschen.

Schwerkranke, die einen Sterbewunsch äussern, wollen nicht bloss unerträglich Schmerzen oder anderen grossen persönlichen Leiden entfliehen. Sie fürchten sich auch davor, im Stich gelassen zu werden oder ihren Angehörigen zur Last zu fallen, und machen sich Sorgen über die finanziellen Schwierigkeiten für ihre Familie. So entstehen Gefühle der Scham, der Ohnmacht und der Entwürdigung, von denen sich

⁴² Vgl. etwa HENRIKSSON et al., a.a.O.; CONWELL et al., Relationship of age and axis diagnosis in victims of completed suicide, *Am. J. Psychiatry*, 153, 1996, 1001-8; FOSTER et al., Mental disorders and Suicide in Northern Ireland, *Brit. J. Psychiatry*, 170, 1997, 447-452.

⁴³ GANZINI, *Am. J. Psychiatry* 153, 11, Nov. 1996. Besonders zum Zusammenhang von körperlichen Krankheiten und Suizid siehe etwa WOLFERSDORF, in: WEDLER et al., *Körperliche Krankheit und Suizid*, Regensburg 1991; HARRIS et al., Suicide as an outcome of medical disorders, *Medicine* 73, 1994, 462-66; LYNCH, Assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer, *Palliative Care* 11, 1995, 10-18.

⁴⁴ GANZINI/LEE, *Psychiatry and assisted suicide in U.S.*, *New England Journal of Medicine*, Juni 1997.

⁴⁵ DIEKSTRA et al., The epidemiology of suicidal behaviour. Rapport trimestrial statistique de l'Organisation Sanitaire Mondiale 46, 1993, 52-68.

gewisse Patienten durch den Tod befreien möchten. Einige haben auch Angst vor dem Vorgang des Sterbens.

Unter den *körperlichen* Leiden, die vor allem im terminalen Stadium zu berücksichtigen sind, seien folgende genannt:

- Schmerz, der in über 90 % der Fälle erfolgreich gelindert werden kann,
- extreme Müdigkeit bei stark abgemagerten Patienten,
- progrediente Atemnot, die von Erstickungsanfällen begleitet sein kann,
- nicht behebbare Übelkeit mit Erbrechen (spontan oder als Folge einer Chemotherapie oder anderer Medikation).

Zu den *seelischen* Leiden eines Patienten im terminalen Stadium gehören namentlich:

- Angst und die Erkenntnis einer zunehmenden Verschlechterung und einer zur Invalidität, ja sogar zum Verfall führenden Entwicklung;
- Angst vor der Abhängigkeit von ständiger Pflege, über die der Patient nicht mehr bestimmen kann;
- Sorge um die finanziellen Auswirkungen der Krankheit für die Angehörigen;
- durch körperliche Krankheiten verursachte starke psychische Leiden.

Krebspatienten, bei denen Schmerzen und andere Leiden besonders häufig sind, bilden die Hauptgruppe von Kranken, die Beihilfe zum Suizid oder gar direkte aktive Sterbehilfe verlangen. Psychische Leiden, besonders Depressionen, treten bei diesen Patienten ebenso häufig auf wie bei körperlich gesunden Personen, die nicht mehr leben wollen.

5.23 Suizidwünsche verschwinden meistens bei guter Betreuung

Es konnte in Studien gezeigt werden, dass Patienten im Endstadium - sofern sie nicht eines natürlichen Todes gestorben sind - ihren Wunsch nach direkter aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid aufgeben, sofern sie sorgfältig und kunstgerecht palliativ betreut werden. Eine italienische Studie hält jedoch dafür, dass auch richtig ausgeführte Palliativpflege den Wunsch nach Sterbehilfe nicht völlig zum Verschwinden bringt⁴⁶.

Nach einem amerikanischen Autor hat das Abklingen einer Depression nicht zwingend zur Folge, dass zuvor abgelehnte lebensverlängernde medizinische Massnah-

⁴⁶ DI MOLA, Annals of Oncology, 7: 907-911/1996.

men wieder verlangt werden ⁴⁷. Zudem führt, gemäss diesem Autor, das Bestehen einer Depression nicht immer zur Unfähigkeit, bewusst eine Wahl zu treffen ⁴⁸.

5.24 Eingeschränkte Autonomie des Todeswunsches

Selbstbestimmtes autonomes Handeln ist bei körperlich und seelisch leidenden und pflegebedürftigen Schwerstkranken oft sehr stark eingeschränkt. Diese Patienten sind in extremer Weise abhängig von der Zuwendung, dem Wohlwollen und der Achtung ihrer Umgebung. Mit ihren Kräften schwindet auch die Fähigkeit, eigene Wünsche und Hoffnungen gegenüber Andeutungen oder Forderungen von Pflegenden oder Angehörigen geltend zu machen. In einer solchen Situation könnten diese Kranken für direkte oder unterschwellige Vorschläge, ihren Leiden ein definitives Ende zu setzen, besonders empfänglich sein. Umgekehrt weisen aber Ärzte und Pflegende, die mit derartigen Situationen konfrontiert sind, häufig darauf hin, dass solche dramatischen Umstände diese Patienten nicht davon abhalten, ihren Lebenswillen zu bekunden.

Nichtsdestoweniger werden Ausnahmesituationen auftreten, in denen Patienten in völliger Selbstbestimmung bewusst eine direkte aktive Sterbehilfe oder eine Beihilfe zum Suizid verlangen.

5.25 Die Bedeutung der Palliativmedizin und -pflege

Palliativmedizin und Palliativpflege zielen darauf ab, Schmerzen und andere Leiden, die den Wunsch nach direkter aktiver Sterbehilfe auslösen können, zu lindern oder gar zu beheben. Die Arbeitsgruppe hat sich die Frage gestellt, wie gross der Anteil der Patienten im terminalen Stadium sei, deren Schmerzen und Leiden nicht behoben oder doch erträglich gemacht werden können.

Auch wenn die diesbezüglichen Zahlen sich von Studie zu Studie unterscheiden, kann man doch annehmen, dass es sich hierbei nur um einen geringen Prozentsatz handelt.

5.251 Techniken der Palliativmedizin und Palliativpflege sind zu wenig bekannt

Es bestehen zahlreiche Untersuchungen über chronische Schmerzen, Atemnot und Depression. Sie bestätigen, dass solche Leiden bei Todkranken häufig sind. Ausnahmslos kommen die Autoren dieser Studien zum Schluss, dass die Techniken der Palliativmedizin und -pflege Ärzten und Pflegenden zu wenig bekannt sind oder von ihnen viel zu zögerlich angewendet werden. Mit richtig eingesetzten palliativen Mitteln könnte der grösste Teil dieser Leiden behoben werden.

⁴⁷ GANZINI, a.a.O.

⁴⁸ GANZINI/LEE, a.a.O.

5.252 Sehr wirkungsvolle Palliativbehandlung

Gewisse Autoren gehen so weit zu sagen, dass eine adäquate palliative Betreuung in der terminalen Phase selbst unerträglichste Leiden wesentlich lindern kann; daraus ziehen sie den Schluss, dass die direkte aktive Sterbehilfe allein gestützt auf diesen Grund nicht zulässig erklärt werden darf⁴⁹.

Diese Feststellungen wurden auch von einer der angehörten Sachverständigen, einer Palliativmedizinerin, bestätigt: Sie habe in zwölfjähriger Praxis lediglich zwei Fälle erlebt, in welchen die übliche medikamentöse Palliation nicht ausgereicht habe und eine eigentliche Narkose habe durchgeführt werden müssen⁵⁰.

Im gleichen Sinn folgert eine britische Studie über Krebspatienten, die an oft unerträglichen Schmerzen litten, aber mit modernsten palliativen, namentlich schmerztherapeutischen Methoden behandelt wurden, dass nur in einem ganz geringen Prozentsatz der Fälle am Ende der Beobachtungsperiode noch Schmerzen bestanden, die aber auf ein erträgliches Mass hatten vermindert werden können⁵¹.

Andere Autoren sprechen von einer gewissen Anzahl von Kranken, deren Schmerzen durch die moderne Schmerztherapie nicht vollständig zu beseitigen sind⁵².

Die körperlichen Schmerzen sind nur *ein* Aspekt des Krankheitsbildes, bei dem der Einsatz der Palliativmedizin und -pflege nötig ist. Die Wirkungen dieser Massnahmen auf die anderen Leiden sind durchaus real, aber weniger leicht quantifizierbar als jene, die sich auf den körperlichen Schmerz beziehen. Man kann daher annehmen, dass unabhängig vom künftigen Entwicklungsstand und der dabei erzielten Effizienz der palliativen Massnahmen immer einige Fälle bleiben werden, in denen der Arzt und das Pflegepersonal sich mit einer Bitte um direkte aktive Sterbehilfe konfrontiert sehen werden.

Die Häufigkeit von Begehren um Sterbehilfe ist zwar umstritten; ganz zum Verschwinden bringen wird sie die Palliativbetreuung wohl nicht⁵³.

6. Ethik

Die Arbeitsgruppe hat aus ihrer Mitte einen Fachvertreter aus dem Bereich der theologischen Ethik und darüber hinaus externe Sachverständige für Ethik vor allem zu

⁴⁹ MEIER/MORRISON/CASSEL, Improving palliative care. Ann. Int. Med. 1997; 127: 225-230; FERRELL/RHINER, High-tech comfort: ethical issues in cancer pain management for the 1990s. J. Clin. Ethics 1991; 2: 108-112.

⁵⁰ Analoge Erfahrungen berichtet PROBST, Euthanasie? Wege und Irrwege, Sonderdruck aus: Medizin und Ideologie, 1998, 8.

⁵¹ HIGGINSON/HEARN, Multicenter evaluation of cancer pain, J. Pain Sympt. Management 14 (1997), 29-35.

⁵² Vgl. VON LUTTEROTTI, Sterbehilfe in der Diskussion, Zeitschrift für Lebensrecht (Organ der Deutschen Bewegung "Ja zum Leben"), 1996, 23-25.

⁵³ Diese Meinung vertreten namentlich die Mitglieder der italienischen Gesellschaft für Palliativmedizin: DI MOLA, Attitudes towards Euthanasia of Physician Members of the Italian Society for Palliative Care, Annals of Oncology, 7:907-911/1996.

ihrer Beurteilung einer allfälligen Strafloserklärung gewisser Formen der aktiven Sterbehilfe angehört (vgl. oben Ziff. 3.3).

6.1 Kontroverse Grundauffassungen

Die Auffassungen der Ethik gegenüber der Sterbehilfe waren in der Geschichte der Philosophie und der Theologie nie eindeutig, wenn auch die langen Jahrhunderte des sogenannten christlichen Zeitalters uns die Illusion vermitteln könnten, es gebe hier feststehende Wertungen. In der Tat zeigt eine sorgfältige geschichtliche Rekonstruktion, dass diese Problematik immer mehr oder weniger kontrovers diskutiert wurde.

In früheren Zeiten, als die Hauptsorge der Menschen dem Überleben galt, wurde diese Thematik nur selten diskutiert. Heute, angesichts veränderter Verhältnisse - Fortschritte der Medizin, hohe Lebenserwartung, komplexe Krankheitsbilder -, nimmt die Diskussion vor allem in unseren Breiten zu. Sie hat sich namentlich von der fachethischen auf die allgemein gesellschaftliche Ebene verlagert.

Eine *deontologisch*, d.h. an unbedingte und absolute Pflichten orientierte Ethik versucht, das objektive Recht auf Leben jeder Person als oberste und zugleich *alleinbestimmende Maxime* zu betrachten, und lässt sich nicht direkt und ausdrücklich auf Güterabwägungen mit anderen Gesichtspunkten oder Faktoren ein. Das ethische Gut des physischen Lebens wird als unantastbar betrachtet und als durch andere Güter unkonkurrenzierbar angesehen. Diese Sichtweise ist oft in theologischen Kreisen anzutreffen, ist aber für die theologische Ethik nicht ausschliesslich. Auch autonome Ethiken (welche explizit auf Gottesbezüge verzichten), wie etwa die kantische, argumentieren in diesem Sinn. Andererseits sind Güterabwägungen zugleich oft auch im Zusammenhang mit theologischen oder sonst religiösen Argumenten zu finden.

6.2 Die Berücksichtigung mehrerer Prinzipien ist für eine angemessene ethische Begründung massgeblich

Bei dieser Betrachtung stehen *drei Grundgüter* im Vordergrund:

- Es besteht die tatsächliche und moralische Notwendigkeit, *Schmerzen und Leiden* im Sterbeprozess zu *minimieren*.
- Jeder sterbende Patient sollte in der Lage sein, soweit wie möglich die eigene *Selbstbestimmungskraft* zu bewahren und auszuüben.
- Das *physische Leben* steht grundsätzlich nicht zur menschlichen Disposition.

Die drei Grundgüter sollen jedesmal, in jeder anders gelagerten Situation, neu untereinander abgewogen werden. Für diese Güterabwägung gibt es a priori keine durch die Ethik vorformulierte Zauberformel. Damit aber hier von einer eigentlichen *Abwägung* gesprochen werden kann, soll kein auf dem Spiel stehendes Gut absolut gesetzt werden.

Wird zum Beispiel die Schmerzbekämpfung absolut gesetzt, dann ist jede Linderung legitimiert, welche die Selbstbestimmungskraft des Patienten völlig ausschalten kann. Auch die Verabsolutierung der Selbstbestimmung bzw. Autonomie des Patienten kann zu Lösungen führen, welche ethisch bedenklich sind, etwa in der Form einer undifferenzierten strafrechtlichen Liberalisierung in diesem Bereich. Stellt man das physische Leben als einziges Gut dar, dann ist die Gefahr einer therapeutischen Verbissenheit schon im voraus gegeben.

6.3 Mitleidstötung kann unter klar bestimmten Umständen ethisch vertretbar sein, sollte aber prinzipiell rechtswidrig bleiben

Nach Meinung einiger der angehörten Experten sind seltene Fälle vorstellbar, in denen Schmerzen und die Dauer des Sterbevorgangs mit dem berechtigten Autonomieanspruch eines Patienten nicht mehr vereinbar sind. In dieser Situation könnte das Handeln des Arztes, der sich dem Todeswunsch seines Patienten beugt, ethisch gesehen nicht ausschliesslich negativ bewertet werden⁵⁴.

Hier tritt in der Tat die Autonomie des Patienten mit der zumindest gleichrangigen Autonomie des behandelnden Arztes bzw. der Person, welche bereit wäre, die Tötung auf Verlangen zu vollziehen, in Konflikt. Es wäre illusorisch zu meinen, dass diese Handlung *nur* die Erfüllung des Willens des Patienten darstellen würde, ohne jegliche andere Konsequenz, sowohl für das Selbstverständnis und für die Autonomie der die Handlung vollziehenden Person als auch für die ganze Gesellschaft. Jede direkte Tötung ist eine Handlung, welche die Autonomie anderer Akteure mitbezieht und somit Konsequenzen auch für das Sicherheitsbedürfnis einer Gesellschaft hat. Aus diesem Grunde muss die direkte aktive Sterbehilfe zumindest in prinzipieller Hinsicht rechtswidrig bleiben.

In normativer Sicht könnte jedoch dieses ärztliche Handeln nicht einfach generell als legitim erklärt werden; damit würde nämlich die Selbstbestimmung des Kranken oder das Berufsgewissen des Arztes höher gestellt als der Schutz des Lebens. Somit würde man auch in eine Form des normativen Absolutismus verfallen. Aus diesem Grunde neigt die Mehrheit der befragten Ethiker zu einer Regelung, bei welcher am rechtswidrigen Charakter der aktiven Sterbehilfe - und damit an deren sozial-ethischen Missbilligung - festgehalten wird. Unter ganz aussergewöhnlichen Umständen sollte aber die Möglichkeit geschaffen werden, wegen fehlender Schuld oder jedenfalls wegen fehlenden Strafbedürfnisses auf eine Bestrafung des in Gewissensnot handelnden Arztes zu verzichten.

Hinsichtlich der Frage, wie dieses Anliegen in der Rechtsordnung zu verwirklichen sei, wurde von einzelnen Experten auf die wertebildende Kraft des Strafrechts hingewiesen. Eine gesetzgeberische Lösung, welche die Lockerung des Fremdtötungsverbots explizit vorsieht, könnte missdeutet oder missbraucht werden. Insofern wäre

⁵⁴ Diese Meinung wird schon seit gegen 25 Jahren vertreten. Vgl. etwa LEUENBERGER, Was heisst: Ein Recht auf gutes Sterben?, NZZ Nr. 112 vom 17./18. Mai 1975, 83: "Der Entzug von Medikamenten oder gar von lebenswichtigen Nährstoffen kann unter Umständen näher an das ethisch Unzulässige herankommen als eine - sagen wir - barmherzige Überdosierung schmerzstillender Pharmaka in einem Zeitpunkt, da der irreversible Sterbeprozess schon eingesetzt hat."

besser von einer gesetzgeberischen Regelung dieses Themas abzusehen. Selbst eine sehr restriktiv formulierte Ausnahme von der Strafbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe käme unausweichlich dem Bruch des über sehr lange Zeit entstandenen strafrechtlichen Fremdtötungs-Tabus gleich.

Andere Ethiker hingegen, wohl auch von der Vorstellung der wertebildenden Kraft des Strafrechts ausgehend, meinen, dass eine gut formulierte Ausnahmeregelung das Prinzip des Fremdtötungsverbots nicht ohne weiteres zunichte machen würde. Die Ausnahme würde ohne weiteres die normale Regel bestätigen und die Spezifität der Ausnahme argumentativ untermauern. Ausserdem kann man vom Recht kaum eine Garantie für die moralische Qualität einzelner Handlungen erwarten oder verlangen. Das Recht stellt höchstens den Rahmen dar, in dem moralische Handlungen einzelner Individuen vollzogen werden können.

7. Ökonomie

Im heutigen Gesundheitswesen spielt die Kostenfrage eine immer bedeutendere Rolle. Unabhängig von ihrem Alter verursachen schwerkranke Patienten vor allem in den letzten zwei Jahren ihres Lebens sehr hohe Kosten⁵⁵.

Auch wenn die Kostenfrage nicht selten eines der Elemente bilden kann, die bei einem Patienten den Wunsch entstehen lassen können, frühzeitig von seinen Leiden erlöst zu werden, darf diese Betrachtung, schon aus moralischen Gründen, in der Sterbehilfediskussion nicht massgebend sein.

Bedenkt man, dass besonders eine aktive Sterbehilfe höchstens in Fällen straflos sein könnte, in denen die Patienten ohnehin dem Tode sehr nahe sind, würden die Einsparungen, die auf diese Weise in sehr wenigen Fällen erzielt werden könnten, jedenfalls für das Gesundheitswesen als Ganzes kaum ins Gewicht fallen. Für den einzelnen Patienten, der seine Krankheitskosten selber tragen muss, oder für seine Angehörigen stellt sich die Lage unter Umständen wesentlich anders dar⁵⁶.

⁵⁵ Vgl. ZWEIFEL/FELDER/MEIER, Demographische Alterung und Gesundheitskosten: eine Fehlinterpretation, in: OBERENDER (Hrsg.), Alter und Gesundheit, Gesundheitsökonomische Beiträge 26, Baden-Baden 1996, 29 ff.

⁵⁶ Diese Betrachtungsweise findet sich, bezogen auf die direkte aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid, bestätigt bei EMANUEL/BATTIN, New England Journal of Medicine 339 (1998), 167-172. Diese amerikanischen Autoren - ein Epidemiologe und eine Philosophin - haben, ausgehend von niederländischen Zahlen aus dem Rammelink Report von 1991, durch Extrapolierung errechnet, dass die durch ärztliche Suizidhilfe erzielten Kosteneinsparungen 0,07 % der jährlichen Gesundheitskosten der USA ausmachten.

ERWÄGUNGEN DER ARBEITSGRUPPE

8. Einhellige Schlüsse

Die Arbeitsgruppe ist in mehreren Fragen zu grundsätzlichen Schlüssen gelangt, die von allen Mitgliedern geteilt werden:

8.1 Die Möglichkeiten von Palliativmedizin und -pflege müssen ausgeschöpft werden

Der Heilauftrag des Arztes umfasst nicht nur die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, sondern auch die Linderung von Leiden; gerade bei Schwerstkranken und Sterbenden ist diese letztgenannte Pflicht des Arztes von eminenter Bedeutung. Hierbei geht es nicht allein um die Bekämpfung von Schmerzen, sondern um die ganzheitliche Betreuung und Begleitung des Patienten.

Palliativ-medizinische Betreuungsmassnahmen können, richtig eingesetzt, die Lebensqualität Schwerstkranker und Sterbender ausserordentlich erhöhen; sie bewirken, dass Sterbewünsche nur selten auftreten. Die Arbeitsgruppe ist deshalb der Auffassung, dass die sehr grossen und erfolgversprechenden Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Palliativpflege ausgeschöpft werden dürfen, ja ausgeschöpft werden müssen.

In der heutigen Praxis ist das allerdings nicht immer der Fall. Die Gründe hierfür sind vielfältig: mangelnde Ausbildung, Zeitdruck, Unkenntnis der neuesten Methoden, übermässige Zurückhaltung in der Verabreichung starker Opiate⁵⁷. Die Arbeitsgruppe befürwortet deshalb eine verbesserte Ausbildung in diesen Techniken und eine bessere Aufklärung von Medizinalpersonen und Publikum über die bestehenden Möglichkeiten.

Die Arbeitsgruppe verkennt nicht, dass Palliativmedizin und Palliativpflege nicht in allen Fällen leidender Patienten genügen. Bereits in der Begründung seiner Motion hat Nationalrat Ruffy einen Hinweis auf eine Gruppe von Kranken gegeben, deren schwere physische und psychische Leiden nicht behebbar seien. Auch die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass es eine kleine Gruppe von Schwerstkranken und Sterbenden gibt, deren Leiden auch mit den heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin und Palliativpflege nicht genügend gelindert werden können. Nicht alle betroffenen Patienten werden mit dieser Situation fertig; diese seltenen Fälle belasten auch Arzt, Pflegepersonal und Angehörige schwer.

Die erwähnte Patientengruppe wird in der Diskussion um die Sterbehilfe immer wieder genannt. Strittig ist ihre zahlenmässige Bedeutung. Da die bestehenden Untersuchungen verschiedene Patientengruppen in unterschiedlichen Krankheitsstadien betreffen und diese Patienten auf verschiedene Arten palliativ betreut worden sind, ist eine allgemeine Aussage auch nach Meinung der Spezialisten und der Krebsliga

⁵⁷ Anders in den nordischen Ländern, vgl. "Machbares Leben", Justitia et Pax, Zürich 1998, S. 100.

derzeit nicht möglich. Sicher ist aber die Zahl der Patienten, die sich am Lebensende trotz optimaler Behandlung und Pflege in einem unerträglichen Zustand befinden, klein; zu einer präziseren Feststellung konnte die Arbeitsgruppe nicht gelangen.

8.2 Passive und indirekte aktive Sterbehilfe sowie nicht selbstsüchtige Beihilfe zur Selbsttötung sollen erlaubt bleiben

Passive Sterbehilfe, indirekte aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung sind, sofern die besonderen Voraussetzungen erfüllt sind, schon heute erlaubt; die Arbeitsgruppe will daran nichts ändern. Insbesondere die Rechtmässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe ist Voraussetzung dafür, dass die von der Arbeitsgruppe postulierte Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Palliativmedizin auch durchgeführt werden kann. Die Arbeitsgruppe hält gleichzeitig fest, dass es keine rechtliche Verpflichtung des Arztes oder einer anderen Person gibt und geben darf, dem Wunsch eines Sterbewilligen nach Beihilfe zum Suizid oder direkter aktiver Sterbehilfe zu entsprechen.

8.3 Passive und indirekte aktive Sterbehilfe müssen im Gesetz ausdrücklich geregelt werden

Passive und indirekte aktive Sterbehilfe sind im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Zum Teil bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, wo die Grenzen rechtmässigen Verhaltens liegen, denn es ist schwierig, zwischen passiver, indirekter aktiver und wohl auch direkter aktiver Sterbehilfe eine scharfe Trennlinie zu ziehen⁵⁸. Uneinigkeit besteht auch über die rechtliche Begründung der Zulässigkeit dieses Verhaltens, namentlich in Bezug auf die indirekte aktive Sterbehilfe. Das hat zur Folge, dass bei Ärzten und Pflegenden, bei Patienten und ihren Angehörigen sowie auch bei Juristen oft Unsicherheiten darüber bestehen, was im Einzelfall möglich und zulässig ist.

Der Arzt orientiert sich heute in erster Linie an den Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW und handelt nach seinem Gewissen; Gerichtsverfahren sind selten. Es stellt sich deshalb die Frage, ob überhaupt ein Bedarf besteht, die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe genauer zu regeln. Diese Frage stellt sich umso mehr, als von vielen Seiten eingewendet wird, die Vielfalt der medizinischen Sachverhalte stehe einer gesetzlichen Regelung prinzipiell entgegen.

Die Arbeitsgruppe hält den heutigen Zustand aber dessen ungeachtet für unbefriedigend. Angesichts des betroffenen Rechtsgutes sowie der Auswirkungen für den Einzelnen und für die Gesellschaft kann ein demokratischer Staat seine Verantwortung in der Frage der Sterbehilfe nicht auf den einzelnen Arzt oder auf eine Standesorganisation abwälzen. Die wesentlichen Voraussetzungen, unter welchen Sterbehilfe geleistet werden darf, müssen in einem formellen, dem Referendum unterstellten Gesetz geregelt werden. Dem steht nicht entgegen, dass die Regelung gezwungenermassen allgemein gehalten werden muss und im Einzelfall auslegungsbedürftig

⁵⁸ Vgl. oben Ziffer 4.12.

sein wird. Der Arzt muss soweit als möglich wissen, wo die Grenze zwischen erlaubtem und verbotenem Verhalten liegt, damit er alle rechtmässigen Massnahmen treffen kann, um seinem leidenden Patienten zu helfen, ohne zu riskieren, sich allenfalls strafbar zu machen. Deshalb ist die Arbeitsgruppe einhellig der Auffassung, dass passive und indirekte aktive Sterbehilfe ausdrücklich zu regeln sind; sie hält auch dafür, eine solche Regelung sei mit Vorteil ins Strafgesetzbuch einzufügen (siehe unten Ziff. 10).

8.4 Die direkte aktive Sterbehilfe muss ausnahmslos verboten bleiben

Die direkte aktive Sterbehilfe als gezielte Tötung eines anderen Menschen muss, ungeachtet der Gründe, aus welchen sie erfolgt, weiterhin ausnahmslos rechtswidrig bleiben. Die Gesamtheit der Arbeitsgruppe ist der festen Überzeugung, dass aus prinzipiellen Gründen am absoluten Schutz menschlichen Lebens vor Dritteinwirkungen und damit an dem für unsere Rechtsordnung grundlegenden Fremdtötungsverbot unbedingt wie bisher festzuhalten ist. Sie ist umso mehr dieser Überzeugung, als die heutige offene rechtliche Regelung in den meisten Fällen, in denen schwerkranke oder sterbende Menschen leiden, eine angemessene Lösung ermöglicht. Die Arbeitsgruppe lehnt die im Postulat Ruffy verlangte teilweise Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe deshalb einhellig ab.

8.5 Der Arzt dürfte selbst im Fall einer Legalisierung keinesfalls verpflichtet werden, direkte aktive Sterbehilfe zu leisten

Die Arbeitsgruppe lehnt, wie gesagt, eine Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe ab. Die Frage einer Verpflichtung des Arztes, direkte aktive Sterbehilfe zu leisten, stellt sich damit von vornherein nicht; denn es kann keine Pflicht zu rechtswidrigem Handeln geben.

Selbst wenn die direkte aktive Sterbehilfe legalisiert würde, entstünde daraus für den Arzt keine Pflicht, solche Sterbehilfe zu leisten; denn was erlaubt ist, das ist noch nicht obligatorisch. Eine Pflicht zur Leistung direkter aktiver Sterbehilfe dürfte nach einhelliger Auffassung der Arbeitsgruppe nicht gesetzlich festgeschrieben werden; denn das wäre ein übermässiger Eingriff in die Gewissensfreiheit des Arztes. Nach Ansicht der Arbeitsgruppe wären überdies das Berufsethos des Arztes und das Vertrauen des Patienten in die Ärzteschaft im Kern getroffen, wenn der Arzt von Rechts wegen verpflichtet werden könnte, Patienten gezielt zu töten. Die Pflicht des Arztes kann nur im Heilen und, wenn das nicht mehr möglich ist, im Lindern der Leiden bestehen.

8.6 Die Kosten dürfen kein Kriterium sein

Die Arbeitsgruppe ist aus ethischen Gründen klar der Meinung, dass die Kosten, welche die Pflege der potentiell sterbewilligen Patienten im letzten Lebensabschnitt verursacht, kein Kriterium für die Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe sein

dürfen. Denn ob ein Patient getötet werden darf oder nicht, kann und darf nicht davon abhängig gemacht werden wieviel Geld damit allenfalls eingespart werden könnte.

9. Die Strafverfolgung der direkten aktiven Sterbehilfe

9.1 Umstrittener Regelungsbedarf

Die direkte aktive Sterbehilfe fällt nach geltendem Recht unter den Tatbestand der vorsätzlichen Tötung (Art. 111 StGB) oder allenfalls, wenn der Patient seine Tötung ernsthaft und eindringlich verlangt, unter Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen). Die letztgenannte Vorschrift - sie umschreibt einen privilegierten Fall der Tötung, der mit Gefängnis von drei Tagen bis zu drei Jahren bedroht ist - setzt beim Täter achtswerte Beweggründe und beim Opfer den ernsthaften Willen zu sterben voraus. Die Bestimmung ist jedoch nicht auf den Fall zugeschnitten, in dem jemand einen Menschen tötet, der von einer schweren, unheilbaren, in kurzer Zeit zum Tode führenden Krankheit betroffen ist und der von unerträglichen körperlichen und seelischen Leiden gequält wird.

In der Arbeitsgruppe sind die Ansichten darüber geteilt, ob für solche Situationen im Strafgesetzbuch eine besondere Regelung vorgesehen werden soll: Während sich für die Mehrheit der Mitglieder eine behutsame Gesetzesrevision aufdrängt (vgl. unten Ziff. 9.2), hält die Minderheit das geltende Recht für insofern durchaus genügend (vgl. unten Ziff. 9.3).

9.2 Vorschlag der Mehrheit

9.21 Argumente für eine Regelung

Die Mehrheit der Arbeitsgruppe anerkennt und billigt den Grundsatz der *Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*, welcher dem Schweizerischen Strafgesetzbuch wie auch der Mehrzahl der ausländischen Strafgesetze zugrundeliegt. Insofern stellt sie sich voll hinter die beiden Grundprinzipien des strafrechtlichen Lebensschutzes, wonach:

- die Zustimmung des Opfers die Tötung eines Menschen nicht rechtfertigt;
- das Strafgesetzbuch jegliches menschliches Leben unabhängig von dessen Qualität schützen muss.

Diese Grundsätze widerspiegeln sich in den geltenden Strafvorschriften, namentlich in Artikel 114 StGB.

Die Mehrheit der Arbeitsgruppe kann jedoch nicht darüber hinwegsehen, dass ein absoluter Schutz des menschlichen Lebens sich in gewissen Ausnahmefällen für die Person, zu deren Nutzen er eigentlich gedacht ist, in eine unerträgliche Last verkehren kann. Dabei denkt die Mehrheit der Gruppe an jene - quantitativ schwer zu erfassen

senden - Fälle, in denen die unerträglichen Leiden eines schwerkranken, kurz vor dem Tod stehenden Menschen auch durch angemessene Vorkehren nicht mehr gelindert werden können. Bittet jemand in einer derartigen Situation darum sterben zu dürfen, wäre es nach Ansicht der Mehrheit der Arbeitsgruppe problematisch, denjenigen zu verfolgen und zu bestrafen, der aus Mitleid diesen Menschen von einem Leben erlöst, das nurmehr aus sinnlosem Leiden besteht.

Es sind dies zweifellos *extreme und dramatische* Fälle, die in der Praxis nur selten auftreten. Wenn es jedoch um so Wesentliches geht wie den Schutz des Lebens und der Menschenwürde, muss jeder Einzelfall angemessen berücksichtigt werden, so exzeptionell er auch erscheinen mag.

Auch die Mehrheit der Arbeitsgruppe will die *grundlegende Rechtswidrigkeit* dieser Handlung keineswegs in Frage stellen. Sie strebt aber die Strafbefreiung dessen an, der in der beschriebenen Situation aktive Sterbehilfe leistet.

9.22 Neuer Artikel 114 Absatz 2 des Strafgesetzbuches

Die Mehrheit der Arbeitsgruppe schlägt demnach vor, Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen) durch einen neuen Absatz 2 mit folgendem Inhalt zu ergänzen:

Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.

9.23 Kommentar der vorgeschlagenen Bestimmung

Die vorgeschlagene Bestimmung stellt eine *Strafbefreiungsklausel* für einen besonderen Fall des Tatbestandes von Artikel 114 StGB dar; diese Vorschrift würde neu Absatz 1 des revidierten Artikels 114, der im übrigen keine materiellen Änderungen erfährt. Daraus folgt, dass der vorgeschlagene Artikel 114 Absatz 2 nur zur Anwendung kommen kann, wenn sämtliche Tatbestandselemente des geltenden Artikels 114 StGB erfüllt sind: Der Täter muss also einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen getötet haben - was natürlich voraussetzt, dass diese Person urteilsfähig war -, und er muss aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, gehandelt haben.

Der vorgeschlagene neue Absatz ergänzt diese Tatbestandsmerkmale mit besonderen Elementen, welche die Schuld des Täters stark vermindert erscheinen lassen im Vergleich zur Situation des Grundtatbestandes von Absatz 1. Diese zusätzlichen Elemente sind das Vorliegen einer unheilbaren, zum Tode führenden Gesundheitsschädigung sowie der Umstand, dass der Täter im Bestreben handelt, unerträglichen und nicht behebbarem Leiden ein Ende zu setzen.

Der Begriff der *Gesundheitsbeeinträchtigung* umfasst die Krankheit und andere Schädigungen der körperlichen und seelischen Integrität, die entweder Folgen eines

Unfalls sind, von einem Dritten zugefügt wurden oder von einem Selbsttötungsversuch herrühren. Diese Beeinträchtigung der Gesundheit muss unheilbar sein und zum Tode führen. Ausserdem muss sich der Patient in der terminalen Phase befinden, einem Stadium, das Tage oder wenige Wochen dauern kann.

Artikel 114 Absatz 2 setzt bewusst keine besonderen Eigenschaften des Täters voraus. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe verzichtet namentlich darauf, die Strafbefreiungsklausel den *Medizinalpersonen* vorzubehalten. Die besondere Notlage, in welcher sich die leidende und sterbewillige Person befindet, kann auch ihre Angehörigen mitumfassen; wenn diese den Sterbewunsch des Patienten erfüllen, verdienen sie, gleich wie ein Arzt, von der Strafe befreit zu werden; denn ihre Schuld ist nicht grösser als jene eines Arztes, der unter den gleichen Umständen handelt.

Im übrigen würde eine Beschränkung des Privilegs von Artikel 114 Absatz 2 auf die Ärzte im Fall der *Teilnahme* zu stossenden Ergebnissen führen. Denn die vorgeschlagene Bestimmung ist kein Rechtfertigungsgrund, der die Tat zu einer erlaubten macht. So würden im Fall, dass die direkte aktive Sterbehilfe von einem Arzt in Anwesenheit und unter Beteiligung eines Nicht-Mediziners - entweder ein Mitglied des Pflegepersonals oder ein Angehöriger des Patienten - geleistet wird, der Nicht-Mediziner möglicherweise der Gehilfenschaft zur Tötung auf Verlangen angeklagt werden, während der Arzt von der Strafe befreit würde. Der Strafbefreiungsgrund muss auch all jenen zugute kommen, die an der Tat mitwirken und dabei das gleiche Ziel verfolgen. Eine Beschränkung auf Ärzte könnte schliesslich in der Öffentlichkeit den Eindruck entstehen lassen, dass es hier um ärztliches Wirken und somit um eine erlaubte Handlung geht.

In *subjektiver Hinsicht* verlangt Artikel 114 Absatz 2, dass der Täter den Patienten tötet, um dessen unerträglichen körperlichen oder seelischen Leiden, denen mit palliativen Massnahmen nicht beizukommen ist, ein Ende zu setzen. Da das Leiden stark vom subjektiven Empfinden abhängt, kann es nicht genau quantifiziert werden. Das vom Patienten empfundene Leiden muss jedoch genügend gross gewesen sein, und die eingesetzten palliativen Massnahmen müssen sich als so wenig hilfreich erwiesen haben, um die Handlung des Täters, der das Leiden beenden will, verständlich erscheinen zu lassen.

Das Ziel, Leiden zu beenden, ist allerdings auch ein Wesensmerkmal der *indirekten aktiven Sterbehilfe*, deren Rechtfertigung aus der Berufspflicht des Täters abgeleitet wird⁵⁹. Der Unterschied zwischen beiden Fällen liegt aber darin, dass bei der direkten aktiven Sterbehilfe der Tod des Patienten das - vom Täter gewollte - Mittel ist, um ihn von seinen Leiden zu erlösen; hingegen ist bei der indirekten aktiven Sterbehilfe der raschere Eintritt des Todes nur die - vom Täter nicht gewollte, aber bedachte und gebilligte - Folge der zur Linderung der Leiden verabreichten Mittel.

Wenn die in Artikel 114 Absatz 2 umschriebenen Tatbestandsmerkmale erfüllt sind, ist die Schuld des Täters derart gering und sind seine Beweggründe so verständlich, dass die Verhängung einer Strafe nicht mehr als gesellschaftliche Notwendigkeit erscheint. Die Anwendung der Strafbefreiungsklausel veranlasst die zuständige Behörde, auf die Strafverfolgung, die Überweisung an das Gericht oder die Bestrafung zu verzichten.

⁵⁹ Vgl. oben Ziffer 4.13.

Die Wendung "so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab" wurde vom geltenden Artikel 66bis StGB (Verzicht auf Weiterverfolgung und Strafbefreiung) übernommen. Die vorgeschlagene Bestimmung liegt aber noch näher bei *Artikel 52* des Revisionsentwurfs für den Allgemeinen Teil des Strafgesetzbuches (E-StGB)⁶⁰; auch dieser sieht, unter dem Randtitel "Fehlendes Strafbedürfnis", den obligatorischen Verzicht auf die Strafverfolgung, die Überweisung an das Gericht oder die Bestrafung des Täters vor, wenn Schuld und Tatfolgen "gering sind".

Es wäre zwar vorstellbar gewesen, das Inkrafttreten dieser Bestimmung abzuwarten und ihre Anwendung auf gewisse Fälle von Tötung auf Verlangen, die unter besonders dramatischen Umständen verübt worden sind, zu prüfen. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe hielt es jedoch für problematisch, Artikel 52 E-StGB, der auf Bagatellfälle zugeschnitten ist, auf so dramatische Fälle wie die Tötung auf Verlangen anzuwenden. Es erschiene ganz besonders unpassend, im Zusammenhang mit dem Lebensende eines Menschen von "geringen Tatfolgen" zu sprechen, selbst wenn der betreffende Mensch leidet und dem Tode nahe ist. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe erachtete es zudem als unerlässlich, in einer eigenen Bestimmung die besonderen Voraussetzungen klar aufzuzählen, unter denen eine Strafbefreiung bei direkter aktiver Sterbehilfe gerechtfertigt erscheint.

Wie Artikel 66bis StGB und der künftige Artikel 52 E-StGB betrachtet auch der vorgeschlagene Artikel 114 Absatz 2 den Verzicht auf die Strafbefreiung, die Überweisung an das Gericht oder die Bestrafung als *obligatorische* Folge der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen. Die mit der Sache befassten Behörden sind daher verpflichtet, auf die Strafverfolgung, die Überweisung an das Gericht oder die Bestrafung zu verzichten, sobald sie erkennen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Der zwingende Charakter der Strafbefreiung soll eine einheitliche Anwendung in allen Kantonen sicherstellen und damit zu einer rechtsgleichen Behandlung in der ganzen Schweiz führen.

Die mit der Anwendung des vorgeschlagenen Artikels 114 Absatz 2 betraute "zuständige Behörde" ist in jedem Fall ein *Richter oder ein Staatsanwalt*. Dies ist auch der Fall, wenn von der Strafverfolgung abgesehen werden soll, bevor diese eingeleitet worden ist. Dieser Entscheid obliegt derjenigen Instanz, die nach kantonalem Strafprozessrecht ein Strafverfahren eröffnen kann, also entweder dem Staatsanwalt oder dem Untersuchungsrichter. Ebensowenig wie bei Artikel 66bis StGB können es bei Artikel 114 Absatz 2 die Polizeibehörden sein, welche über die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen entscheiden.

9.3 Position der Minderheit

Die Minderheit lehnt einen neuen Absatz 2 von Artikel 114 StGB ab. Dabei stützt sie sich auf medizinische sowie auf rechtliche und sozialetische Aspekte und Überlegungen.

⁶⁰ Vgl. Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (Allgemeine Bestimmungen, Einführung und Anwendung des Gesetzes) und des Militärstrafgesetzes sowie zu einem Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht vom 21. September 1998, BBl 1999 1979 ff.

9.31 Medizinische Aspekte

9.311 Klinische Erfahrung

Eine Lockerung der geltenden Regelung ist unnötig, wenn fachgerecht und konsequent die palliative Betreuung (palliative care) in einem umfassenden Sinn eingesetzt wird. Die moderne Palliativmedizin ist eine junge Disziplin, die in den Siebzigerjahren entstanden und in die Ausbildungsprogramme der Ärzte bisher ungenügend integriert worden ist. Wird sie kunstgerecht angewendet, lassen sich Schmerzen, Atemnot, Angst und Unruhe in jedem Stadium der Krankheit befriedigend lindern. Wie oben unter Ziffer 5.22 angeführt, liegt das Hauptmotiv für den Todeswunsch nicht in unerträglichen Schmerzen, sondern in der Angst vor Abhängigkeit, Vereinsamung, dem Verlust der Menschenwürde und in der Befürchtung, der Umgebung zur Last zu fallen. In dieser Situation entspricht nicht die Tötung des Leidenden, sondern eine persönliche, umfassende medizinische und menschliche Betreuung den Forderungen von Humanität und Solidarität. Die eigene Erfahrung der medizinisch tätigen Angehörigen der Minderheit und jene der angehörten medizinischen Experten lassen auf keinen Notstand in der Betreuung Sterbender schliessen, der eine Abschwächung der Strafbarkeit von Tötungsdelikten rechtfertigen würde.

9.312 Psychiatrische Suizidforschung

Die umfangreiche internationale Suizidforschung, welche viele Tausende von Suizidierten und Suizidalen umfasst, stützt sich *a.* auf retrospektive Untersuchungen von unausgewählten Suizidfällen anhand von Dokumenten und der Befragung von Bezugspersonen; *b.* auf prospektive Untersuchungen der Gesamtbevölkerung (epidemiologisch-psychiatrische *Langzeit*untersuchungen, Feststellung der Todesursachen) und *c.* auf die Nachuntersuchung von Personen, welche einen schweren Suizidversuch überlebt haben. Diese Methoden zeigen erstens eine überaus günstige Prognose hinsichtlich Weiterleben und Distanzierung nach dem Überleben schwerer Suizidversuche; sie zeigen zweitens einen äusserst engen Zusammenhang von Suizid und Suizidversuch mit chronischen und akuten psychischen Störungen, Krankheiten und Lebenskrisen. Es entspricht der "evidence based medicine", Suizide zu verhindern und Personen nach Suizidversuchen zu behandeln⁶¹.

Das gilt auch für Suizide von Betagten und Schwerkranken, welche man als "rationale" oder "Bilanzsuizide" zu verstehen geneigt ist. Unter betagten Suizidierten ist der Anteil der Depressiven extrem hoch. Bei Schwerkranken fanden psychiatrische Untersuchungen einen engen Zusammenhang von Todes- und Suizidwünschen mit Vereinsamung, ungenügender Palliation und depressiven Zuständen. Schwere Erkrankungen sind aber keineswegs zwingend mit der radikalen Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung einer Depression verbunden. Der Todeswunsch Schwerkranker ist labil

⁶¹ ALLEBECK et al., Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. Br. J. Psych. 157:339-344, 1991; DE MOORE et al., Suicide in the 18 years after deliberate self-harm., Br. J. Psych. 169:489-494, 1996,

und schwankt mit ihrer aktuellen Situation, ihrer aktuellen Beziehung zu ihrer Umgebung, ihrer aktuellen Befindlichkeit⁶².

9.313 Der Dambruch

Strafnormen beeinflussen das Unrechtsbewusstsein. Die Minderheit geht davon aus, dass mit jeder Lockerung des Tötungsverbotese oder seiner Straffolgen die Hemmung gegen Tötungen auch unter anderen Umständen abnehmen wird, als dies das Gesetz beabsichtigt. Von der Regierung veröffentlichte Daten aus den Niederlanden scheinen diese Annahme zu unterstützen. Die Anzahl Fälle, in denen aktive Sterbehilfe beantragt und geleistet wurde, stieg von 1990 auf 1995 um einen Drittel. Zusätzlich wurden in diesen beiden Jahren bei 900-950 Personen (0.7 % aller Todesfälle) das Leben ohne ihr aktuelles ausdrückliches Verlangen beendet. Nach dem von der Regierung mit der Untersuchung beauftragten Arzt Van der Maas (1996) hatte in rund der Hälfte dieser Fälle der Patient in einem früheren Stadium der Krankheit aktive Sterbehilfe gewünscht. In den anderen Fällen war der Patient jedoch zur Zeit der Entscheidung urteilsunfähig, und es lag kein Hinweis auf eine frühere Willensäußerung vor. Das Vorgehen widersprach den geltenden Richtlinien einer staatlichen Organisation für die aktive Sterbehilfe⁶³.

Die Minderheit befürchtet vor allem - selbst wenn das nicht beabsichtigt wäre -, dass die Straflosigkeit sehr bald auch auf Fälle ausgedehnt würde, wo noch keine Todesnähe besteht, so etwa bei körperlich Gesunden aber akut schwer Depressiven, welche eine Behandlung ablehnen⁶⁴. Die weitere Entwicklung einer anspruchsvollen und differenzierten Palliativmedizin, vor allem in der Hausarztpraxis, würde alles andere als gefördert, wenn belastende Symptome nicht mehr bekämpft werden können.

9.32 Rechtliche und sozialetische Überlegungen

9.321 Werteordnung und Grundrechte

Der Bundesrat hat wiederholt den Standpunkt vertreten, dass jede Form von aktiver Sterbehilfe mit der unserer Bundesverfassung zugrundeliegenden Werteordnung unvereinbar und als Tötungsdelikt strafbar sei⁶⁵. Diesen *grundrechtlichen* Überlegungen, denen sich die Minderheit anschliesst, liegen die Fakten zugrunde, dass das

⁶² BOLUND, Suicide and cancer, J. Psychosoc. Oncol. 3:17-52, 1985; CHOCHINOW et al., The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations, Can. J. Psych. 40:593-602, 1995.

⁶³ Bericht der von der niederländischen Regierung eingesetzten Kommission, welche unter der Leitung des Generalstaatsanwaltes Prof. Jan R Emmelink die Praxis der Sterbehilfe untersuchte: Medische Beslissingen rond het levenseinde, S'Gravenhagem Sdu Uitgeverij, 1991 (der sog. R Emmelink Report, teilw. übersetzt).; vgl. auch: VAN DER MAAS et al., Euthanasia, physician assisted suicide and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995. New England Journal of Medicine, 335 1996 1699-1705.

⁶⁴ Vgl. Der Fall Chabot, Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht, Nervenarzt 1997 68:878-883.

⁶⁵ BBl 1983 II 27; 1985 II 1024; Antwort des Bundesrates auf die Interpellation von Ständerat Petitpierre: Sterbehilfe auf Verlangen vom 17. Dezember 1993, vgl. AB 1994 S, 1051 ff.

menschliche Leben als höchstes Rechtsgut besonderen Schutz durch Verfassung und Gesetz verdient. Ausserdem gründet unser Rechtsstaat in der Würde des Menschen und damit auch in der Ehrfurcht vor dem Leben des Anderen. Zudem fordern die *Menschenrechte* die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens.

9.322 Die Unbestimmtheit der rechtlichen Voraussetzungen einer aktiven straffreien Tötung

Wird die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) gelockert, dann stellt sich das Problem der Indikation. Wann, bei wem und unter welchen Voraussetzungen darf straflose direkte aktive Sterbehilfe geleistet werden? Bei einer juristischen Regelung der Voraussetzungen der straflosen Tötung auf Verlangen in einer generell-abstrakten Norm muss zu Kriterien wie z.B. "unerträgliches Leiden" und "unheilbare Krankheit mit tödlichem Ausgang" gegriffen werden. Das aber sind nicht eindeutige, sondern dehbare und interpretationsbedürftige Begriffe, die deshalb geeignet sind, Ausweitungen, Missbräuchen und subjektiven Betrachtungsweisen Tür und Tor zu öffnen. So könnten etwa Personen einbezogen werden, die zwar chronisch krank, aber nicht dem Tode nahe sind (z.B. Patienten mit Diabetes mellitus). Das wiederum führt zu Rechtsunsicherheiten, die in einem Bereich, in dem es um das höchste Rechtsgut - das Leben des Menschen - geht, nicht hingenommen werden dürfen.

9.323 Zweifel an der freien Willensbildung der Sterbewilligen

Die Befürworter einer strafrechtlichen Lockerung der Tötung auf Verlangen (Art. 114 StGB) berufen sich vor allem auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen und das daraus abgeleitete Recht, sich für den eigenen Tod zu entscheiden. Autonomie setzt aber freie Willensbildung voraus. Es muss bezweifelt werden, dass ein schwer Leidender, der oft grossen Stimmungsschwankungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung ausgesetzt ist, der depressive Zustände durchmacht und von Gefühlen der Einsamkeit gequält wird, noch in der Lage ist, besonnen und überlegt und damit selbstverantwortet den endgültigen Sterbeentschluss zu fassen. Ein so geäussertes Wunsch nach einem raschen Tod entspricht dann oft nicht dem eigentlichen und wahren inneren Willen des Schwerstkranken, sondern entspringt der augenblicklichen Situation und einem daraus erwachsenden Zustand der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und der Angst, verlassen zu werden.

Aus Kostengründen wird heute die Pflege älterer Schwerkranker oder (auch psychisch) Chronischkranker zunehmend von den Kliniken in Heime oder in den privaten Haushalt verlegt. Dadurch werden die Angehörigen stärker belastet. Personen, welche schwer leiden und durch ihr Leiden Andere beanspruchen und stören, werden, nach einer Abschwächung der Strafbarkeit von Tötungsdelikten, durch ihre Umgebung erpressbar. Selber können sie, von Schuldgefühlen gegen ihre Angehörigen oder gegen die Allgemeinheit getrieben, aktive Sterbehilfe verlangen, ohne dass im mindesten ein freier Entscheid vorliegen würde.

9.324 Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes

Wird die uneingeschränkte Strafbarkeit der "Tötung auf Verlangen" durch einen neuen Absatz 2 von Artikel 114 StGB durchbrochen, so wären Veränderungen im Berufsbild des Arztes und im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient die Folge. Wenn der Arzt - aus achtenswerten Gründen, insbesondere aus Mitleid und auf dringendes Verlangen - seinem schwerkranken Patienten eine tödlich wirkende Injektion verabreicht, so leitet er aktiv einen todbringenden Prozess ein. Selbst wenn ihn der Patient dazu auffordert, entscheidet sich der Arzt letztlich in eigener Verantwortung zur Tötung. Von jeher stellt der ärztliche Auftrag, menschlichem Leben nicht zu schaden (*nil nocere*), sondern es zu erhalten und zu fördern, die Grundlage für die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient dar. "Dieses Vertrauensverhältnis" - so der Deutsche Ärztetag von 1995 - "wäre erheblich gefährdet, wenn der Arzt dem Patienten nicht mehr alleine in seiner traditionellen Rolle als Heilender und Helfer, sondern ebenso als Tötender entgegentreten könnte". Die Deutschen Ärztetage von 1995 und 1996 sind denn auch allen Bestrebungen zur Durchführung und Legalisierung aktiver ärztlicher Sterbehilfemassnahmen entschieden entgegengetreten. Sie führten aus: "Die Angst vor unerträglichen Leiden und vor den medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung über ein sinnvolles Mass hinaus darf nicht dazu führen, dass der Arzt auch mit der Erlaubnis zu töten ausgestattet wird".⁶⁶

9.33 Zusammenfassung

Mit Artikel 115 StGB geht die Schweiz in der straffreien Beihilfe zur Selbsttötung schon weiter als alle anderen Staaten. Mit einer Lockerung im Sinne von Artikel 114 Absatz 2 (neu) StGB würde die Schweiz die Strafverfolgung der Tötung auf Verlangen wie bisher kein anderer Staat in Frage stellen. Gewollt oder ungewollt führt die darin vorgesehene *obligatorische* Strafbefreiung auch zu einer neuen Abgrenzung von Recht und Unrecht. Die Minderheit ist der Meinung, dass die Schweiz mit ihrer im Vergleich zu anderen Staaten hoch entwickelten Medizin im Bereich der direkten aktiven Sterbehilfe keine Vorreiterrolle zu spielen hat. Schwerkranken kann gerade bei uns auf andere Weise als durch Tötung geholfen werden.

Die Minderheit befürchtet, dass sich die Bevölkerung im Fall einer Abschwächung der Strafbarkeit von Tötungsdelikten - im Sinn eines unter bestimmten Bedingungen gegebenen Strafverzichts bei Tötung auf Verlangen - sehr bald an neue, rasche und einfache Lösungen gewöhnen wird. Es ist nicht anzunehmen, dass eine solche Entwicklung je wieder rückgängig gemacht wird. Diese Befürchtungen werden durch die Erfahrungen in den Niederlanden in keiner Weise entkräftet, sondern vielmehr bestärkt. Sowohl diese Daten wie die oben unter Ziffer 5.21 erwähnten extremen Unterschiede in den Suizidziffern der westlichen Länder verweisen auf die normative Kraft des Faktischen.

Die Minderheit fürchtet nicht nur um die Rechtssicherheit, sondern auch um die gesellschaftliche Solidarität. Aus all diesen Gründen lehnt sie jede Abschwächung der

⁶⁶ Erklärungen der Deutschen Ärztetage vom 9. Juni 1995 und 27. Juli 1996 bei SPAEMANN/FUCHS: Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg im Breisgau 1997, 126.

Sanktion des geltenden Artikels 114 StGB ab. Sie möchte damit, dass Tötung auf Verlangen - also direkte aktive Sterbehilfe - auch in Zukunft uneingeschränkt strafbar bleibt.

10. Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe

10.1 Begrenzte Möglichkeiten der Arbeitsgruppe

Wie oben in Ziffer 8.3 ausgeführt, erachtet es die Arbeitsgruppe übereinstimmend als notwendig, die passive sowie die indirekte aktive Sterbehilfe gesetzlich zu regeln.

Trotz dieser Übereinstimmung verzichtet die Arbeitsgruppe darauf, einen ausformulierten Gesetzestext vorzuschlagen. Die Ausarbeitung gesetzlicher Vorschriften über die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe würde über den ihr erteilten Auftrag hinausgehen; der Rahmen dieses Mandats ist durch das Postulat Ruffy vorgegeben, und er beschränkt sich folglich auf die Frage einer neuer Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind sich freilich bewusst, dass diese letztere Frage in der täglichen medizinischen Praxis nur von untergeordneter Bedeutung ist, während die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe in der Schweiz als zulässig gelten und darum auch häufig praktiziert werden.

Eine ausformulierte gesetzliche Regelung dieser beiden Formen der Sterbehilfe würde eine einlässliche Prüfung der sich stellenden heiklen Fragen bedingen. Diese betreffen namentlich die Sterbenden, die nicht mehr urteilsfähig sind, sowie die Minderjährigen und Entmündigten, die über einen gesetzlichen Vertreter verfügen. Die Arbeitsgruppe vermochte diese Prüfung nicht mit der erforderlichen Tiefe vorzunehmen, um einen vollständigen und detaillierten Gesetzesvorschlag unterbreiten zu können. Der ihr erteilte Auftrag gab ihr freilich Gelegenheit, Überlegungen zur gesamten Problematik der Betreuung von Sterbenden anzustellen und sich ebenfalls mit der Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe zu befassen. Diese Erwägungen weiterzuführen und gegebenenfalls die Formulierung eines präzisen Gesetzestextes sollte Gegenstand eines gesonderten Auftrages bilden, der einer neuen, anders zusammengesetzten Arbeitsgruppe zu übertragen wäre.

Nichtsdestoweniger erachten es die Mitglieder der Arbeitsgruppe als angebracht, nachstehend das Ergebnis ihrer bisherigen Überlegungen zusammenzufassen, das ihnen geeignet erscheinende Gesetzgebungsmodell zu skizzieren und die Fragen aufzulisten, die besonders heikel sind und der Vertiefung bedürfen und auf deren Entscheidung die Arbeitsgruppe deshalb verzichtet. Überlegungen zu besonders heiklen Fragen, wie sie sich bei den Neugeborenen stellen, sind hingegen in den Anhang B verwiesen worden.

10.2 Möglicher Inhalt einer künftigen Regelung⁶⁷

10.21 Standort im Gesetz

Führt der Verzicht auf eine Behandlung zum Tod eines Menschen oder bewirkt die Verabreichung gewisser Substanzen die Verkürzung des Lebens des Patienten, stellt sich zuerst die Frage, ob die Vorschriften des Strafgesetzbuches, welche die Tötung eines Menschen unter Strafe stellen, anwendbar sind. Demgemäss sind auch die Voraussetzungen, unter denen derartige Handlungen nicht strafbar sind, im *Strafgesetzbuch* zu regeln.

Innerhalb des Strafgesetzbuches erscheint es angezeigt, die neue Vorschrift über die passive und indirekte aktive Sterbehilfe innerhalb der Tötungsdelikte zu platzieren, entweder unmittelbar im Anschluss an den Grundtatbestand von Artikel 111 StGB oder aber in einem (neuen) Artikel 114bis oder 115bis StGB.

10.22 Art der Regelung

Neue StGB-Vorschriften über die indirekte aktive und passive Sterbehilfe können die Rechtssicherheit nur dann erhöhen, wenn sie einigermaßen präzise sind. Freilich kann das Strafgesetzbuch nicht alle Handlungen des Arztes und des Pflegepersonals gegenüber sterbenden Patienten regeln. Diese Fragen müssen zum Teil im Einzelfall, aufgrund der konkreten medizinischen Indikation, entschieden werden. Zudem ist eine gewisse Flexibilität beizubehalten, die es ermöglicht, künftigen Entwicklungen der Medizin Rechnung zu tragen.

10.23 Zulässigkeit der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe

Passive und indirekte aktive Sterbehilfe sind als rechtmässige Handlungen zu anerkennen. Während die passive Sterbehilfe den Tatbestand der Tötung nicht erfüllt,

⁶⁷ Die Arbeitsgruppe führte ihre Diskussionen auf der Grundlage einer internen Skizze für eine neue StGB-Bestimmung. Diese Skizze mag, trotz aller Imperfektionen, die Überlegungen der Arbeitsgruppe illustrieren:

Artikel 111bis: Erlaubte Handlungen

¹ Nicht rechtswidrig handelt, wer eine lebenserhaltende Massnahme abbricht oder unterlässt, wenn

- a. der Betroffene urteilsfähig ist und dies ausdrücklich verlangt;
- b. der Betroffene in seiner Gesundheit unheilbar beeinträchtigt ist, kurz vor dem Tod steht und nicht mehr imstande ist, es ausdrücklich zu verlangen, es jedoch aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse und allfälliger früherer Willenserklärungen seinem mutmasslichen Willen entspricht;
- c. der Betroffene nach Auffassung des Arztes und eines Spezialarztes für Neurologie das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat und der Abbruch oder die Unterlassung aufgrund der gegenwärtigen Verhältnisse und allfälliger früherer Willensäusserungen seinem mutmasslichen Willen entspricht.

² Nicht rechtswidrig handelt, wer als Arzt an einem Patienten zur Linderung unerträglicher Leiden eine Massnahme trifft, die den Eintritt des Todes beschleunigen kann, wenn der Patient dies ausdrücklich verlangt, oder wenn es, falls er nicht mehr urteilsfähig ist, aufgrund der gegenwärtigen Verhältnisse oder allfälliger früherer Willensäusserungen seinem mutmasslichen Willen entspricht.

stellt die indirekte aktive Sterbehilfe zwar eine typische Tötungshandlung dar, die aber durch die Berufspflicht des Arztes, die Leiden seiner Patienten zu mildern, gerechtfertigt wird. Entsprechend der Terminologie des Strafgesetzbuches könnten diese beiden Handlungsweisen unter der Bezeichnung "erlaubte Handlungen" zusammengefasst werden.

Die passive Sterbehilfe ist zu definieren als Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. Dabei ist auf eine Unterscheidung zwischen therapeutischen Massnahmen und anderen pflegerischen Vorkehren sowie überlebensnotwendigen Massnahmen (z.B. künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) zu verzichten, ebenso auf eine Unterscheidung zwischen dem Verzicht auf die Aufnahme lebensverlängernder Massnahmen und dem Abbruch einer bereits eingeleiteten Behandlung.

Unter indirekter aktiver Sterbehilfe sind Massnahmen zu verstehen, deren unmittelbares Ziel die Bekämpfung von unerträglichen Leiden des Patienten ist, wobei der Arzt oder die in dessen Auftrag handelnde Person weiss, dass diese Massnahmen als Nebenwirkung das Leben verkürzen können.

10.24 Berücksichtigung aller Patientenkategorien

Die gesetzliche Regelung muss in dem Sinne abschliessend sein, dass sie allen vorkommenden Anwendungsfällen Rechnung trägt. Es könnte namentlich nicht angehen, bestimmte Patientenkategorien ausser Betracht zu lassen mit der Begründung, ihre Situation sei schwieriger generell-abstrakt zu regeln, und es obliege der Praxis zu prüfen, ob für andere Patientengruppen entwickelte Grundsätze analog angewendet werden können.

Die Arbeitsgruppe hat, unter dem Gesichtspunkt der besonderen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe, folgende Patientenkategorien ausgemacht:

- mündige und urteilsfähige Personen;
- mündige, urteilsunfähige Personen;
- unmündige oder entmündigte, urteilsfähige Personen;
- unmündige oder entmündigte, urteilsunfähige Personen, unter welchen die Neugeborenen einen Sonderfall bilden.

10.25 Die Regelung im Einzelnen

10.251 Passive Sterbehilfe

- Der am einfachsten zu regelnde Fall ist jener der *mündigen und urteilsfähigen* Person, die ihren Arzt - oder eine andere Person, die ihr gegenüber eine Sorgspflicht hat - bittet, auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten. Es ist im Gesetz klar zu sagen, dass derjenige, welcher diese Bitte des Kranken erfüllt, keine Tötung verübt. Dabei ist ohne Bedeutung, ob der Patient dem Tode nahe ist oder nicht und ob die Prognose gut oder infaust sei. Der Arzt darf seinen mündi-

gen und urteilsfähigen Patienten nicht zu einer Behandlung oder zur Fortsetzung von Massnahmen, die auf die Erhaltung des Lebens gerichtet sind, zwingen.

- Bei einer *mündigen, aber urteilsunfähigen* Person ist der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen in zwei Fällen in Betracht zu ziehen:
 - wenn der Patient unheilbar krank und nahe dem Tode ist und
 - wenn der Patient in ein irreversibles Koma gefallen ist.

In Bezug auf den zweitgenannten Fall ist die Mehrheit der Arbeitsgruppe der Meinung, dass der irreversible Charakter des Komas von einem Facharzt für Neurologie festgestellt werden muss.

Nach Meinung der Arbeitsgruppe muss der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bei einem mündigen, aber urteilsunfähigen Patienten als rechtmässig gelten, wenn er dem mutmasslichen aktuellen Willen der betroffenen Person entspricht. Entscheidende Kriterien für die Feststellung dieses hypothetischen Willens sind zum einen die objektiven Umstände und zum anderen die früheren Willensäusserungen des Patienten. Die wichtigsten objektiven Umstände sind die medizinische Prognose und das Verhältnis zwischen der Intensität des geplanten Eingriffs und der erwarteten therapeutischen Wirkung. Die vom Patienten noch bei klarem Bewusstsein gemachten früheren Willenserklärungen können in schriftlichen Anweisungen (Patientenverfügung) bestehen oder in mündlichen Äusserungen gegenüber Angehörigen, einem Arzt oder einem Mitglied des Pflegepersonals. Ist der Inhalt der früher abgegebenen Erklärung klar, sind die darin genannten Umstände eingetreten und besteht kein Grund anzunehmen, dass der Patient im nachhinein seine Meinung geändert hat, ist diese Willenserklärung entscheidend.

- Die von der Arbeitsgruppe angestellten Überlegungen erlauben dieser nicht, sich definitiv zur erwünschten Regelung der passiven Sterbehilfe an *unmündigen oder entmündigten* Personen auszusprechen, *seien diese urteilsfähig oder nicht*. Nach Meinung der Arbeitsgruppe muss der Wille der betroffenen Person zwar immer entscheidend sein, wenn sie urteilsfähig ist; es bleibt aber dennoch die Frage der Bedeutung der Meinung des gesetzlichen Vertreters. Die Frage nach der Rolle des gesetzlichen Vertreters stellt sich noch umso dringender, wenn die unmündige oder entmündigte Person urteilsunfähig ist. Die Antwort darauf hängt von jener - von der Arbeitsgruppe nicht definitiv geklärten - Frage ab, inwiefern der Entscheid, passive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, Gegenstand einer Vertretung sein kann.

Die Situation des Neugeborenen, der an Missbildungen oder schweren Geburtschäden leidet, erfordert ebenfalls unabdingbare Vertiefungen sowohl hinsichtlich der heutigen Praktiken auf diesem Gebiet und der von der Medizin gebotenen Möglichkeiten als auch bezüglich der anwendbaren Rechtsgrundsätze (vgl. Anhang B).

10.252 Indirekte aktive Sterbehilfe

Nach Meinung der Arbeitsgruppe ist die gesetzliche Rechtfertigung der indirekten aktiven Sterbehilfe genügend weit zu formulieren, um keinesfalls alle palliativen Massnahmen, welche eine Verbesserung des Befindens des unerträglich leidenden Patienten ermöglichen, in Frage zu stellen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind insbesondere der Auffassung, dass der Rechtfertigungsgrund nicht nur zur Anwendung kommen soll, wenn der Arzt eine Verkürzung des Lebens des Patienten für möglich hält, sondern auch wenn diese Folge so gut wie sicher erscheint. Diese Folge muss jedoch als blosse Nebenwirkung des vom Täter verfolgten Hauptziels erscheinen, nämlich der Milderung der Leiden durch medizinisch anerkannte Mittel. Daraus ergibt sich, dass Handlungen, welche direkt auf die Tötung eines Menschen gerichtet sind, von der Rechtfertigung ausgeschlossen sein müssen.

Die oben gemachten Ausführungen (Ziff. 10.251) über die zentrale Bedeutung des vom urteilsfähigen Patienten geäusserten Willens sowie des mutmasslichen Willens des mündigen, aber nicht mehr urteilsfähigen Patienten sind auf die indirekte aktive Sterbehilfe ebenfalls anwendbar. Die Arbeitsgruppe betont schliesslich, dass die Probleme im Zusammenhang mit der Vertretung unmündiger oder entmündigter Personen auch in diesem Zusammenhang noch einer Lösung bedürfen.

EMPFEHLUNGEN DER ARBEITSGRUPPE

- Die *Arbeitsgruppe* empfiehlt dem EJPD *einstimmig*, die passive und die indirekte aktive Sterbehilfe ausdrücklich zu regeln, enthält sich aber eines ausformulierten Vorschlags; dessen Ausarbeitung wäre einer neuen Kommission zu übertragen oder evtl. einer Dienststelle des EJPD.
- Die *Mehrheit* empfiehlt zudem, Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen) um einen Absatz 2 zu erweitern, wonach in extremen Ausnahmefällen von einem Strafverfahren oder einer Bestrafung abgesehen werden muss.
- Die *Minderheit* empfiehlt dagegen, auf jegliche Lockerung des Fremdtötungsverbots, namentlich im Rahmen von Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen), zu verzichten.

ANHANG A

Übersicht über die geltenden und neu vorgeschlagenen ⁶⁸ Artikel 111-117 StGB

Zweites Buch: Besondere Bestimmungen

Erster Titel: Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben

1. Tötung

Artikel 111: Vorsätzliche Tötung

Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

[Möglicher Standort einer neuen, expliziten Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe]

Artikel 112: Mord

Handelt der Täter besonders skrupellos, sind namentlich sein Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich, so ist die Strafe lebenslängliches Zuchthaus oder Zuchthaus nicht unter zehn Jahren.

Artikel 113: Totschlag

Handelt der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung, so ist die Strafe Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder Gefängnis von einem bis zu fünf Jahren.

⁶⁸ Diese sind **fett und kursiv** gedruckt.

Artikel 114: Tötung auf Verlangen

¹ Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

² *Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.*

Artikel 115: Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

Artikel 116: Kindstötung

Tötet eine Mutter ihr Kind während der Geburt oder solange sie unter dem Einfluss des Geburtsvorganges steht, wird sie mit Gefängnis bestraft.

Artikel 117: Fahrlässige Tötung

Wer fahrlässig den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.

ANHANG B

Die an schweren Missbildungen oder Geburtsschädigungen leidenden Neugeborenen⁶⁹

I. De lege lata

a. Die SAMW-Richtlinien

Die Medizinisch-ethischen Richtlinien über die ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten vom 24. Februar 1995 behandeln die Neugeborenen im Abschnitt über "Urteils- oder äusserungsunfähige Patienten". Ziffer 3.5 dieses Abschnitts lautet wie folgt:

"Bei Neugeborenen mit schweren kongenitalen Fehlbildungen oder perinatalen Läsionen ist die Prognose besonders wichtig. Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des Zentralnervensystems, welche zu irreparablen Entwicklungsstörungen führen würden, und wenn ein Neugeborenes bzw. ein Säugling nur Dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden."

In dem von Alberto Bondolfi und Hansjakob Müller herausgegebenen Handbuch "Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag" fasst Christian Kind die geltende Regelung wie folgt zusammen:

"Zu Fragen des Abbruchs oder der Nichtaufnahme lebenserhaltender Massnahmen gelten die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften vom 24. Februar 1995: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Darin wird die ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten aufgehoben. Palliativ-medizinische Techniken mit dem Risiko einer Lebensverkürzung in einzelnen Fällen werden ausdrücklich erlaubt, aktive Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung dagegen nicht. Bei urteilsunfähigen Patienten wird der Arzt als Entscheidungsträger bezeichnet. Bei unmündigen Patienten wird dagegen verlangt, dass der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder ihr Abbruch nur mit Zustimmung der Eltern erfolgen darf. Bei Neugeborenen wird zudem die Wichtigkeit der Prognose hervorgehoben. Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des Zentralnervensystems, welche zu irreparablen Entwicklungsstörungen führen würden, und wenn ein Neugeborenes bzw. ein Säugling nur Dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden."

Massnahmen mit dem Ziel der Lebensbeendigung bei Sterbenden und schwer Leidenden (aktive Sterbehilfe) sind in der Schweiz nach Artikel 114 des Strafgesetzbuches strafbar. Wenn Eltern durch ihr Verhalten und ihre Entscheidungen das Wohl ihres Kindes gefährden, so ist nach Artikel 307 des Zivilgesetzbuches (Kindesschutz) die Vormundschaftsbehörde verpflichtet, geeignete Massnahmen zum Schutz des Kindes zu treffen."

⁶⁹ Dieser Text wurde von Prof. Martin Stettler unter Mithilfe von Dr. Peter Müller verfasst. Die Arbeitsgruppe schliesst sich den darin vertretenen Thesen an.

b. Die Rolle der Eltern

Gegenüber dem Neugeborenen nehmen die Eltern eine bevorzugte und absolut zentrale Stellung ein; denn sie sind nicht nur meistens die gesetzlichen Vertreter des Kindes, sondern besitzen auch genetische und abstammungsmässige Bindungen mit ihm.

Zur Rolle der Eltern bei einer Entscheidung über den Verzicht oder den Abbruch einer Behandlung äussert sich Christian Kind im oben in litera a erwähnten Werk wie folgt:

"Nach den geltenden Regeln in der Schweiz sollen Eltern einen Behandlungsabbruch wohl verweigern, nicht aber verlangen können. Es ist also sicher nicht zulässig, eine Behandlung abzubrechen, ohne die Eltern, soweit dies von den zeitlichen und örtlichen Möglichkeiten her zumutbar erscheint, darüber aufzuklären. Im günstigen Fall können Eltern in wiederholten Gesprächen möglichst immer mit der gleichen Bezugsperson auf die Aussichtslosigkeit einer Situation vorbereitet werden. In aller Regel gelingt es dann auch, ihnen die getroffenen Entscheidungen so zu vermitteln, dass sie diese akzeptieren und mittragen können.

Gelegentlich kommt es vor, dass ein behandelndes Team die Weiterführung einer Intensivbehandlung nicht mehr sinnvoll findet, die Eltern zu einem Behandlungsabbruch jedoch nicht bereit sind. Fast immer wird aber nach einer Phase von einigen Tagen mit intensiven Gesprächen, die die Eltern oft auch zur Absprache mit der weiteren Familie benötigen, doch noch Einigkeit erreicht.

Sehr selten ist der umgekehrte Fall, dass Eltern die Zustimmung für eine nach Ansicht des behandelnden Arztes aussichtsreiche und zur Lebenserhaltung notwendige Therapie verweigern. Hier wird die Durchführung der Therapie gegen den elterlichen Willen durch die gesetzlichen Bestimmungen zum Schutze des Kindeswohls gedeckt. Ob dabei vormundschaftliche Massnahmen ergriffen werden müssen oder ob die Eltern auf andere Weise zur Duldung der Behandlung gebracht werden können, hängt von den jeweiligen Umständen ab."

Die Lehrmeinung, wonach die Eltern einen Behandlungsabbruch wohl verweigern, nicht aber verlangen können, ist heute nicht mehr unumstritten. In einer neueren Studie⁷⁰, vertreten Olivier Guillod und Philippe Meier die Ansicht, dass selbst der eventuelle Abbruch einer Behandlung bei einem Sterbenden zu den Rechten gehört, die Gegenstand einer Vertretung sein können⁷¹. Folgt man der Argumentation dieser Autoren, müsste man den Inhabern der elterlichen Gewalt oder dem Vormund die Kompetenz einräumen, in Form eines "substituted judgement" das virtuelle Recht des urteilsunfähigen Kindes auszuüben, über die Beibehaltung oder den Abbruch einer Behandlung zu entscheiden, wenn ihre Auffassung von derjenigen der Ärzte abweicht. Es ist freilich wenig wahrscheinlich, dass die Lehre kurzfristig zu einer Konsenslösung gelangen wird.

Nach dem Gesagten scheint es uns, dass die SAMW-Richtlinien eine geschickte Mittellösung gewählt haben, wenn sie vorsehen, dass der Arzt *nach Rücksprache mit den Eltern* entscheidet. Diese Lösung kann zwar dahingehend kritisiert werden, dass sie die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten nicht klar und genau definiert; sie hat aber den Vorteil, den Umstand zu berücksichtigen, dass in solchen Extremsituationen es meist sehr schwierig ist, mit Bestimmtheit zu sagen, wo die "objektiven Inter-

⁷⁰ Vgl. *Représentation privée, mesures tutélaires et soins médicaux, Famille et droit*, Mélanges Bernhard Schnyder, Freiburg i.Ue. 1995, 325 ff.

⁷¹ A.a.O. 339. A.M. vgl. BUCHER, *Personnes physiques et protection de la personnalité*, Basel 1995, 141 Rz 528.

essen" des Vertretenen liegen. Rücksprache, Überzeugung und Mittragen sind wahrscheinlich notwendiger als rechtliche Klarheit bei der Frage der Entscheidungskompetenz.

Wir teilen die Ansicht, wonach die bestehenden rechtlichen Instrumente (Art. 307 Abs. 3, 308 Abs. 2 und 392 Ziff. 2 ZGB) durchaus genügen, um eine neutrale Vertretung des Kindes zu gewährleisten, wenn der Arzt sich Eltern gegenüber sieht, die eine Behandlung oder einen Eingriff ablehnen, welche ihm im wohlverstandenen Interesse des Kindes unabdingbar erscheinen. Das am häufigsten genannte Beispiel ist das der Ablehnung einer Bluttransfusion. Aber weder das Gesetz noch die Rechtsprechung weisen einen klaren Ausweg aus der Sackgassen-Situation, in der die Eltern sich der Beendigung ausserordentlicher technischer Massnahmen widersetzen, die auf Dauer nötig sind, um das Überleben des Neugeborenen zu sichern, während die Ärzte diese Massnahmen als zwecklos beurteilen. Dass der Weg über die Rücksprache offenbar in fast allen Fällen zum Ziel führt, erklärt wohl, weshalb dieses Problem nur selten in zivilrechtlichen Untersuchungen aufscheint. Auch die Bildung eines neutralen interdisziplinären Gremiums, wie etwa einer Ethikkommission, oder die Bestimmung einer Instanz, die bei Uneinigkeit zu entscheiden hätte, war bisher nicht Gegenstand konkreter Vorschläge.

In strafrechtlicher Hinsicht sollte die Rücksprache mit den Eltern grundsätzlich an die Stelle des mutmasslichen Willens und früherer Willenskundgebungen des erwachsenen Patienten treten. Unter diesem Vorbehalt sind die bei der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe anwendbaren Rechtsgrundsätze im wesentlichen die gleichen, ob nun der auf Dauer urteilsunfähige Patient ein Neugeborenes, ein Kind oder ein Erwachsener sei. Dagegen sind die philosophischen, ethischen und emotionalen Probleme beim Neugeborenen, dessen körperliche Entwicklung sehr stark in Frage gestellt ist, offensichtlich ganz anders gelagert als jene, die sich beim unheilbar kranken, kurz vor dem Tod stehenden Erwachsenen stellen. Im ersteren Fall geht es um die Schwelle des Eintritts ins Leben und um die möglichen Zukunftsaussichten; im zweiten Fall richtet sich das Augenmerk auf die Art und Weise des Überschreitens der Schwelle zum Tod. Der Rückgriff auf Kriterien, wie den Verlust der Kommunikationsfähigkeit mit der Umwelt oder das Scheitern einer wesentlichen Behandlungsmassnahme, um über den Abbruch einer Behandlung zu entscheiden, kann fast unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten.

Es ist zudem zu befürchten, dass ein Versuch, die Situation des Neugeborenen gesetzgeberisch zu regeln, eine völlig fruchtlose Diskussion über die Frage auslösen könnte, welche körperlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt sein müssen, um jemandem das Leben aufzuzwingen.

II. De lege ferenda

a. Zivilrecht

Unseres Wissens gibt es bis heute keine klare Forderung nach zivilrechtlicher Regelung der Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Situation des Neugeborenen, der im Sinne der SAMW-Richtlinien in seiner Gesundheit beeinträchtigt ist. Diese

Frage wird im Rahmen der derzeit stattfindenden Revision des Vormundschaftsrechts ebensowenig diskutiert.

Sollte sich der Zivilgesetzgeber mit diesem Problem befassen, würde er sich höchstwahrscheinlich nicht auf den besonderen Fall des Neugeborenen beschränken; denn es sind analoge Situationen vorstellbar bei Kindern, die in einem späteren Stadium ihrer Entwicklung Opfer eines schweren körperlichen Traumas werden⁷². Wahrscheinlich wird sich fürs Erste diese Problemstellung noch weiter differenzieren durch die interdisziplinäre Debatte, von welcher Rechtswissenschaft und Rechtsprechung sich zunehmend inspirieren lassen.

b. Strafrecht

Die Problematik des Neugeborenen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von derjenigen eines Kindes mit etwas weiter fortgeschrittenem Entwicklungsstand. Dies würde für die Schaffung einer erweiterten gesetzlichen Bestimmung sprechen, in welcher das Neugeborene nur einen besonderen Fall unter anderen bildet. Die Frage der den gesetzlichen Vertretern zukommenden Rolle stellt sich für alle Minderjährigen, zumindest bis sie urteilsfähig sind.

Es ist schwer vorstellbar, dass das Strafrecht sich in Bezug auf die Rolle der gesetzlichen Vertreter für eine klare Lösung entscheidet, während das Zivilrecht noch keinen wirklich zufriedenstellenden Weg gefunden hat und die Suche nach einer praktikablen Lösung behutsam weitergeht. Christian Kind hat sehr schön gezeigt, wie die Haltung der Eltern des Kindes sich mit der Zeit entwickeln kann. Würde man den Abbruch einer Behandlung von der *formellen Zustimmung der Eltern* abhängig machen, wäre die Gefahr gross, damit die Situation unnötig zu verhärten, die Gefühle des Unbehagens und der Schuld zu verstärken und den Eltern eine Verantwortung aufzubürden, die wohl ihre Fähigkeiten und ihre Kräfte übersteigt. Die gegenteilige Lösung, welche die *Stellung der Eltern ausser Betracht* lässt, wäre ebenso inakzeptabel angesichts der zwischen ihnen und ihrem Kind bestehenden sehr engen Bindungen. Der mittlere Weg - die *Rücksprache* - ist nach unserem Dafürhalten am sinnvollsten und entspricht der Realität solcher Extremsituationen am besten; indessen eignet sich dieser Ansatz kaum für die Gesetzgebung.

III. Fazit

Der Ansatzpunkt der Schwelle zum Leben und jener der Schwelle zum Tod weisen, wie es scheint, wesentliche Unterscheide auf. Die Analogie endet oft bei der Art der angewendeten Kunstgriffe. So gestaltet sich im Besonderen das Kriterium der *Interessenabwägung* sehr anders, je nachdem, ob wir uns ganz zu Beginn oder nahe am Ende des Lebens befinden. Christian Kind hat denn auch einleuchtend dargestellt, wie komplex und unterschiedlich die Situationen sind, mit denen die Ärzte konfrontiert sein können.

⁷² Vgl. beispielsweise den Fall eines 18 Monate alten Knaben, der in ein Schwimmbecken fiel.

Die Arbeitsgruppe hat aber sehr früh realisiert, dass es in gesetzgebungspolitischer und -technischer Hinsicht durchaus legitim wäre, die Sterbehilfe an Neugeborenen ebenso wie an Sterbenden zu regeln. Sie hat denn auch erwogen, die Einfügung einer Bestimmung in das Strafgesetzbuch vorzuschlagen, wonach der Abbruch oder die Unterlassung einer lebenserhaltenden Massnahme nicht rechtswidrig ist, wenn für ein in seiner Gesundheit schwer geschädigtes Neugeborenes keine Aussicht besteht, jemals das für eine soziale Kommunikation erforderliche Bewusstsein zu erlangen, und wenn die bereits eingeleiteten oder vorgesehenen Behandlungsmassnahmen ihm Leiden verursachen oder sich im Hinblick auf den zu erwartenden Behandlungserfolg nicht rechtfertigen.

Eine nähere Prüfung der sehr komplexen Fragen im Zusammenhang mit Neugeborenen hat jedoch die Arbeitsgruppe davon überzeugt, dass die definitive Ausformulierung einer Gesetzesbestimmung ihre Möglichkeiten und Kräfte übersteigen würde. Dieser Entscheid hängt auch damit zusammen, dass der Auftrag der Arbeitsgruppe vorrangig, wenn nicht ausschliesslich, die unheilbar kranken Personen in der Endphase ihre Lebens betrifft. Der Sonderfall des Neugeborenen kann nicht einfach durch Extrapolation des Grundthemas behandelt werden. Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass bis heute kein politischer Vorstoss ausdrücklich die Schaffung spezifischer gesetzlicher Normen für diesen besonderen Fall des Neugeborenen verlangt.