



University of Zurich
Zurich Open Repository and Archive

Winterthurerstr. 190
CH-8057 Zurich
<http://www.zora.uzh.ch>

Year: 2008

Liberalisierung der Sterbehilfe: Erfahrungen in der Schweiz

Bosshard, G

Bosshard, G (2008). Liberalisierung der Sterbehilfe: Erfahrungen in der Schweiz. In: Junginger, T; Pernecky, A; Vahl, C F; Werner, C. Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Berlin, 245-250.

Postprint available at:
<http://www.zora.uzh.ch>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.
<http://www.zora.uzh.ch>

Originally published at:
Junginger, T; Pernecky, A; Vahl, C F; Werner, C 2008. Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Berlin, 245-250.

Liberalisierung der Sterbehilfe – Erfahrungen aus der Schweiz

Georg Bosshard

Buchkapitel zu: Junginger Th. et al (Hsg). Grenzsituationen in der Intensivmedizin

Anschrift des Autors:

PD Dr. med. Georg Bosshard
Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich
Winterthurerstrasse 190 / Bau 52
8057 Zürich
Schweiz
Tel 0041 44 635 56 27
Fax 0041 44 635 68 51
bosh@irm.unizh.ch

V14 06. Juli 2007 ad Springer

Trailer

Vor dem Hintergrund einer mit Deutschland durchaus vergleichbaren Rechtslage toleriert die Schweiz eine offene Praxis der Suizidbeihilfe. Dabei kommt Sterbehilfeorganisationen wie Exit oder Dignitas eine zentrale Rolle zu.

Mittlerweile zählt die Schweiz mehrere hundert assistierte Suizide pro Jahr. Fast die Hälfte davon betrifft aus dem Ausland zugereiste Personen.

Der Ruf nach einer engeren Kontrolle dieser Praxis hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Die Schaffung einer Registrierungs-, Bewilligungs- und Aufsichtspflicht für Sterbehilfeorganisationen in den nächsten Jahren erscheint wahrscheinlich. Damit könnte die Schweiz zum ersten Land der Erde werden, welches die Rolle von Nichtärzten in der Sterbehilfe explizit gesetzlich festlegt.

Entwicklung des Schweizer Modells der Sterbehilfe

In der Schweiz ist Beihilfe zum Suizid nicht illegal, solange sie ohne selbstsüchtige Motive erfolgt [1]. Die Schweizer Rechtslage betreffend Suizidbeihilfe ist damit ähnlich (und strenggenommen durch die einschränkende Bedingung des Fehlens selbstsüchtiger Motive sogar restriktiver) als diejenige in Deutschland, wo die Suizidbeihilfe im Strafgesetzbuch nicht spezifisch geregelt ist, in Analogie zum Suizid aber grundsätzlich nicht unter den Strafbestand der Tötungsdelikte fällt [2]. Auch in einigen anderen europäischen Staaten wie zum Beispiel Frankreich oder Schweden ist Suizidbeihilfe nicht generell strafbar [3]. Nur in der Schweiz aber entwickelte sich aus dieser offenen Rechtslage heraus eine weitgehende Toleranz gegenüber einer offenen Sterbehilfepraxis.

Der Grund dafür ist nicht hinreichend geklärt. Fest steht, dass der sogenannte "harm reduction approach", d. h. eine Strategie, die eher auf "mitfühlenden Pragmatismus statt moralischen Paternalismus" setzt [4], in der Schweiz durchaus Tradition hat. Dies zeigt unschwer ein Blick auf die Schweizer Drogenpolitik, deren Offenheit im europäischen Vergleich noch am ehesten mit dem niederländischen Approach vergleichbar ist [5].

Es gibt aber auch gewichtige Unterschiede zwischen dem holländischen und dem schweizerischen Modell der Sterbehilfe. Entscheidend ist die Tatsache, dass in den Niederlanden die Sterbehilfe vollständig medikalisiert ist, während in der Schweiz nicht nur dem untersuchenden und rezeptierenden Arzt, sondern auch den freiwilligen Mitarbeitern von Sterbehilfeorganisationen eine wichtige Rolle zukommt. Dabei geht es nicht so sehr um die Frage “physician-assisted suicide or non-physician-assisted suicide?” [6], sondern vielmehr um die Frage des “allowing a role for non-physicians?” [7].

Am Anfang der Entwicklung in der Schweiz stand eine zentrale Entscheidung der Sterbehilfeorganisation Exit kurz nach der Gründung im Jahre 1982: Man einigte sich darauf, anders als die Sterbehilfeorganisationen in fast allen westlichen Ländern nicht primär auf eine Gesetzesänderung im Bereiche der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen hinzuarbeiten, sondern vielmehr den bestehenden Freiraum der Schweizer Gesetzgebung im Bereiche der Suizidbeihilfe zu nutzen [8]. Während der ersten Jahre nach der Gründung sandte Exit an alle Neumitglieder drei Monate nach Eintritt ein sogenanntes “Suizidmanual”. Dieses enthielt präzise Instruktionen, um dem eigenen Leben nach Einnahme eines spezifischen Medikamentencocktails mit Hilfe eines selber über den Kopf zu stülpenden Plastiksackes ein Ende zu setzen. Die Mitglieder wurden instruiert, sich bei Bedarf die nötigen Medikamente bei verschiedenen Ärzten dadurch zu erschleichen, dass sie vorgaben, an Schlaflosigkeit zu leiden.

Allerdings erwies sich diese Form der Sterbehilfe aus verschiedenen Gründen als wenig praktikabel. Deshalb ging Exit seit den späten 80er Jahren dazu über, die sterbewilligen Mitglieder durch Freiwillige beim Suizid zu begleiten. Als Suizidmittel wurde zunehmend eine ärztlich verschriebene letale Dosis Natriumpentobarbital verwendet – die Entwicklung hatte gezeigt, dass sich in der Schweiz doch immer wieder einzelne Ärzte fanden, die bereit waren, sich in diesem Bereich zu engagieren. Gleichzeitig stieg aber dadurch auch die Mitverantwortung der Sterbehilfeorganisation selber an den assistierten Suiziden erheblich an.

Mittlerweile hat sich aus diesen Anfängen eine gut eingespielte und weitgehende etablierte Praxis entwickelt. Dabei sind für einige der verschiedene Schritte

vom ersten Verlangen eines Sterbewilligen nach Sterbehilfe bis zur allfälligen Durchführung derselben ausschliesslich Ärzte zuständig, für andere aber auch oder ausschliesslich die Mitarbeiter der Sterbehilfeorganisationen: **Tab. 1**.

Strafrechtlicher Rahmen der Sterbehilfe in der Schweiz

Die Tötung auf Verlangen ist in der Schweiz durch Art. 114 des Strafgesetzbuches geregelt und, ähnlich wie in Deutschland, grundsätzlich strafbar. Die Beihilfe zum Suizid ist spezifisch durch Art. 115 StGB geregelt: “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 5 Jahren oder mit Gefängnis bestraft” (**Tab. 1 erste Zeile**).

Das bedeutet, dass die Beihilfe zum Suizid einer urteilsfähigen Person dann *nicht* strafbar ist, wenn dem Sterbehelfer keine selbstsüchtigen Beweggründe nachgewiesen werden können. Da der Nachweis solcher Motive sehr schwierig ist, waren Strafuntersuchungen oder gar Verurteilungen wegen selbstsüchtiger Suizidbeihilfe in der Schweiz bisher sehr selten. Die Entgegennahme einer Spesenentschädigung durch einen Sterbehelfer gilt nach gängiger Rechtspraxis noch nicht als selbstsüchtige Suizidbeihilfe. Um Beihilfe zum Suizid (und nicht Tötung auf Verlangen) handelt es sich allerdings nur solange, als der Sterbewillige die Tatherrschaft über die zum Tode führende Handlung selber inne hat. Hierbei ist die Rechtspraxis in der Schweiz heute so, dass auch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Infusionen oder Magensonden noch als Beihilfe – und damit als straffrei – eingeordnet wird, wenn der Sterbewillige den letzten Akt der zum Tode führenden Handlung, also beispielsweise das Öffnen des Infusionshahns oder des Zugangs zur Magensonde, selber ausführt [10, 11].

Medizinalrechtlicher Rahmen

Durch die ärztliche Beteiligung am assistierten Suizid kommen eine Reihe weiterer einschränkender Bestimmungen der Suizidbeihilfe dazu. Diese speziell die Ärzteschaft betreffenden Bestimmungen stellen angesichts des sehr weiten Rahmens, den das

Strafrecht in diesem Bereich vorgibt, das eigentliche Nadelöhr des Zugangs zur Suizidbeihilfe in der Schweiz dar.

Das zur Suizidbeihilfe verwendete Natrium-Pentobarbital untersteht sowohl der Betäubungsmittelverordnung wie auch dem Heilmittelgesetz. Es darf also nur von Ärzten, welche zur selbständigen Berufsausübung zugelassen sind, verschrieben werden. Diese haben sich dabei an die anerkannten Regeln der medizinischen Praxis zu halten (**Tab. 1 Zeilen zwei und drei**).

Was das im Kontext der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Suizidbeihilfe bedeutet, wurde in den letzten Jahren anhand mehrerer Rechtsfälle vor kantonalen Verwaltungsgerichten herausgearbeitet. Darin wird festgehalten, dass die Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital mit dem Ziel, einem Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen, eine den Regeln der ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch verlangt. Des Weiteren ist die Prüfung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen Sterbewunsch zentral (**Tab. 1 Zeile drei**).

Die kantonalen Verwaltungsgerichte haben in ihren Entscheidungen immer auch auf die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) über die Betreuung von Patienten am Lebensende Bezug genommen [12]. Gemäss diesen Richtlinien ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche. Die Entscheidung eines einzelnen Arztes, aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung dennoch Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei aber zu respektieren. In einem solchen Fall verlangen die Richtlinien die Prüfung der folgenden Voraussetzungen (**Tab. 1 Zeile 4**):

- 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.

Seit 2006 liegt zur Frage der ärztlichen Sterbehilfe nun auch ein vielbeachteter Bundesgerichtsentscheid vor [13]. Anders als die Richtlinien der SAMW sieht allerdings

das Bundesgericht die Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht auf Patienten am Lebensende beschränkt. Es schliesst sogar die ärztliche Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken nicht generell aus, verlangt hier aber “äusserste Zurückhaltung”. Es müsse dabei unterschieden werden “zwischen einem Sterbewunsch, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und dem selbstbestimmten, wohlerrungenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person (“Bilanzsuizid”)”. Zu letzterem könnten grundsätzlich auch Personen mit der Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung gelangen. Die Unterscheidung dieser beiden Situationen könne nicht ohne ein vertieftes psychiatrischen Fachgutachten getroffen werden.

Empirische Befunde zur Sterbehilfe in der Schweiz

Die EURELD-Studie, die grösste empirische Studie zur Sterbehilfe in Europa der letzten zehn Jahre, zeigte, dass Sterbehilfe im weiteren Sinne resp. medizinische Entscheidungen am Lebensende ganz überwiegend in der Form von Behandlungsverzicht und –abbruch oder aber als indirekte Sterbehilfe vorkommt (je ca. 20% aller Todesfälle).

Sterbehilfe im engeren Sinne kommt vor allem, aber nicht ausschliesslich dort vor, wo sie auch legal ist: Aktive Sterbehilfe auf Verlangen war in Holland im Jahre 2001 mit 2.6% aller Todesfälle von den untersuchten sechs Ländern (Belgien, Dänemark, Holland, Italien, Schweden, Schweiz) am häufigsten, Suizidbeihilfe mit 0.4 Prozent aller Todesfälle in der Schweiz. In fast allen Fällen von Suizidbeihilfe in der Schweiz war eine Sterbehilfeorganisation involviert [14].

Gemäss aktuellen Angaben von Exit Deutsche Schweiz assistierte die Organisation im Jahre 2006 bei 154 Todesfällen, wobei es sich dabei fast ausschliesslich um in der Schweiz wohnhafte Personen handelte [15]. Diese Zahl liegt nahe bei den in den vorhergehenden Jahren von Exit gemeldeten Zahlen. Auch die Anzahl Sterbebegleitungen durch die Schwesterorganisation in der französischsprachigen Schweiz, Exit A.D.M.D. (Association pour le droit de mourir dans la dignité) scheint stabil bei etwa 50 Fällen pro Jahr zu liegen [16].

Demgegenüber hat sich die Anzahl der Suizide unter Beihilfe der auf den “Sterbetourismus” fokussierenden Sterbehilfeorganisation Dignitas in den letzten Jahren

vervielfacht: Ging es dabei noch vor wenigen Jahren um Einzelfälle, wurde im Jahre 2006 eine Höchstmarke von 192 Fällen erreicht, wobei es sich bei 118 der Verstorbenen um Deutsche handelte [15, 16]. Neben Dignitas leistet auch noch eine sehr kleine Splittergruppe von Exit, "Exit International", Sterbehilfe bei nicht in der Schweiz wohnhaften Personen. Ein Überblick über die Entwicklung der assistierten Suizide in der Schweiz seit 1990, gestützt auf die Literatur [15, 16, 17] sowie auf persönliche Kommunikation zwischen den verschiedenen Instituten für Rechtsmedizin in der Schweiz, findet sich in **Abbildung 1**.

Die Anzahl von Anfragen um Beihilfe ist wesentlich höher als die effektiv durchgeführten Suizidbegleitungen. Gemäss Angaben von Exit erfüllen etwas mehr als die Hälfte der um Suizidbeihilfe ersuchenden die formalen Kriterien der Organisation. Wieder in etwa der Hälfte dieser Fälle, also etwa einem Viertel der ursprünglich Anfragenden, kommt es dazu, dass ein Arzt ein Rezept für die tödliche Substanz ausstellt. Nicht alle diese Personen machen in der Folge von der Möglichkeit der Beihilfe Gebrauch [18].

Über Einzelheiten der mit Hilfe von Exit Verstorbenen gibt eine Studie aus den 90er Jahren detailliert Auskunft [17]. Unter den 748 Fälle von Suizidbeihilfe durch Exit zwischen 1990 und 2000 fanden sich Personen im Alter zwischen 18 und 101 Jahren, das mediane Alter betrug 72 Jahre, 54% waren Frauen. 47% der Verstorbenen hatten an Krebs gelitten, 12% an einer kardiopulmonalen Krankheit, 7% an HIV/AIDS, 12% an neurologischen Krankheiten wie multiple Sklerose oder amyotropher Lateralsklerose. In weiteren 21% der Fälle waren nicht zum Tode führende Diagnose wie Osteoporose, Arthrose oder Schmerzsyndrome, in 3% der Fälle ein chronisches psychiatrisches Leiden (zumeist eine chronische Depression) als Grund für den Sterbewunsch genannt worden. In der Studie hatten sich keine Fälle gefunden, wo das verabreichte Natriumpentobarbital nicht zu schneller Bewusstlosigkeit und später zum Tode geführt hätte. Die Zeit zwischen Verabreichung der Substanz und Todeseintritt war allerdings in 12% der Fälle grösser als eine Stunde, in einem Fall dauerte es fast 18 Stunden bis zum Todeseintritt. Alle in der Studie untersuchten Fälle waren korrekt den Behörden zur Abklärung vorgelegt worden.

Fazit

Die Rolle des Arztes in der Sterbehilfe ist eine äusserst delikate. Zum einen besteht unter den meisten Experten Einigkeit, dass die in diesem Bereich nötigen Auswahlverfahren nicht ohne medizinische Expertise durchgeführt werden können. Auf der anderen Seite lässt sich fragen, worum man ausgerechnet die Berufsgruppe der Ärzte mit einer spezifischen “licence to kill” ausstatten soll. Tatsächlich wurde die Frage nach der adäquaten Rolle der Arztes in der Sterbehilfe in den letzten Jahren zunehmen auch in der rechtlichen und ethischen Fachliteratur gestellt [9, 19, 20, 21, 22].

In diesem Spannungsfeld ist der Weg der Schweiz, Sterbehilfe zuzulassen, ohne sie gleichzeitig zu medikalisieren, zweifellos von Interesse. Dabei ist es aber zu früh, die Erfahrungen abschliessend zu beurteilen. Mittlerweile scheint die Praxis der “alteingesessenen” Sterbehilfeorganisationen Exit Deutsche Schweiz und Exit A.D.M.D. (Exit Suisse Romande) in der Schweiz weitgehend akzeptiert und kaum mehr kontrovers. Demgegenüber haben die Praktiken der Sterbehilfeorganisation Dignitas, welche primär Personen, die zum Zwecke der assistierten Selbsttötung in die Schweiz einreisen, ihre Dienste anbietet (“Sterbetourismus”), in den letzten Jahren hohe Wellen geworfen. Sie waren es, die den Ruf nach einer strengeren Regulierung der Suizidbeihilfe in der Schweiz haben lauter werden lassen, wobei dem vom Sterbetourismus hauptsächlich betroffene Kanton Zürich eine Schlüsselrolle zukam. Noch stellt sich zwar der Bundesrat gegen eine solche Regelung, der Druck im Parlament nimmt aber stetig zu [23].

Bemerkenswerterweise ist fast unbestritten, dass eine solche Regulierung auf die Sterbehilfeorganisationen fokussieren soll, nämlich durch Einführung einer Registrierungs-, Bewilligungs- und Aufsichtspflicht. Damit könnte die Schweiz in absehbarer Zeit das erste Land der Erde werden, welches die Rolle von Nichtärzten in der Sterbehilfe in einem Gesetz explizit regelt, was gleichzeitig auch eine Form der Legitimierung dieser Rolle bedeutet. Ein solches Gesetz erscheint angesichts der gesellschaftlich doch weit etablierten Praxis der konsequente nächste Schritt. Sowenig aber das holländische Sterbehilfegesetz, das 2002 in Kraft getreten ist, Ruhe in die holländische Sterbehilfe-Debatte gebracht hat, so wenig wird das auch in der Schweiz durch ein solches Gesetz der Fall sein. Die Diskussion um den guten Tod des Menschen

in der postmodernen Gesellschaft und die adequate Rolle der Ärzteschaft dabei wird weitergehen, in den Ländern mit einer toleranten ebenso wie in denjenigen mit einer restriktiven Regulierung.

Literatur

- 1 Schwarzenegger C (Hrsg). Schweizerisches Strafgesetzbuch. 4. Auflage, Liberalis Verlag, Zürich, 2006.
- 2 Schöch H, Verrel T. Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). *Goltdammer's Archiv für Strafrecht (GA)* 2005;152:553-624.
- 3 Wernstedt T, Mohr M, Kettler D. Sterbehilfe in Europa. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel von zehn Ländern unter besonderer Berücksichtigung der Niederlande und Deutschlands. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2000;35:220-231.
- 4 Duncan DF, Nicholson T, Clifford P, Hawkins W, Petosa R. Harm reduction: an emerging new paradigm for drug education. *J Drug Educ* 1994;24:281-290.
- 5 Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet* 2006;367:1830–1834.
- 6 Battin M. *Ending life*. Oxford University Press, Oxford, 2005.
- 7 Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003;326:271-273.
- 8 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;132:527-534.
- 9 Ziegler SJ, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 2007;334:295-298.
- 10 Schwarzenegger C. Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben. In: Niggli M, Wiprächtiger H (Hrsg). *Basler Kommentar zum Strafgesetzbuch Art.111-401 StGB*. Verlag Helbing und Lichtenhahn, Basel, 2003, 1-69.
- 11 Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bär W. Assisted suicide bordering on active euthanasia. *Int J Legal Med* 2003;117:106-108.
- 12 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien*. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86:172-176.
- 13 Schweizerisches Bundesgericht. *Entscheide 2A.48/2006 und 2A.66/2006*.

- 14 Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362:345-350.
- 15 Baureitel U. Die Freitodhilfswilligen. *Die Wochenzeitung*, 7. Juni 2007, 23.
- 16 Anonymus. Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund? Stellungnahme des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements, Januar 2006.
- 17 Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly* 2003;133:310-317.
- 18 Bosshard G. Euthanasia and Law in Switzerland. In: Griffiths J, Weyers H, Adams M (Hrsg) *Euthanasia and the Law in Europe*. Hart Publishing, Oxford (im Druck, erscheint im September 2007).
- 19 Schöne-Seifert B. Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg). *Das medizinisch assistierte Sterben*. 2. Auflage, Universitätsverlag, Freiburg, 2000, 98-118.
- 20 Bosshard G, Bär W. Sterbeassistenz und die Rolle des Arztes. Überlegungen zur aktuellen Debatte um die Regelung von Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe in der Schweiz. *Aktuelle Juristische Praxis* 2002;11:407-413.
- 21 Bosshard G, Clark D, Gordijn B, Materstvedt LJ, Müller-Busch C. A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *J Med Ethics* (im Druck).
- 22 Appel JM. A suicide right for the mentally ill? A Swiss case opens a new debate. *Hastings Cent Rep* 2007;37:21-23.
- 23 Anonymus. Motion Stadler Hansruedi (Nr. 07.3163). Gesetzliche Grundlage für die Aufsicht über die Sterbehilfeorganisationen (Juni 2007).

Tabelle 1 Verantwortlichkeiten von Arzt, Sterbehilfeorganisation und anderen im Schweizer Modell der Suizidbeihilfe (Tabelle vereinfacht nach [9]).

Tätigkeit	Verantwortlichkeit		
	<i>Arzt</i>	<i>Sterbehilfe- Organisation</i>	<i>andere</i>
Erstkontakt, erste Beurteilung	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	

Tabelle 2 Gesetzliche und standesrechtliche Regulierung der Sterbehilfe in der Schweiz

Regulierung	Gilt für	Aussage*
Strafrecht (Art. 115 und 114)	Jedermann	- Selbstsüchtige Beihilfe zum Suizid ist strafbar. - Tötung auf Verlangen ist strafbar.
Betäubungsmittelgesetz (Art. 11)	Ärzterschaft	Ärzte haben sich bei der Verschreibung, der Abgabe oder dem Gebrauch von Medikamenten an die anerkannten Regeln der Medizinischen Praxis zu halten.
Gesundheitsrecht (Kantonal)	Ärzterschaft	Ärzte müssen ihren Beruf gemäss den anerkannten Regeln der Medizinischen Praxis ausüben.
Standesethische Richtlinien der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)	Ärzterschaft	Suizidbeihilfe nur am Lebensende; Behandlungsoptionen (palliative care) angeboten; Zweitmeinung betreffend Urteilsfähigkeit und Absenz von äusserem Druck.
* Alle diese Regulierungen verlangen implizit oder explizit, dass die um Sterbehilfe ersuchende Person urteilsfähig sein muss.		

Abbildung 1. Anzahl assistierte Suizide in der Schweiz seit 1990 (die mit * bezeichneten Organisationen leisten hauptsächlich bei aus dem Ausland eingereisten Personen Suizidbeihilfe)

