

Facharzt FMH für Allgemeinmedizin (spez. Geriatrie)

G. Bosshard

Beihilfe zum Suizid – medizinische, rechtliche und ethische Aspekte

Assisted Suicide – Medical, Legal, and Ethical Aspects

Zusammenfassung

Anders als in den meisten europäischen Ländern, ist Suizidbeihilfe in der Schweiz nicht illegal. Die Anzahl assistierter Suizide vermittelt durch Sterbehilfeorganisationen wie Exit oder Dignitas hat in den letzten zwanzig Jahren stark zugenommen. Kern der ärztlichen Mitbeteiligung ist die Verschreibung einer tödlichen Dosis Natriumpentobarbital. Dabei hat sich der Arzt an die Regeln der ärztlichen Sorgfaltspflichten zu halten. Diese verlangen eine persönliche Untersuchung des Patienten und ein Aufklärungsgespräch. Diagnose, zu erwartende Prognose und mögliche Behandlungsalternativen müssen besprochen werden. Entscheidend ist weiterhin die Prüfung der Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen Sterbewunsch. Beim Suizid selber ist in der Regel ein Mitarbeiter der Sterbehilfeorganisation, nicht aber der Arzt anwesend. Nach Todeseintritt muss der assistierte Suizid als aussergewöhnlicher Todesfall der Polizei gemeldet werden.

Schlüsselwörter: Sterbehilfe – Suizid – Suizidbeihilfe – Recht – Ethik

Einleitung

Unter ärztlicher Beihilfe zum Suizid wird der Sachverhalt verstanden, dass ein Arzt¹ einem Patienten eine tödliche Substanz verschreibt oder anderweitig zur Verfügung stellt mit dem Ziel, diesem die Selbsttötung zu ermöglichen. Im folgenden Beitrag wird versucht, die dabei für den ärztlichen Praktiker besonders relevanten Sachverhalte in der gebotenen Kürze darzustellen.

Ausgehend von wenigen Einzelfällen in den 1980er Jahren, haben die Aktivitäten der verschiedenen Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz im Bereich der Suizidbeihilfe über die letzten zwanzig Jahre rasch und anhaltend zugenommen

(Abb. 1). Auch der Umgang der Ärzteschaft mit dieser Problematik hat sich in diesen Jahren stark verändert.

Das Verständnis der heutigen Situation und möglicher zukünftiger Entwicklungen gelingt am besten, wenn man sich die Thematik als dynamischen Prozess vor Augen führt, wobei sich medizinische, rechtliche, ethische und politische Aspekte gegenseitig beeinflussen.

Offene strafrechtliche Ausgangslage

Aktive Sterbehilfe auf Verlangen ist in der Schweiz unabhängig von den Motiven des Täters gemäss Art. 114 des Schweizer-

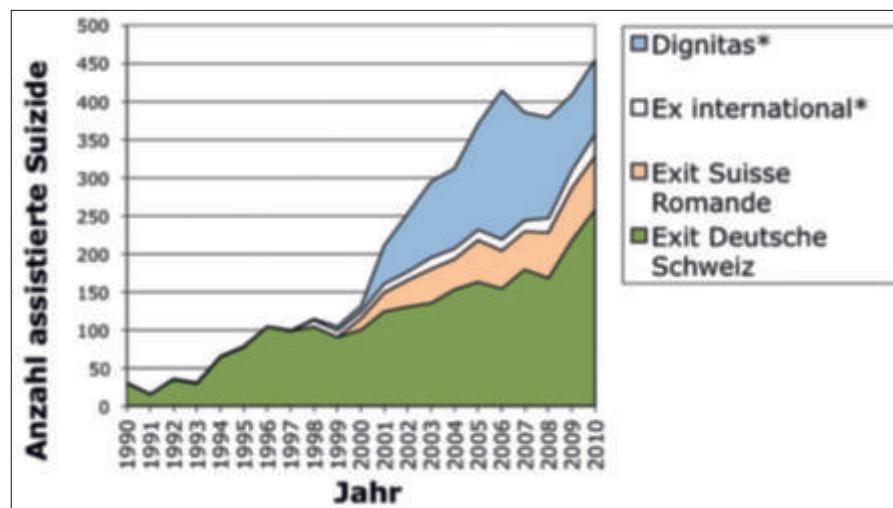


Abb. 1: Assistierte Suizide in der Schweiz 1990–2010, nach Sterbehilfeorganisation, zusammengestellt aus verschiedenen Quellen. Die mit *bezeichneten Organisationen leisten hauptsächlich bei aus dem Ausland eingereisten Personen Suizidbeihilfe.

¹ Hier wie im Folgenden wird die grammatikalisch männliche Form immer in der inklusiven, beide Geschlechter umfassenden Bedeutung verwendet.

Tab. 1: Regulierung der Suizidbeihilfe in der Schweiz.

Quelle	Aussage
Strafrecht (Art. 115 und 114)	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstsüchtige Beihilfe zum Suizid ist strafbar. – Tötung auf Verlangen ist strafbar.
Medizinalrecht	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte haben sich bei der Berufsausübung an die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften zu halten.
Standesethische Richtlinien der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2004	<ul style="list-style-type: none"> – Suizidbeihilfe respektiert als persönliche Gewissensentscheidung eines Arztes. – Prüfung der Urteilsfähigkeit. Sterbewunsch wohlervogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden (bestätigt durch Drittperson). – Alternative Behandlungsoptionen (palliative care) müssen angeboten worden sein. – Suizidbeihilfe nur am Lebensende.
Bundesgerichtsentscheid vom Dezember 2006 zur ärztlichen Suizidbeihilfe	<ul style="list-style-type: none"> – Persönliche Untersuchung durch den Arzt – Prüfung der Urteilsfähigkeit durch den Arzt – Aufklärungsgespräch – Korrekte Diagnose und Indikation – Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken nur mit äusserster Zurückhaltung, fachpsychiatrisches Gutachten zwingend.
Etablierte Rechtspraxis	<ul style="list-style-type: none"> – Bei Schluckunfähigkeit auch Einsatz von Infusionen oder Magensonden erlaubt (in jedem Fall aber Selbstapplikation durch den Sterbewilligen). – Verrechnung eines üblichen Arzthonorars ist keine Selbstsucht, also keine Verletzung von Art. 115 StGB. – Zusammenspiel ärztlicher und nichtärztlicher Verantwortlichkeiten, z.B. Zweitmeinung durch Sterbehelfer der Organisation.
Interne Richtlinien diverser Spitäler und Pflegeheime (soweit vorhanden)	<ul style="list-style-type: none"> – Suizidbeihilfe in Spitälern der Deutschschweiz (nicht aber der Romandie) meist verboten. – Regelungen in den Pflegeheimen uneinheitlich; falls Suizidbeihilfe im Heim erlaubt, Beteiligung des Personals in aller Regel verboten.

rischen Strafgesetzbuches (StGB) strafbar [1]: «Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe² bestraft.» Demgegenüber ist gemäss Art. 115 StGB die Beihilfe zum Suizid nur strafbar, wenn sie aus eigen-nützigen Motiven erfolgt: «Wer aus selbst-süchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Geld-strafe³ bestraft» (Tab. 1). Vor dem Hin-tergrund dieser noch auf die erste Hälfte des letzten Jahrhunderts zurückgehen-den, vergleichsweise offenen strafrecht-lichen Regelung hat sich ab den 1980er Jahren das Schweizer Modell der Suizid-beihilfe entwickelt [2].

Gründung der ersten Sterbehilfe-organisationen (1982)

Im Jahre 1982 wurden unabhängig von-einander die Sterbehilfeorganisations Exit Deutsche Schweiz in Zürich und Exit A.D.M.D (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) in Genf gegründet. In den ersten Jahren ihres Bestehens konzentrierten sich die Exit-Organisationen darauf, Patientenverfü-gungen breiter bekannt zu machen und bestehenden Verfügungen, wo als nötig erachtet, auf rechtlchem Wege Geltung zu verschaffen [3]. Daneben konnten sich sterbewillige Mitglieder auch Infor-mationen über die Möglichkeiten zu

einer schmerzlosen und vergleichsweise sicheren Selbsttötung beschaffen, ohne dass sich aber die Organisation selber dabei direkt engagierte. Die Anwendung dieser Methoden erwies sich für manche Mitglieder als unsicher und schwierig. Und es fehlte jede Kontrolle darüber, wer von den Ratschlägen tatsächlich Ge-brauch machen würde [4].

Ärztliche Mitbeteiligung (ab ca. 1990)

Ab Ende der 1980er Jahre begann die Sterbehilfeorganisation Exit Deutsche Schweiz deshalb damit, sterbewillige Mitglieder persönlich beim Suizid zu be-gleiten [4]. Für eine Suizidbegleitung in Frage kommen sollten nur Mitglieder, die an einer Krankheit mit hoffnungsloser Prognose, an unerträglichen Schmerzen oder an einer unzumutbaren Behinde-rung litten [5]. Und neu erfolgte der Suizid nicht mehr mit einer heimlich bei verschiedenen Ärzten unter dem Vor-wand der Schlaflosigkeit ergatterten Sammlung von Schlaftabletten. Viel-mehr wurde nun dazu eine von einem Arzt ausdrücklich zum Zwecke der Sterbehilfe verschriebene Dosis Natrium-pentobarbital in einer Dosis von 10, 12 oder 15 Gramm verwendet [6].

Die neue Praxis wurde von den lokalen Behörden toleriert, nicht nur, was die Rolle der Exit-Sterbehelfer betraf, son-der auch im Hinblick auf die beteiligten Ärzte. Das ist bemerkenswert, untersteht doch ein Arzt bei solchen Handlungen nicht nur dem Strafrecht, sondern auch entsprechenden medizinrechtlichen Be-stimmungen (Tab. 1). So verlangt bei-spielsweise das Betäubungsmittelgesetz (Art. 11), dass Ärzte Betäubungsmittel nur in dem Umfang verwenden, abgeben und verordnen, wie dies nach den an-erkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig erscheint.

² Vor der ab 1. Januar 2007 gültigen Revision des Allgemeinen Teils des Strafgesetzbuches lautete der Schluss des Artikel: «oder mit Gefängnis bestraft.»

³ Auch hier lautete vor der ab 1. Januar 2007 gültigen Revision des Allgemeinen Teils des Strafge-setzbuches der Schluss des Artikel: «oder mit Gefängnis bestraft.»

Wie diese Bestimmungen aber für die ärztliche Beteiligung beim Suizid eines Patienten zu interpretieren seien, das blieb weitgehend dem Ermessen der jeweiligen kantonalen Gesundheitsbehörden überlassen.

Erste kantonale Gerichtsurteile (ab 1999)

1999 kam es zu einem ersten Gerichtsentscheid, bei dem das Zürcher Verwaltungsgericht zur ärztlichen Mitbeteiligung bei einer geplanten Suizidbeihilfe bei einer psychisch kranken 29-jährigen Frau Stellung nahm und einem Arzt untersagte, weiterhin Beihilfe zum Suizid zu leisten [7]. Es folgten vereinzelte weitere Entscheidungen auch in anderen Kantonen, in denen es wegen unsorgfältiger Praxis im Rahmen der Beihilfe zum Suizid zu Verweisen, zu teilweisen oder sogar vollständigen Entzügen der Praxisbewilligung von Suizidbeihilfe leistenden ärztlichen Praktikern kam. Bemerkenswerterweise bezogen sich diese Gerichtsentscheidungen jeweils auch auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Tatsächlich äusseren sich die SAMW-Richtlinien zu jener Zeit zur Beihilfe zum Suizid aber nur mit dem Satz «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit». Die Thematik wurde also als nicht-ärztliche Materie eingeordnet, und es wurde in den Richtlinien nicht weiter darauf eingegangen.

Revision der SAMW-Richtlinien (2004)

In ihren 2004 revidierten Richtlinien zur «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» [8] hält die SAMW zwar daran fest, dass die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche. Neu wird aber die Entscheidung eines einzelnen Arztes respektiert, aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung dennoch Beihilfe zum Suizid

zu leisten (Tab. 1). Für diesen Fall verlangen die Richtlinien vom Arzt die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Erster Bundesgerichtsentscheid (2006)

2006 kam es schliesslich zum ersten einschlägigen Bundesgerichtsentscheid [9] (Tab. 1). Dieser Entscheid bestätigte die Vorentscheidungen kantonalen Verwaltungsgerichte insofern, als darin die ärztliche Verantwortung bei der Suizidbeihilfe hoch gewichtet wird. Von Bedeutung sind dabei insbesondere folgende Punkte:

- Die Rezeptierung von Natriumpentobarbital zum Zwecke der Suizidbeihilfe verlangt vom Arzt eine «der ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflicht entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch».
- Auch «die Prüfung der Urteilsfähigkeit, der medizinischen Unterlagen und der Beurteilung, ob alle möglichen Behandlungsmassnahmen getroffen bzw. ohne Resultat geblieben sind», kann nur durch den Arzt erfolgen.

Gleichzeitig stellte der Bundesgerichtsentscheid aber auch klar, dass eine Beschränkung der Beihilfe auf Patienten am Lebensende nicht zwingend sei. Sogar bei einer «unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung» bedeute die Verschreibung von Natriumpentobarbital zum Zwecke der Suizidbeihilfe nicht notwendigerweise eine Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten. Allerdings sei in diesem Bereich

«äusserste Zurückhaltung» angebracht. Gemäss Bundesgerichtsurteil muss unterschieden werden «zwischen einem Sterbewunsch, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und dem selbstbestimmten, wohlwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person (Bilanzsuizid)». Zu Letzterem könnten grundsätzlich auch Personen mit der Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung gelangen. Zur Unterscheidung dieser beiden Situationen wird in jedem Fall von Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken ein vertieftes psychiatrischen Fachgutachten verlangt. In diesem letzteren Punkt besteht ein bis heute nicht aufgelöster Widerspruch zu den SAMW-Richtlinien, die die ärztliche Beihilfe zum Suizid nur bei Patienten am Lebensende als zulässig erachten.

Etablierte Praxis

Folgende weitere Punkte haben sich im Verlaufe der Jahre in der Rechtspraxis etabliert, ohne dass diese aber bisher gesetzlich ausdrücklich geregelt oder durch ein explizites Gerichtsurteil abgestützt wären (Tab. 1):

- Die Verrechnung eines üblichen ärztlichen Honorars (z.B. Zeittarif nach Tarmed) für die nötigen Vorabklärungen gilt nicht als «eigennütziges Motiv» und bleibt straffrei.
- Natriumpentobarbital muss von den Sterbewilligen nicht zwingend per os eingenommen werden können. Schluckunfähigen Patienten können sich die Substanz auch via intravenöse Infusion oder via Magensonde zuführen. Entscheidend ist, dass der sterbewillige Patient den letzten Akt der zum Tode führenden Handlung, also beispielsweise das Öffnen des Infusionshahns oder des Zugangs zur Magensonde, selber ausführt [10]. Andernfalls würde eine strafbare aktive Sterbehilfe vorliegen.
- Assistierte Suizide sind als aussergewöhnliche Todesfälle meldepflichtig. Da der verschreibende Arzt zumeist

beim assistierten Suizid nicht anwesend ist, erfolgt in diesen Fällen die Meldung an die Behörden durch den anwesenden Mitarbeiter der Sterbehilfeorganisation.

Insgesamt ist die gegenwärtig etablierte Praxis durch ein enges Zusammenspiel ärztlicher und nicht-ärztlicher Verantwortlichkeiten (letztere übernommen durch Mitarbeitende der Sterbehilfeorganisationen) gekennzeichnet [11] (Tab. 2). Der in den SAMW-Richtlinien geforderte Zuzug einer «unabhängigen Drittperson, die nicht zwingend ein Arzt sein muss», wird also in der Praxis meist von einem Sterbehelfer der Organisation übernommen. Ein zusätzlicher informeller Austausch mit einem ärztlichen Fachkollegen über eine geplante Beihilfe zum Suizid wäre aber jedenfalls sinnvoll.

Suizidbeihilfe in Institutionen (Spital, Pflegeheim)

Sämtliche Fälle von Beihilfe zum Suizid in der Schweiz fanden bis Ende der 1990er Jahre ausserhalb von Spitälern und Pflegeheimen statt, in aller Regel am Wohnort der sterbewilligen Person. Im Jahre 2000 erliess der Zürcher Stadtrat eine neue Regelung, wonach die Beihilfe zum Suizid unter gewissen Bedingungen auch in den städtischen Alters- und Pflegeheimen zulässig sein sollte. Gleichzeitig stellte er klar, dass in den Räumlichkeiten der Zürcher Stadtspitäler Beihilfe zum Suizid weiterhin verboten bleiben sollte [12]. Demgegenüber erliess das Universitätsspital Lausanne als erstes Spital in der Schweiz im Jahre 2006 eine Regelung, welche die Beihilfe zum Suizid auch in den Spitalräumlichkeiten zulässt, allerdings unter einer ganzen Reihe von einschränkenden Bedingungen [13]. Das Universitätsspital Genf verabschiedete kurz darauf eine ähnliche Regelung. In der Deutschschweiz halten aber bisher alle dem Autor bekannten Spitäler, soweit sie in dieser Frage überhaupt eine explizite Regelung haben, am Verbot der Suizidbeihilfe in den Spitalräumlichkeiten fest. Bei den Pflegeheimen ist die

Tab. 2: Verantwortlichkeiten von Arzt, Sterbehilfeorganisation und anderen im Schweizer Modell der Suizidbeihilfe (Tabelle vereinfacht nach [11]).

Verantwortlichkeit	Verantwortlichkeit		
	Arzt	Organisation	andere
Erstkontakt, erste Beurteilung	X	X	
Koordination der einzelnen Aktivitäten und Begleitung durch den gesamten Prozess	(X)	X	
Information über Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten inkl. Palliative Care	X		
Bestätigen von Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit des Sterbewunsches, Fehlen von äusserem Druck	X	X	
Verschreiben der letalen Substanz	X		
Abgabe der letalen Substanz			Apotheker
Aufbewahrung der letalen Substanz		X	Angehörige
Hilfe vor Ort bei der Vorbereitung und Durchführung der Selbsttötung	(X)	X	
Meldung an die Behörden		X	

Situation unterschiedlich. Hier scheint auch in der Deutschschweiz eine Mehrheit der Institutionen dazu zu tendieren, die Beihilfe unter gewissen Bedingungen zuzulassen. Ausschlaggebend ist dabei die Überlegung, dass die Privatsphäre der im Heim wohnenden Betagten vor dem Betreuungsauftrag der Institution Vorrang habe. Alle dem Autor bekannten Regelungen halten aber gleichzeitig fest, dass die Mitarbeitenden der Institution selber sich in keiner Weise an der Suizidbeihilfe beteiligen dürfen (Tab. 1).

Empirische Befunde zur Suizidbeihilfe in der Schweiz

Anders als beispielsweise in Belgien, den Niederlanden oder dem US-amerikanischen Bundesstaat Oregon fehlt in der Schweiz eine zentrale Meldestelle für assistierte Suizide. Das bedeutet, dass bis heute keine gesamtschweizerische Daten zur Suizidbeihilfe verfügbar sind. Die Zahlen in Abbildung 1 beruhen auf Angaben der Sterbehilfeorganisationen (soweit zugänglich) sowie auf verschiedenen weiteren Quellen [6,14,15,16].

Insgesamt ist gegenwärtig von jährlich etwa 450 assistierten Suiziden in der Schweiz auszugehen.

Voneinander unabhängige Untersuchungen aus Basel [5], Zürich [6,15] und der Romandie [16] zeigen, dass jeweils knapp die Hälfte aller Fälle von Suizidbeihilfe Krebspatienten betrifft. Ebenfalls häufig finden sich bei den Betroffenen neurologische Krankheiten, insbesondere Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose und Morbus Parkinson [5,6,15, 16]. 2% der Exit-Fälle und 3% der Dignitas-Fälle in der Stadt Zürich im Zeitraum 2001–2004 hatten wegen einer psychischen Krankheit assistiert Suizid begangen [15].

Vergleicht man die mit Hilfe von Exit verstorbenen Personen in der Stadt Zürich im Zeitraum 1990–2000 (n=149) mit dem Zeitraum 2001–2004 (n=129), ergibt sich ein Anstieg der über 85-jährigen Personen von 16 auf 36%, ein Anstieg des Frauenanteils von 52 auf 65%, sowie ein Anstieg des Anteils von Menschen ohne tödliche Krankheit von 22 auf 34% [15].

Eine weitere Studie aus der Stadt Zürich [17] zeigt, dass neben Symptomen wie

Schmerz (relevant in 58% der Fälle) oder Atemnot (23% der Fälle) nicht-medizinische Gründe für den assistierten Suizid eine erhebliche Rolle spielten: Langzeitpflegebedürftigkeit (resp. die Angst davor) in 39%, Würdeverlust in 38%, und das Bedürfnis nach Kontrolle über die Umstände des eigenen Todes in weiteren 38% der Fälle.

Internationale Entwicklungen und Ausblick

In Europa ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid ausser in der Schweiz lediglich in den Beneluxstaaten zulässig, die gleichzeitig auch die aktive Sterbehilfe auf Verlangen legalisiert haben. Vor diesem Hintergrund ist in den letzten zehn Jahren der sog. «Sterbetourismus» in die Schweiz entstanden. Ob sich diese Problematik durch zunehmend offenere gesetzliche Regulierungen in weiteren europäischen Staaten in näherer Zukunft entschärfen wird, ist unsicher. Seit einigen Jahren lässt sich eine starke Tendenz zur Liberalisierung in England, Frankreich und Skandinavien beobachten [18], wogegen sich beispielsweise in Deutschland in jüngster Zeit restriktive Tendenzen eher noch verschärft haben [19].

Auch in der Schweiz wurden in den letzten Jahren auf kantonaler wie auch auf Bundesebene Vorstösse in grosser Zahl unternommen, um die Beihilfe zum Suizid genauer, gegebenenfalls auch restriktiver zu regeln. Zwei Monate bevor dieser Artikel geschrieben wurde, hat nun Bundesrätin Sommaruga bekannt gegeben, die von ihrer Vorgängerin angestrebte Revision des Art. 115 StGB nicht weiter zu verfolgen. Damit dürften die heute etablierte Praxis und deren gesetzliche Rahmenbedingungen zumindest vorläufig in der geschilderten Form Bestand haben [20].

Mittelfristig sind die politischen Entwicklungen schwer abschätzbar. Die demografische Entwicklung mit einer absehbaren Zunahme betagter pflegebedürftiger Menschen, bei gleichzeitig

Key messages

- Im Gegensatz zu sämtlichen Nachbarländern ist in der Schweiz die Beihilfe zum Suizid weder strafrechtlich noch standesethisch verboten.
- Die Anzahl Fälle von Beihilfe zum Suizid hat sich in den letzten zwanzig Jahren in der Schweiz vervielfacht und beträgt heute ca. 0.7% aller Todesfälle.
- Vermeidung von Abhängigkeit und Kontrolle der eigenen Todesumstände ist als Motiv für einen assistierten Suizid oftmals bedeutsamer als mangelnde Kontrolle medizinischer Symptome wie Schmerz oder Dyspnoe.
- Die Schweizer Praxis der Suizidbeihilfe ist charakterisiert durch ein enges Zusammenspiel ärztlicher und nicht-ärztlicher Verantwortlichkeiten (letztere übernommen durch Mitarbeitende von Sterbehilfeorganisationen).
- Die vorbestehenden strafrechtlichen und medizinrechtlichen Rahmenbedingungen wurden in den letzten Jahren durch mehrere Gerichtsurteile zur Suizidbeihilfe konkretisiert.
- Zusätzliche Leitplanken werden der Suizidbeihilfe in der Schweiz durch standesethische Richtlinien, durch in der Praxis etablierte Usancen, sowie mancherorts durch institutionelle Weisungen (z.B. von Spitälern oder Pflegeheimen) gesetzt.

Lernfragen

1. Ein Arzt darf in der Schweiz nur Beihilfe zum Suizid leisten, wenn er (Mehrfachauswahl, mehrere richtige Antworten)
 - a) den sterbewilligen Patienten persönlich untersucht hat.
 - b) der Hausarzt des sterbewilligen Patienten ist.
 - c) bei der Beihilfe keine eigennützigen Motive verfolgt.
 - d) als Arzt höchstpersönlich dem Sterbewilligen die tödliche Substanz zu injizieren bereit ist (keine Delegation an Pflegepersonal).
2. Ärztliche Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz gesetzlich nur erlaubt bei einem Patienten, der folgende Bedingungen erfüllt: (Mehrfachauswahl, mehrere richtige Antworten)
 - a) Der Patient hat die Hilfe beim Suizid ausdrücklich und mehrfach verlangt.
 - b) Der Patient ist bezüglich seines Wunsches nach Suizidbeihilfe urteilsfähig.
 - c) Der Patient ist terminal krank.
 - d) Der Patient ist fähig, selber zu schlucken.
3. Welche Substanz wird die bei der Suizidbeihilfe in der Schweiz überwiegend eingesetzt? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Natriumpentobarbital
 - b) Morphin
 - c) Pancuroniumbromid
 - d) Midazolam
4. In einigen Ländern besteht wie in der Schweiz eine etablierte Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, nicht aber in (Mehrfachauswahl, mehrere richtige Antworten)
 - a) Deutschland
 - b) Frankreich
 - c) England
 - d) Schweden

immer stärkerer Gewichtung der Selbstbestimmung des Patienten, legt allerdings einen weiteren Anstieg der Fallzahlen in der Schweiz und das Entstehen offener Regelungen auch in anderen europäischen Ländern nahe.

Abstract

Unlike in most European countries, assisted suicide is not illegal in Switzerland. The number of assisted suicides procured by right-to-die organisations such as Exit or Dignitas has sharply increased in the last twenty years. Central part of the doctor's involvement is the prescription of a lethal dose of sodium pentobarbital. In doing so, the doctor has to apply to the rules of medical due care. A proper examination of the patient is required, who must be informed about his diagnosis, about the expected prognosis, and about different treatment options. Verification of the patient's decisional capacity is crucial. In general, a staff member of the organisation but not the doctor is present during suicide. Following death, the assisted suicide has to be reported to the police as an extraordinary death case.

Key words: euthanasia – suicide – assisted suicide – law – ethics

Résumé

Contrairement à la plupart des pays européens, l'assistance au suicide n'est pas illégale en Suisse. Le nombre de cas ayant en recours aux organisations

d'assistance au suicide a fortement augmenté au cours des vingt dernières années. La base de l'implication médicale est la prescription d'une dose létale de pentobarbital de sodium. Ici, le médecin se doit respecter les règles du devoir médical de soins. Ceux-ci exigent un examen personnel du patient et entretien visant à atteindre un consentement éclairé. Le diagnostic, le pronostic, et les alternatives de traitement doivent être discutés. La vérification de la capacité de discernement du patient touchant à son désir de mourir en est le point décisif. Généralement, le médecin n'est pas présent lors du suicide, mais un employé de l'organisation d'assistance au suicide. Après la mort, le suicide assisté doit être rapporté à la police comme un cas de décès extraordinaire.

Mots-clés: euthanasie – suicide – assistance au suicide – loi – éthique

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Georg Bosshard
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
 (spez. Geriatrie)
 Privatdozent für Klinische Ethik
 Turmstrasse 37
 8400 Winterthur

georg.bosshard@hispeed.ch

Bibliographie

- Schwarzenegger C (Hrsg). Schweizerisches Strafgesetzbuch (4. Aufl.). Liberales Verlag, Zürich 2006.
- Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003;326:271-3.
- Giroud C, Augsburger M, Horisberger B, Lucchini P, Rivier L, Mangin P. Exit Association-mediated suicide. Toxicologic and forensic aspects. *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20:40-4.
- Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon. *Swiss Med Wkly* 2002; 132:527-34.
- Frei A, Schenker T, Finzen A, Kräuchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U. Assisted suicide as conducted by a «Right-to-die»-society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases. *Swiss Med Wkly* 2001;131:375-80.
- Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly* 2003;133: 310-7.
- Verwaltungsgericht des Kantons Zürich: Entscheid der 3. Kammer. VB Nr 99.00145 (1999).
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86:172-6.
- Schweizerisches Bundesgericht. Entscheidung 2A.48/2006 und 2A.66/2006 (2006).
- Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bär W. Assisted suicide bordering on active euthanasia. *Int J Legal Med* 2003;117:106-8.
- Ziegler SJ, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 2007;334:295-8.
- Ernst C. Assistierter Suizid in den Stadtzürcher Alters- und Krankenheimen. *Schweiz Ärztezeitung* 2001;82:293-5.
- Wasserfallen J. Assistance au suicide en hôpital de soins aigus. Respecter la liberté du patient et du soignant. *Schweiz Ärztezeitung* 2006;87:895-8.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement. Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund? Vorentwurf vom 31. Januar 2006. http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/20060531_ber-sterbehilfe-d.pdf

15. Fischer S, Huber CA, Imhof L, et al. Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *J Med Ethics* 2008;34:810-4.
16. Burkhardt T, Sobel J, La Harpe R. L'assistance au suicide en Suisse Romande: une étude sur cinq ans. *Journal de Médecine Légale Droit Médcal* 2007;50:41-4.
17. Fischer S, Huber CA, Furter M et al. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly* 2009;139:333-8.
18. Bosshard G. Die geltende Sterbehilfepraxis regeln. *Neue Zürcher Zeitung*, 7. Oktober 2010.
19. Klinkhammer G. Sterbehilfe: Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. *Dtsch Arztebl* 2011;108:A-1288 / B-1074 / C-1074.
20. Hofmann M. Bei der Sterbehilfe bleibt alles beim Alten. *Neue Zürcher Zeitung*, 1. Juli 2011.

1. Antworten a) (Bundesgerichtssentscheid Dezember 2006) und c) (vgl. Art. 115 StGB) sind richtig.
2. Antworten a) und b) sind richtig.
3. Antwort a) ist richtig.
4. Antworten a), b), c) und d) sind richtig. Keines der genannten Länder kennt eine der Schweiz vergleichbare etablierte Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid.

Antworten zu den Lernfragen