

Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz (Teil 2)

Welche Verantwortung tragen Politik und Gesetzgeber?

In spätestens 10 bis 15 Jahren werden in der Schweiz 5 Prozent aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen. Dies wären etwa 3600 Fälle pro Jahr. Die bisher eher passive Rolle von Staat und Gesetzgeber bei der Regelung des Phänomens Suizidhilfe ist angesichts dieser Entwicklung unseres Erachtens nicht mehr gerechtfertigt. Wir zeigen, dass eine Gesetzgebung zur Sterbehilfe nicht Einschränkung und staatliche Repression bedeutet, sondern dass der demokratische Prozess der Gesetzesentwicklung dem Staat erlaubt, Verantwortung dafür zu übernehmen, dass allen Bürgerinnen und Bürgern zur Suizidhilfe ein freier Zugang in gesicherter Qualität zur Verfügung steht. Zu klären wäre unter anderem, ob Suizidhilfe in Zukunft eine medizinische Intervention mit den entsprechenden Qualitätsansprüchen sein soll oder ob eine Demedikalisierung der bessere Weg ist.

Uwe Güth, Andres R. Schneeberger, Edouard Battegay

Mit der Auffassung, dass die Praxis des assistierten Suizids (AS) mit den bestehenden Regelungen im Strafgesetzbuch (Art. 111 ff. StGB), dem Heilmittel- beziehungsweise dem Betäubungsmittelgesetz und standesethischen Leitlinien ausreichend geregelt ist, hat der Bundesrat zuletzt im Jahr 2011 eine gesetzliche Regelung der organisierten Sterbehilfe zunächst fallengelassen (1). Zum damaligen Zeitpunkt war der AS in der Schweiz allerdings auch noch ein relativ neues und vergleichsweise seltenes Phänomen. Die zum Zeitpunkt der Vernehmlassung vorliegenden jährlichen Fallzahlen lagen zwischen 200 und 300. Der Anteil der AS an allen Todesfällen betrug weniger als 0,4 Prozent. Die standesethischen Leitlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hatten damals auch noch klar festgelegt, dass Sterbehilfe von der Ärzteschaft nur in Fällen erwogen werden durfte, in denen eine Krankheit vorlag, die in absehbarer Zeit auch zum natürlichen Tod geführt hätte (*terminal illness requirement*) (2). Der Gesetzgeber hat damals durchaus annehmen dürfen, dass ein Missbrauch der Sterbehilfe unter Beachtung der damaligen Leitlinien praktisch ausgeschlossen war. Man hat damals wohl auch annehmen dürfen, dass Sterbehilfe lediglich von einem kleinen Anteil einer gut

gebildeten urbanen Klientel überhaupt in Erwägung gezogen wurde (3). Man glaubte, darauf vertrauen zu können, dass diese wenigen Fälle von einer kleinen, in der Frage der Sterbehilfe progressiv eingestellten Gruppe der Ärzteschaft und den Sterbehilfeorganisationen in gediegener Diskretion «abgearbeitet» werden können, ohne dass weitere Regularien notwendig sind.¹

Mit der Perspektive, dass in wenigen Jahren in der Schweiz 5 Prozent aller Todesfälle mit AS erfolgen werden (4), ist eine derart beobachtende Haltung zu diesem Thema aber kaum noch angebracht. Die Politik beziehungsweise der Gesetzgeber kommt nicht umhin anzuerkennen, dass eine breite Mehrheit der Schweizer Bevölkerung Sterbehilfe als Option am Lebensende wünscht, die Autonomie am Lebensende von vielen sogar als «Menschenrecht» angesehen wird. In Anerkennung des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes der Sterbehilfe und angesichts der sich anbahnenden «5-Prozent-Situation» steht der Staat dann aber auch in der Pflicht, diese nicht nur wie bisher zu dulden, sondern Verantwortung zu übernehmen, Sorge zu tragen und sicherzustellen, dass allen Bürgerinnen und Bürgern dazu auch ein freier Zugang in gesicherter Qualität zur Verfügung steht.

¹ In Diskussionen wird heute noch immer darauf hingewiesen, dass die Tatsache, dass der Bundesrat im Jahr 2011 das Thema «organisierte Suizidhilfe» nicht weiter verfolgt hat, bedeutet, dass auch kein Regelungsbedarf erkannt wurde. Dem ist aber nicht so: «Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer bejahte [...] einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf Bundesebene» (1). Vielmehr zeigte sich, dass das in der Schweiz bei politischen Entscheidungen so oft funktionierende Konkordanzprinzip bei dem Thema Sterbehilfe eben nicht funktioniert hat. Zu unterschiedlich waren die Meinungspole zu diesem Thema (1): «Wie es bei Fragen um das Leben oft der Fall ist, wurden die Debatten sehr leidenschaftlich geführt, waren die Stossrichtungen und Meinungen in Politik und Zivilgesellschaft sehr unterschiedlich – um nicht zu sagen widersprüchlich – und die Bedenken zahlreich. [...] Es bestand aber kein Konsens darüber, wie dieses schwierige und heikle Problem zu lösen sei.»

Interessant auch: In der staatlichen Regelung des Themas wurde die Gefahr erkannt, damit auch den Sterbehilfeorganisationen zu viel Bedeutung und Einfluss zu geben (1): «Vielleicht könnten daraus einige Nachteile entstehen. So erhielten die Suizidhilfeorganisationen eine staatliche Legitimierung.» Wenn es tatsächlich die Intention des Bundesrates war, den Einfluss dieser Vereine kleinzuhalten, dann darf dies aus heutiger Sicht als krachend gescheitert beurteilt werden. Verglichen mit dem Jahr 2011 hat sich aktuell die Zahl der jährlichen Freitodbegleitungen verfünffacht, EXIT hat seine Mitgliederzahl von 58 000 auf 167 000 steigern können, und in der Alltagssprache hat sich «EXIT» als Synonym für Suizidhilfe etabliert (5).

Assistierter Suizid in der Schweiz: Definition und derzeitige gesetzliche Regelung

1. Beim assistierten Suizid (AS) verschreibt ein Arzt/eine Ärztin sterbewilligen Personen eine tödliche Substanz mit dem Ziel, diesen die Selbsttötung zu ermöglichen.
2. Als tödliche Substanz kommt in der Schweiz üblicherweise das Präparat Natrium-Pentobarbital (NaP) zum Einsatz. Dieses wird von den Sterbewilligen in den allermeisten Fällen per os eingenommen. In Einzelfällen können schluckunfähige Patienten sich die Substanz auch via intravenöse Infusion oder via Magensonde zuführen.
3. Entscheidend ist, dass die sterbewilligen Personen den letzten Akt der zum Tode führenden Handlung selbst ausführen.

Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB):

Nach dem 1942 in Kraft getretenen Artikel 115 ist eine Beihilfe zum Suizid nur dann rechtswidrig, wenn diese «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt (6).

Die direkte aktive Sterbehilfe ist nach Artikel 114 («Tötung auf Verlangen») eine Straftat. Die Strafbarkeit schliesst ausdrücklich auch die Fälle mit ein, wenn Sterbehilfe «aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid» und/oder auf «ernsthafte und eindringliches Verlangen» eines Menschen erfolgt (6).

In der Schweiz existiert keine spezielle gesetzliche Regelung zu den Indikationen und dem praktischen Ablauf eines AS.

Mit einem Verzicht auf eine verbindliche rechtliche Regelung steht die Schweiz im internationalen Vergleich allein da. Alle anderen Länder, in denen derzeit unterschiedliche Formen der Sterbehilfe straffrei geregelt sind, haben diese legalisiert, das heisst, es wurden Gesetze in einem demokratischen Prozess beraten und verabschiedet. Das entsprechende Gesetz trat dann jeweils ab einem definierten Zeitpunkt in Kraft (7–9). Interessanterweise wird eine gesetzliche Regelung oft als unnötige «staatlich-repressive Regulierungswut» diffamiert. Man kann das aber auch völlig anders betrachten, denn gerade in der Schweiz durchläuft eine neue Gesetzgebung einen bürgernahen demokratischen Prozess. Die Tatsache, dass dieser in der Schweiz bei der Suizidhilfe bisher ausgeblieben ist, bedeutet aber nichts anderes, als dass die derzeit bestehende Praxis hinsichtlich dieses hochrelevanten gesellschaftlichen Themas nicht demokratisch legitimiert ist. Und das in einem Land, in welchem die direkte Demokratie einen überragenden Stellenwert hat, einem Land, welches von vielen im Ausland gerade um diese basisdemokratische Kultur der Mitbestimmung beneidet wird. Die Forderung nach einer Gesetzgebung zum Thema Suizidhilfe sollte daher durchaus positiv bewertet werden, nämlich nicht als repressives und einschränkendes Kontrollinstrument, sondern als Auftrag der Gesellschaft an den Staat und seine Organe, in einem ethisch komplexen und emotional diskutierten Thema eine normative Grundlage zu schaffen und damit Verantwortung und Fürsorge für die Allgemeinheit zu übernehmen.

Aber braucht es gesetzliche Regelungen? Ein Bedarf wäre sicher dann gegeben, wenn in der Praxis der Sterbehilfe bei bestimmten Fallkonstellationen ein Missbrauchspotenzial bestünde. Wie vieles bei dem Thema Sterbehilfe hängt auch

die Frage eines potenziellen Missbrauchs von der subjektiven Haltung und Einstellung des Betrachters ab. Progressive Verfechter der Sterbehilfe können, solange ein eindeutiger und beständiger Sterbewunsch des um Suizidhilfe ersuchenden besteht, in keinem Fall ein Missbrauchspotenzial erkennen. Ob nämlich ein «unerträgliches Leiden», seit 2018 Hauptkriterium in den von der SAMW verabschiedeten medizinethischen Richtlinien zur Gewährung der Sterbehilfe (10), besteht, können nur die Betroffenen selbst entscheiden. Eine Beurteilung und Graduierung des Leidens durch Aussenstehende wird von vielen als unzulässige «pseudoobjektive» Wertung des subjektiv empfundenen Leidensdrucks gesehen. Konfliktpotenzial bestünde dann, wenn aus dieser Graduierung eine Restriktion des Zugangs zur Sterbehilfe abgeleitet würde.

Die seit vielen Jahren in der Schweiz praktizierte Ausweitung der symptomorientierten Indikationen zum AS hat dazu geführt, dass aktuell lediglich in etwa 50 Prozent der Fälle eine strenge Indikationsstellung im Sinne des *terminal illness requirement* erfüllt ist (11–13). Darin sehen selbst Befürworter der Sterbehilfe ein gewisses Missbrauchspotenzial. Könnte Sterbehilfe zum Beispiel auch eingefordert werden, wenn weder eine schwerwiegende Erkrankung noch ein substanzielles unerträgliches Leiden vorliegt? Dies betraf bisher nur Einzelfälle; als Beispiel wären die sogenannten Paarsuizide zu nennen. Sterbehilfe wurde dabei nicht nur bei dem einen Partner geleistet, der an einer schweren Erkrankung gelitten hat und bei dem die Indikation zum AS klar erfüllt war, sondern auch bei dem ansonsten gesunden Partner, der in der Erschütterung und Trauer über den nahen Verlust des langjährigen Lebenspartners lieber tot sein wollte, als ohne diesen weiter zu existieren.

Zum Teil liegt ein Missbrauchspotenzial des Systems AS aber auch in einem nur schwer zu klärenden Graubereich. Liegt in Fällen, in denen Ärzte bei Erkrankungen, die sie aus ihrem angestammten Fachgebiet heraus nur unzureichend beurteilen können und trotzdem das Rezept für Natrium-Pentobarbital (NaP) ausstellen, ein Missbrauch der Sterbehilfe vor? Dieser wäre wohl gegeben, wenn die Ärzte ihre Wissensdefizite kennen und den Patienten dennoch die Assistenz beim Suizid anbieten. Wenn sie aber die Situation grundsätzlich falsch einschätzen und zum Beispiel eine vorliegende psychiatrische Erkrankung nicht erkennen, erfüllt dieses zwar nicht das Kriterium eines Missbrauchs, ein «Schwachpunkt im System» ist es aber allemal.

Die meiste Erfahrung in der neutralen Überprüfung der den AS zugrunde liegenden Indikationen haben in der Schweiz sicher die rechtsmedizinischen Institutionen und der amtsärztliche Dienst. Da bei einem AS ein «aussergewöhnlicher Todesfall» vorliegt, sind diese zu einer Legalinspektion der verstorbenen Person verpflichtet (14). Die Daten zur Todesursache für die Todesursachenstatistiken des Bundesamtes für Statistik stammen aus den Angaben, welche die den Todesfall untersuchenden Ärzte in den Sterbeurkunden hinterlegt haben (8, 14, 15). Bei AS liegt in nahezu allen Fällen ein Bericht der Kollegen vor, die den Sterbewilligen das tödliche Medikament rezeptiert haben. In diesem Bericht werden die relevanten Inhalte der Konsultationen und Beratungsgespräche festgehalten. Dokumentiert ist neben der dem Sterbewunsch zugrunde liegenden Erkrankung beziehungsweise Situation

auch eine Einschätzung über die vorhandene Urteilsfähigkeit der um Suizidhilfe ersuchenden Person sowie die Feststellung, dass der Wunsch zu sterben wohlervogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden ist. Professor Christine Bartsch, die langjährige Abteilungsleiterin Forensische Medizin und Bildgebung am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich hat 2015 auf Einladung des Erstautors (U.G.) an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie praktische Erfahrungen bei der Aufarbeitung dieser schriftlichen Dokumente berichtet und darauf hingewiesen, dass diese nicht selten Widersprüche hinsichtlich Kommunikationsfähigkeiten und Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen aufwiesen. In anderen Fällen bestanden Zweifel an der Seriosität der Indikationsstellung («Frau mit langjähriger Migräne, lehnte jegliche Therapie ab»; «Frau mit der Angabe unerträglicher Schmerzen infolge eines Herpes zoster, Schmerzmedikamente wurden von Patientin abgelehnt, 4 Wochen nach Krankheitsbeginn erfolgte der AS»). In Einzelfällen wurden den Sterbewünschen zugrunde liegende Diagnosen aufgeführt, die in der medizinischen Nomenklatur unbekannt sind (16).

Wenn man in der Praxis der Suizidhilfe ein Missbrauchspotenzial erkennt, und dies lässt sich für die Zukunft bei mehr als 3500 Fällen pro Jahr wohl kaum ausschliessen, stellt sich die Frage, ab welcher Anzahl von Fällen der Gesetzgeber in der Schweiz die Notwendigkeit sähe, den Zugang zum AS gesetzlich zu regulieren, auch um Menschen vor sich selbst zu schützen und zu gewährleisten, dass im Extremfall Sterbehilfe nicht aus einer Laune heraus eingefordert werden kann.

Gesetzgebung zur Suizidhilfe: Verantwortung übernehmen und freien Zugang in gesicherter Qualität sicherstellen

Freier Zugang in gesicherter Qualität

Mit einer deutlichen Ausweitung der Fallzahlen des AS in der Schweiz stellt sich auch die Frage der praktischen Umsetzung. Diese liegt derzeit weitgehend in den Händen von in Vereinsform agierenden Sterbehilfeorganisationen. Hieraus ergeben sich mehrere Fragen:

- ▲ Sind diese Vereine langfristig in der Lage, die wachsende Zahl an Sterbewilligen zeitgerecht zu betreuen? (17)
- ▲ Bieten alle Vereine ihre Leistungen in gesicherter Qualität an?
- ▲ Ist die Sterbehilfe überhaupt in den Händen von Vereinen adäquat aufgehoben?
- ▲ Ist es angebracht, dass der Zugang zum AS über Mitgliedsbeiträge an diese Vereine erfolgt?

Um diese Fragen zu beantworten, müssen wir zunächst definieren, ob die Betreuung Sterbewilliger und die Begleitung des Suizidaktes als medizinische Intervention gelten sollte. Wenn wir dies bejahen, dann müssen wir an die Sterbehilfe beziehungsweise an die Betreuung Sterbewilliger auch gewisse Qualitätsmassstäbe anlegen. Die Schweizer Behörden haben aus gutem Grund für medizinisches Personal und Institutionen bindend zu erfüllende Ausbildungs- und Qualitätskriterien definiert. Die Schweizer Bevölkerung kann darauf vertrauen, dass in medizinischen Institutionen jeglicher Art Ärzte, Therapeuten und Pflegenden mit einer erstklassigen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie langjähriger Erfahrung für sie tätig sind. Auch die Institutionen selbst, vor allem

Arztpraxen und Spitäler, sind hinsichtlich Ausstattung und Infrastruktur strengen Regeln unterworfen. Anders sieht es aber derzeit bei den Sterbehilfevereinen aus. Die Gründung eines Vereins steht jedermann offen. Eine neue Sterbehilfeorganisation muss nämlich nicht nachweisen, dass diejenigen, die bei ihnen Suizidhilfe leisten, das auch können, dass sie über nennenswerte Erfahrungen in diesem Bereich verfügen. Sie wäre, als Verein organisiert, lediglich ihren eigenen Statuten verpflichtet und agiert von Anfang an ohne behördliche Genehmigung und damit praktisch auch ohne externe Qualitätskontrolle.

Unzweifelhaft agiert die grösste Organisation EXIT inzwischen auf einem hohen Qualitätsniveau und mit jahrzehntelanger Erfahrung. Man kann davon ausgehen, dass ihre Sterbehelfer ihre Tätigkeiten mit Seriosität und Verantwortungsbewusstsein ausüben. Wie sie an diese Tätigkeit herangeführt werden und was sie genau machen, liegt allerdings komplett in den Händen der Organisationen selbst. Ein strukturiertes und behördlich anerkanntes Curriculum, gegebenenfalls dann auch mit dem Erwerb eines eidgenössischen Fachausweises, existiert in der Schweiz bisher nicht. Eine selbstdefinierte Home-made-Ausbildung für Praktizierende, wie es bei den Sterbehilfeorganisationen Usus ist, würde in anderen Schweizer medizinischen Institutionen so nicht akzeptiert, weder von den Behörden noch von der Bevölkerung. Es erscheint daher doch eher befremdlich, dass ein Land wie die Schweiz, welches an ihre medizinischen Leistungserbringer ansonsten höchste fachliche Anforderungen stellt, in einem so sensiblen Bereich wie der Sterbehilfe bisher darauf verzichtet.

Freier Zugang – der finanzielle Aspekt

Kritiker der Sterbehilfe in der jetzigen Form bezeichnen diese unter anderem als «Businessmodell mit eingespielten Abläufen», «Geschäftsmodell Sterben», «Sterbeindustrie» und «Todesmarkt» (18); auch verweisen sie auf den Widerspruch, dass autonomes Selbstbestimmungsrecht von den Sterbewilligen in der Regel nur dann umgesetzt werden kann, wenn sich diese inklusive der Zahlung eines Mitgliederbeitrags einem Verein anschliessen, sie sich vor ihrem Freitod also zunächst eine Art Eintrittskarte dazu sichern müssen. Wie hoch die Mitgliederbeiträge sind, können Vereine selbst festlegen, dabei haben sie erheblichen Spielraum. Der Zürcher Regierungsrat hat 2009 in der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage erklärt, dass die Kosten für eine Freitodbegleitung durchaus bis zu 10 000 Franken betragen können, ohne dass dabei eigennützige Motive unterstellt werden sollten (19). Der Zusatz der eigennützigen Motivation ist von daher relevant, weil nach Artikel 115 StGB die Beihilfe zum Suizid dann rechtswidrig ist, wenn diese «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt (6). Es wäre wohl naiv zu glauben, dass man mit dem Produkt Sterbehilfe kein Geld verdienen kann; dies darf auch kritisch hinterfragt werden (siehe Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung [NZZ] vom 07.05.2019: «Der Verein EXIT hat ein Millionenvermögen angehäuft. Was macht eine Sterbehilfeorganisation mit so viel Geld?», Artikel der Aargauer Zeitung vom 17.05.2010: «Dignitas-Mitglied: Mehrere 100 000 Franken für Freitod bezahlt», Artikel vom Schweizer Radio und Fernsehen (SRF) vom 01.06.2018: «Dignitas-Chef freigesprochen – Ludwig A. Minelli hat sich

nicht mit Sterbehilfe bereichert»). In einem «Dignitas-Fall» ging es unter anderem um die Frage, ob die Annahme einer Spende von 100 000 Franken von einer sterbewilligen Frau den Tatbestand «der Beihilfe zum Selbstmord aus selbstsüchtigen Gründen und Wucher» erfüllt. Die Anklage wurde unter anderem deswegen vom Gericht fallengelassen, weil Dignitas-Chef Ludwig Minelli geltend machen konnte, dass die Annahme auch hoher Geldsummen zur Querfinanzierung anderer Vereinstätigkeiten gerechtfertigt sei. Die Tatsache, dass Minelli sich selbst ein Jahreshonorar von 130 000 Franken auszahlt, wurde vom Gericht als verhältnismässig beurteilt (20–24).

Dass in der Praxis der Suizidhilfe private Geldflüsse Sterbewilliger an die Vereine die Regel sind, könnte unzweifelhaft falsche Anreize zu Gründung und Betreiben einer Sterbehilfeorganisation implizieren. Das sich daraus ergebende Missbrauchspotenzial ist aber nicht der einzige Schwachpunkt in der Organisationsform Suizidhilfe in Vereinshand. In einem expandierenden Markt birgt diese nämlich noch eine weitere Gefahr: Die etablierten Organisationen haben kein Monopol auf die Betreuung Sterbewilliger. Sollten diese in Zukunft bei steigenden Fallzahlen den Andrang der Patienten nicht mehr bewältigen, werden wahrscheinlich rasch neue Vereine gegründet werden, möglicherweise aus ideellen Gründen, möglicherweise aber auch mit der Intention, an eben diesem wachsenden Markt auch finanziell teilzuhaben. Abschliessend bleibt die Frage im Raum, ob Sterbehilfeorganisationen, in Vereinsform geführt, in der Lage sind, auch in Zukunft allen Schweizer Bürgern Zugang zur Sterbehilfe in gesicherter Qualität zu gewährleisten. Was passiert, wenn diese Vereine an ihre Kapazitätsgrenzen stossen? Müssen sich Sterbewillige in Zukunft dann auf Wartelisten setzen lassen (17)?

Überlegungen zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe: Demedikalisierung vs. Anerkennung als medizinische Intervention

Bei einer gesetzlichen Regelung der Suizidhilfe würde es in der Schweiz primär nicht darum gehen, «die Uhr zurückzudrehen» und diese in ihrer jetzigen Form und Praxis massiv einzuschränken. Eine entsprechende Initiative oder ein Referendum würden sicher auch wenig Aussicht auf Erfolg haben. Bereits im Mai 2011 wurde im Kanton Zürich ein Referendum mit dem Ziel, der organisierten Sterbehilfe ein Ende zu setzen («Stopp der Suizidbeihilfe!»), mit 84 Prozent der Stimmen abgelehnt (25) – ein klares Votum in einer direkten Demokratie. Seitdem dürfte die Akzeptanz der Sterbehilfe in der Schweizer Bevölkerung nicht gesunken sein.

Es wäre aber sicher lohnend, in einem demokratischen Prozess den rechtlichen Grundlagen der bisherigen Praxis einen «Feinschliff» zu verpassen, der den Wünschen und Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Ein zentraler Ausgangs-

punkt des Diskurses wäre dabei wohl die Frage, ob Suizidhilfe nur Menschen mit einem substanziellen und medizinisch objektivierbaren Leiden gewährt werden sollte oder ob diese im Einzelfall auch von gesunden Menschen eingefordert werden könnte.

Die aktuelle Leitlinie der SAMW zu «Umgang mit Sterben und Tod» setzt hier bisher eine klare und eindeutig formulierte rote Linie («Ethisch nicht vertretbar im Sinn dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen.») (26). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte teilt diese Auffassung dagegen nicht. Die Richter interpretieren Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention dahingehend, dass der urteilsfähige Einzelne ein Recht hat, über die Art und den Zeitpunkt des eigenen Lebensendes frei zu entscheiden, und dies unabhängig von Kriterien wie Alter und Gesundheitszustand – zumindest stellen diese juristisch erst einmal keine einschränkenden Faktoren dar (27).

Wenn weite Teile der Schweizer Bevölkerung grundsätzlich akzeptieren, dass auch an sich gesunde Personen Suizidhilfe erhalten können, und dafür gibt es durchaus Hinweise², stellt sich aber die Frage, ob die Verschreibung eines potenziell tödlichen Medikaments für Gesunde eine ärztliche Aufgabe sein kann. Nach Auffassung des Schweizerischen Bundesgerichts kann das Ausstellen eines Rezepts für NaP an Menschen mit schweren Erkrankungen und funktionellen Einbussen noch im «weitesten Sinne» als ärztliche Tätigkeit angesehen werden, da ein therapeutischer Zweck in der «Verkürzung von krankheitsbedingtem Leiden» liegen könnte (28). Die Verschreibung eines tödlichen Medikaments an Gesunde hat dagegen aber, auch unter Ausschöpfung breiter Interpretationsspielräume, keinen therapeutischen Zweck. Folgerichtig kann dies auch keine ärztliche Aufgabe sein. Ausgehend von dieser Überlegung ergibt sich dann aber die Frage, ob Suizidhilfe nicht ohnehin demedikalisiert werden sollte. Mit dieser Frage ergeben sich dann weitere Detailfragen, welche nicht nur in einem gesellschaftlichen Diskurs erörtert werden sollten; diese könnten und müssten wohl auch Gegenstand gesetzlicher Regelungen sein.

Eine Demedikalisierung der Sterbehilfe würde wohl weiterhin das Prinzip «Suizidhilfe in Vereinshand» bedeuten. Ein Vorteil darin ist sicher das Beibehalten etablierter Abläufe. Zu den potenziellen Nachteilen dieser Organisationsform haben wir im letzten Kapitel ausführlich Stellung genommen. Nicht ganz einfach ist die Frage zu beantworten, ob eine Organisationsform, welche zu Beginn der Suizidhilfe in den 1980er- und 1990er-Jahren sicher eine gewisse Berechtigung hatte, auch eine zukunftsfähige Option darstellt. Gibt es eine kritische Anzahl von Fällen pro Jahr, bei der das Prinzip «Suizidhilfe in Vereinshand» an seine Grenzen stösst? Und wie hoch wäre eine solche jährliche Fallzahl – läge sie bei 2000, 3000 oder 4000 Fällen?

² Das Theaterstück «Gott» von Ferdinand von Schirach thematisiert genau diese Fragestellung (29). Ein 78-jähriger, ansonsten gesunder Mann sieht nach dem Tod seiner Frau vor drei Jahren keinen Lebenssinn mehr. Er bittet eine Ärztin seines Vertrauens um die Ausstellung eines Rezeptes für NaP, damit er sich damit das Leben nehmen kann. Ein fiktionaler Ethikrat berät diesen Fall. Im Anschluss an das Stück wird das Publikum zu einem Voting aufgerufen, um folgende Frage zu beantworten: «Soll Herr Gärtner das tödliche Medikament bekommen?»

Am 23. November 2020 wurde das Theaterstück als Fernsehfilm im deutschen und schweizerischen Fernsehen gezeigt. In Deutschland beteiligten sich 546 000 Zuschauer am Voting, 70,8 Prozent stimmten für die Medikamentenabgabe (30); in der Schweiz stimmten 67,5 Prozent für ein Ja der Freitodunterstützung (31). Zum Zeitpunkt September 2024 wurde das Stück in 470 Aufführungen an 23 deutschsprachigen Bühnen gezeigt. Auch hier gab es nach den Aufführungen Abstimmungen; der durchschnittliche Prozentsatz der Ja-Stimmen fiel mit 61,7 Prozent etwas geringer aus als der des Fernsehpublikums (32).

Aspekte der Demedikalisierung der Suizidhilfe

Ist eine Demedikalisierung der Suizidhilfe ein gangbarer Weg?

Wenn die Motivation der Sterbewilligen, unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung, das entscheidende Kriterium für eine Suizidhilfe ist, stellt sich die Frage, ob es im Beratungsprozess überhaupt noch Ärzte braucht. Die notwendige Prüfung der Urteilsfähigkeit der Antragsteller auf Suizidhilfe könnte auch von anderen Berufsgruppen, z. B. von Juristen, Psychologen oder Psychotherapeuten, übernommen werden.

Weiterführende Erläuterung hinsichtlich Motivation als entscheidendes Kriterium zur Suizidhilfe: Ein typisches Beispiel, bei dem auch Kritiker der Sterbehilfe eine solche befürworten, ist der assistierte Suizid (AS) im Spätstadium einer Krebserkrankung, wenn die Patienten mit den körperlichen Symptomen der Erkrankung sowie der Gewissheit eines baldigen Todes konfrontiert sind.

Demedikalisierung der Suizidhilfe

Die Mitwirkung der Ärzteschaft an der Suizidhilfe ist derzeit noch notwendig, da die Verschreibung des in der Schweiz im Sterbeprozess eingesetzten Präparats Natrium-Pentobarbital (NaP) dem Heilmittelgesetz (HMG) unterliegt.

Es stellt sich aber grundsätzlich die Frage, ob ein Präparat, welches seit Jahrzehnten nicht mehr therapeutisch eingesetzt, sondern ausschliesslich für gezielte Tötungen verwendet wird – vor allem in der Veterinärmedizin, beim Menschen für den AS –, überhaupt als Heilmittel (sic!) bezeichnet werden und damit auch die Abgabe des Präparates unter das HMG fallen sollte.

Weiterführende Erläuterungen: Die Eigenschaft, dass die Substanz in geeigneter Dosierung letal wirkt, kann hier nicht unbedingt als Grund herangezogen werden. Potenziell tödlich sind viele Agenzien; diese sind zum Teil völlig frei erhältlich, nicht nur in Apotheken, auch im Einzelhandel, z. B. in der DIY (Do-it-yourself)-Branche (diese schliesst neben Bau- und Heimwerkermärkten auch Gartencenter und Baustoffhändler mit ein).

Bundesgerichtsentscheide: Fällt die Abgabe von NaP mit dem Ziel der Suizidhilfe unter das HMG beziehungsweise das Betäubungsmittelgesetz (BetmG)? (28, 34)

Im April 2017 nahm sich eine 86-jährige, so weit gesunde Frau zusammen mit ihrem schwerkranken Ehemann mittels ihr von einem Konsiliararzt von EXIT rezeptierten NaP das Leben. Das Polizeigericht des Kantons Genf verurteilte den Arzt im Oktober 2019 wegen Verstosses gegen das HMG zu einer Geldstrafe von 120 Tagessätzen und zu einer Busse von 2400 Franken. Das Genfer Kantonsgericht bestätigte den Entscheid 2020 mit der Begründung, der Arzt habe mit der Abgabe von NaP an eine gesunde Person gegen ärztliche Richtlinien verstossen und damit auch seine ärztlichen Sorgfaltspflichten verletzt.

Das Bundesgericht hob das Urteil im Dezember 2021 aber wieder auf. Das Gericht konnte in der Verschreibung von NaP an eine gesunde Person kein strafbares Vergehen im Hinblick auf einen Ver-

stoss gegen das HMG (Artikel 26 und 86) erkennen. Begründet wurde diese Auffassung damit, dass Betäubungsmittel wie NaP nur dann unter das HMG fallen, wenn dieses auch therapeutisch, also als Heilmittel verwendet wird. Bei der Verschreibung des Präparats bei Gesunden liegt aber klar keinerlei medizinische Indikation vor. Damit ist aber auch eine Verurteilung auf der Basis des HMG nicht möglich (28). Im März 2024 hatte sich das Bundesgericht dann erneut mit dem Fall zu beschäftigen. Verhandelt wurde, ob der Arzt im Frühjahr 2019 mit der Verschreibung von NaP gegen das BetmG verstossen habe. Das Gericht konnte auch hier keinen Verstoss erkennen. Begründet wurde dies mit der Auffassung, dass das BetmG darauf abziele, die Abgabe von Betäubungsmitteln zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken zu regeln und die Betäubungsmittelabhängigkeit zu bekämpfen. Da die ärztliche Abgabe von NaP an eine gesunde Person aber nicht medizinisch indiziert sei und damit auch keinen therapeutischen Zweck verfolge, könne auch kein Verstoss gegen das BetmG vorliegen. In ihrem Urteil erklärte das Bundesgericht, dass die Fragen, die sich im vorliegenden Fall stellen, von ethischer und moralischer Natur seien, und verwies darauf, dass es nicht die Aufgabe der Strafjustiz sei, hier eine extensive Auslegung der geltenden Gesetzestexte vorzunehmen. Damit wurde deutlich, dass für die Ausstellung eines ärztlichen Rezepts beziehungsweise für die Abgabe von tödlichen Medikamenten, insbesondere bei Menschen, die nicht an einer schweren Krankheit oder unzumutbaren funktionellen Einschränkungen leiden, in der Schweiz keine Rechtsklarheit besteht. **Das Bundesgericht hat daher an den Gesetzgeber appelliert, hier verbindliche formelle gesetzliche Grundlagen zu schaffen (34).**

Eine Demedikalisierung der Suizidhilfe ist übrigens keine neue Idee. EXIT hat das Konzept der «Entmedikalisierung» im Rahmen ihrer Initiative zur «Liberalisierung des Altersfreitods» viele Jahre lang als wünschenswerten Weg formuliert («Die Abgabe des Sterbemittels ohne ärztliches Rezept bleibt ein Fernziel.») (35, 36).

Für den Fall einer Demedikalisierung der Suizidhilfe und eines Ausschlusses von NaP aus dem Geltungsbereich des HMG und des BetmG: Wer kontrolliert die Abgabe von Präparaten, die in so hohen Dosen abgefüllt werden, dass sie Menschen sicher und zuverlässig töten?

Welche Präparate oder Hilfsmittel werden für Suizidhilfe zugelassen?

Weiterführende Erläuterung: Im Juli 2024 wurde in der Schweiz von den Initianten der «Sterbehilfekapsel» Sarco diese einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt (37–39). Der Sterbewillige legt sich in die Kapsel, die sich schliesst. Auf Knopfdruck füllt sich die Kapsel dann mit Stickstoff, der Tod tritt wenige Minuten später «friedlich oder gar leicht euphorisiert» (37) durch eine Stickstoffhypoxie ein. In einer Pressekonferenz wurde der erste Einsatz der Kapsel in der Schweiz noch für das Jahr 2024 angekündigt.

Rasch waren die Kantone alarmiert und haben ein Verbot von Sarco angekündigt. Wie genau sie dieses aber durchsetzen wollen, bleibt offen. Weder mit der Kapsel noch mit Stickstoff liegen Medizinprodukte vor, deren Nutzung zum Beispiel von Swissmedic zulassungspflichtig sind. Stickstoff ist frei verkäuflich; es handelt sich also auch nicht um ein durch das HMG reguliertes Medikament.

Weiterführende Erläuterung: Es liegt auf der Hand, dass dafür entsprechende «Gatekeeper» ernannt werden müssten, welche diese Aufgabe verantwortungsbewusst und professionell wahrnehmen.

Am 23.09.2024 erfolgte im Kanton Schaffhausen der erste AS mit Sarco. Gleichentags, wenige Stunden vor dem Suizid, hat Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider im Nationalratssaal in Bern erklärt, der Einsatz von Sarco sei «zweifach nicht rechtskonform» und die Kapsel dürfe «nicht in Verkehr gebracht werden» (40, 41).

Dass sich die Sarco-Initianten – Erfinder des Prinzips ist ein australischer Arzt – für ihre PR-Offensive die Schweiz ausgesucht haben, ist kein Zufall und liegt auf der Hand: Die liberale Rechtslage des Landes stellt ihnen kaum Hürden bei der Verwendung der Kapsel entgegen. Es ist für die Zukunft bei einem international zu erwartenden expandierenden «Todesmarkt» (18) kaum abzusehen, mit welcher Kreativität weitere Hilfsmittel zur Sterbehilfe entwickelt werden. Wo diese erstmals zur Anwendung kommen werden, allerdings schon. Auch mit dieser Perspektive erscheint eine verbindliche gesetzliche Regelung der Suizidhilfe für die Schweiz als ein notwendiges Steuerungsinstrument.

Sterbehilfe als medizinische Intervention

Ausgehend von der Frage, was das Konzept der Demedikalisierung des AS für die zukünftige Praxis der Suizidhilfe bedeuten könnte, würde in einer ergebnisoffenen geführten Debatte aber auch der entgegengesetzte Ansatz diskutiert werden müssen.

AS heisst in der Schweiz nicht nur, dass Ärzte und Ärztinnen den Entscheidungsprozess der Sterbewilligen begleiten; ihre Rolle liegt im Wesentlichen in der Verschreibung des potenziell tödlichen Präparats NaP. Beim Suizidakt selbst sind sie selten zugegen. Viel wichtiger beim Schweizer System der Suizidhilfe sind die Mitarbeitenden der Sterbehilfeorganisationen. Diese sind es, welche die Sterbewilligen und ihre Familien im Entscheidungsprozess betreuen und beraten; auch der Suizidakt selbst wird üblicherweise von ihnen begleitet. Ohne Frage verlangt diese anspruchsvolle und fordernde Tätigkeit von denen, die sie leisten, ein hohes Mass an medizinisch-fachlichen Kenntnissen. Fast noch wichtiger ist aber ein Höchstmass an durch Lebenserfahrung erworbener charakterlicher Reife.

Wir hatten oben bereits dargelegt, dass es nicht ganz einfach ist, prospektiv festzulegen, ab welcher kritischen Fallzahl pro Jahr eine institutionalisierte Organisationsform das Prinzip «Sterbehilfe in Vereinshand» ablösen sollte. Da aber zu erwarten ist, dass Sterbehilfe in Zukunft fester Bestandteil der Sterbekultur dieses Landes sein wird, wird ein Umsetzen des Prinzips «Sterbehilfe als medizinische Intervention» früher oder später unvermeidlich sein.

«Erheben» wir die Suizidhilfe in den Status einer medizinischen Intervention?

Weiterführende Erläuterung: Dieser Ansatz hätte unzweifelhaft positive Implikationen. Dann müssten, ähnlich wie bei anderen medizinischen Interventionen in der Schweiz, Ärzte und Pflegende, welche in der Betreuung Sterbewilliger und ihrer Familien involviert sind, auch nachweisen, dass ihre Tätigkeiten **definierte Qualitätskriterien** erfüllen. Dies könnte durch entsprechende Ausbildungscurricula gewährleistet werden. Ähnlich Spitälern und Arztpraxen müssten dann auch die Institutionen, welche Beihilfe zum Suizid anbieten, bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.

Sterbewillige müssten die finanzielle Abwicklung der Suizidhilfe dann auch nicht mehr durch private Spenden, Legate oder Mitgliederbeiträge leisten. Suizidhilfe wäre dann eine **finanziell transparente krankenkassenpflichtige Leistung** in Anerkennung der Tatsache, dass Sterbehilfe, im engsten Sinne der Definition, auch eine medizinische Intervention darstellt.

Nachteil dieses Ansatzes ist, dass der Staat/die Kantone die Betreuungsstrukturen, welche wohl am ehesten in Form ambulanter «End-of-life-care»-Einheiten organisiert wären, erst noch begründen müssten. Auch die finanzielle Ausstattung dieser Stationen müsste staatlich/kantonal gesichert sein.

Eine weitere, die Praxis der Sterbehilfe fundamental ändernde Frage würde ebenfalls eine stärkere Medikalisierung nach sich ziehen. Vor allem würde sie die Politik beziehungsweise den Gesetzgeber unweigerlich auf den Plan rufen; dafür müsste nämlich ein bestehendes Gesetz (StGB Artikel 114) aufgehoben werden.

Sollte die Suizidhilfe, wie bisher, lediglich in Form des AS möglich sein, oder sollte den Sterbewilligen auch die Möglichkeit der sogenannten aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) offen stehen?

Weiterführende Erläuterungen: Bei der aktiven Sterbehilfe wird das zum Tod führende Medikament nicht durch den Sterbewilligen selbst eingenommen, sondern durch eine aussenstehende Person, üblicherweise einen Arzt/eine Ärztin oder eine Pflegefachkraft, meistens in Form einer Infusion, verabreicht.

Eine Ausweitung der Praxis der Suizidhilfe mit einer Legalisierung auch der aktiven Sterbehilfe stellt im internationalen Kontext noch nicht einmal einen aussergewöhnlich progressiven Schritt dar. Von den 11 Staaten, welche bisher weltweit bestimmte Formen der Sterbehilfe legalisiert haben, haben 8 Länder (Neuseeland, Australien, Kolumbien, Kanada, Niederlande, Belgien, Luxemburg und Spanien) auch die aktive Sterbehilfe zugelassen (7, 8, 42). Lediglich 3 Länder (11 US-Bundesstaaten, Österreich, Portugal) beschränken die Sterbehilfe auf den AS.

Die Möglichkeit, auch die Option der aktiven Sterbehilfe wählen zu können, scheint auch dem Bedürfnis vieler Sterbewilligen zu entsprechen. In den Niederlanden haben im Jahr 2023 lediglich in 2,3 Prozent der Fälle ($n = 208$) Sterbewillige den AS gewählt; die weit überwiegende Mehrzahl ($n = 8860$) hat sich gewünscht, dass medizinisches Fachpersonal die zum Tod führende Infusion appliziert (43). In Kanada fällt das Votum der Sterbewilligen noch deutlicher aus: Bei insgesamt 13 241 Fällen von MAID (*medical aid in dying*) haben im Jahr 2022 lediglich 7 Menschen einen *self-administered MAID* gewählt (44).

Wir haben oben darauf hingewiesen, dass die Praxis der Suizidhilfe in der Schweiz bisher (erstaunlicherweise) nicht demokratisch legitimiert ist. Das mag daran liegen, dass das kontroverse Thema Sterbehilfe für Politiker wenig attraktiv zu sein scheint. Zu gross ist wohl die Angst, sich bei einem überparteilich umstrittenen Thema zwischen widerstreitenden Interessen aufzureiben («Man kann damit nichts gewinnen»), und die Behörden scheinen, wie der Tages-Anzeiger im September 2024 schrieb, «schlicht keine Lust» auf das kontroverse Thema zu haben (45).

In Anerkennung der Erfahrungen, welche die Länder gemacht haben, welche beiden Formen der Sterbehilfe, den AS und die Tötung auf Verlangen, legalisiert haben, ist es aber eine durchaus legitime Frage, ob nicht ein Referendum angestrebt werden sollte, in welchem das Volk darüber entscheidet, welche Form der Sterbehilfe in der Schweiz möglich sein soll. In diesem Zusammenhang erscheint die Ansicht von Juristen, welche die Auffassung vertreten, dass die bisherige gesetzliche Regelung der Freitodbegleitung «vollständig, ausgewogen und ausreichend» (46) ist, als rückwärtsgewandt (sie entspricht einer Suizidhilfesituation, wie wir sie in der Schweiz vor 15 bis 20 Jahren noch vorgefunden haben), paternalistisch und, durch die Weigerung, einen Gesetzgebungsprozess zuzulassen, letztlich auch im Kern undemokratisch. ▲

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Uwe Güth
Brust-Zentrum Zürich
Medizinische Fakultät, Universität Basel
E-Mail: uwe.gueth@unibas.ch

Prof. Dr. med. Andres R. Schneeberger
University of California San Diego, Department of Psychiatry
San Diego, USA

Prof. Dr. med. Edouard Battégay
International Center for Multimorbidity and Complexity in
Medicine (ICMC)
Merian Iselin Klinik Basel und
Universität Zürich, Healthy Longevity Center

Interessenlage:

Die Autoren bestätigen, dass kein Interessenkonflikt besteht. Keiner der Autoren ist Mitglied in einer der Schweizer Sterbehilfeorganisationen.

Literatur:

- Schweizerische Eidgenossenschaft – Der Bundesrat: Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bericht des Bundesrates (Bern, 07.06.2011); <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/78469.pdf>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (November 2004, aktualisiert 2012); www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Richtlinien-Archiv.html; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Steck N et al.: Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):614-622.
- Güth U et al.: Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz (Teil 1): Stellen wir uns darauf ein, dass in naher Zukunft 5 Prozent aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen. *Ars Medici.* 2024;22:527-529.
- Güth U: EXIT muss die Akzeptanz der Sterbehilfe nicht mehr steigern, dieser Kampf ist längst gewonnen. EXIT – Deutsche Schweiz, Mitglieder-Magazin, Februar 2014; <https://www.exit.ch/mitgliedschaft/mitglieder-magazin/>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Schweizerische Eidgenossenschaft: Schweizerisches Strafgesetzbuch, Inkrafttreten: 01.01.1942; https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Mroz S et al.: Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med.* 2021;10:3540-3553.
- Güth U et al.: Der assistierte Suizid in der Schweiz, ein Modell in der internationalen Diskussion zum Thema «Assisted dying»: Rahmenbedingungen und Langzeitentwicklung eines neuen gesellschaftlichen und medizinischen Phänomens. *Dtsch Med Wochenschr.* 2024;149:1227-1236.
- Wikipedia: Sterbehilfe; <https://de.wikipedia.org/wiki/Sterbehilfe>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Umgang mit Sterben und Tod (Mai 2018); www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Richtlinien-Archiv.html; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Güth U et al.: Long-term experience on assisted suicide in Switzerland: dementia, mental disorders, age-related polymorbidity and the slippery slope argument. *Public Health.* 2023;223:249-256.
- Güth U et al.: ICD-based cause of death statistics fail to provide reliable data for Medical Aid in Dying. *Int J Public Health.* 2023;68:1606260.
- Güth U et al.: Der assistierte Suizid in der Schweiz (Teil 1): Medizinethische Kontroversen und das Dilemma des Zauberberlehrlings. *Praxis (Bern)* 2024;113:230-235.
- Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Statistik: Statistik der Todesursachen und Totgeburten (eCOD) (23.05.2023); <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ecod.assetdetail.25565053.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Güth U et al.: Der assistierte Suizid in der Schweiz (Teil 2): Der «unsichtbare» Alterssuizid. *Praxis (Bern)* 2024; Publikation vorgesehen im November 2024.
- Bartsch C: Umgang mit dem Wunsch nach Sterbehilfe – die Situation in der Schweiz (25.06.2015); <https://2015.senologiekongress.de/de/Home/Downloads.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
- Widmer S: Wartelisten bei der Sterbehilfe. *Tages-Anzeiger*, 09.12.2018; <https://www.tagesanzeiger.ch/wartelisten-bei-der-sterbehilfe-528790614517>; letzter Zugriff: 12.09.2024.

18. Ackeret M: Die Sterbehilfe in der Schweiz ist längst ausser Kontrolle (04.01.2019); https://www.swissinfo.ch/ger/standpunkt_die-sterbehilfe-in-der-schweiz-ist-laengst-ausser-kontrolle/44599878; letzter Zugriff: 12.09.2024.
19. Kanton Zürich, Beschlüsse des Regierungsrates, Regierungsratsbeschluss Nr. 570/2009: Anfrage Walter Schoch, Bauma, Johannes Zollinger, Wädenswil, und Peter Ritschard, Zürich, betreffend Gewerbsmässigkeit der Suizidhilfe bei Dignitas, Beantwortung (27.04.2009); <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rb/regierungsratsbeschluss-570-2009.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
20. Aschwanden E: Der Verein Exit hat ein Millionenvermögen angehäuft. Was macht eine Sterbehilfeorganisation mit so viel Geld? Neue Zürcher Zeitung, 07.05.2019; <https://www.nzz.ch/schweiz/sterbehilfe-exit-hat-ein-vermoegen-in-millionenhoehe-angehaeuft-ld.1478725>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
21. Schweizer Radio und Fernsehen (SRF): Dignitas-Chef freigesprochen – Ludwig A. Minelli hat sich nicht mit Sterbehilfe bereichert (01.06.2018); <https://www.srf.ch/news/dignitas-chef-freigesprochen-ludwig-a-minelli-hat-sich-nicht-mit-sterbehilfe-bereichert>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
22. Bütikofer C: Dignitas-Mitglied: Mehrere 100000 Franken für Freitod bezahlt. Aargauer Zeitung, 17.05.2010; <https://www.aargauerzeitung.ch/panorama/vermishtes/dignitas-mitglied-mehrere-100000-franken-fur-freitod-bezahlt-ld.2015693>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
23. Flury R: Der Staatsanwalt kritisiert das Minelli-Urteil als zu einseitig. Neue Zürcher Zeitung, 02.06.2018; <https://www.nzz.ch/zuerich/laut-bezirksgericht-handelte-sterbehelfer-ludwig-a-minelli-nicht-egoistisch-ld.1391028>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
24. Maurer A: Sterbehilfe sorgt für Umsätze von 10 Millionen – nur der Dignitas-Chef hält Zahlen geheim. Schweiz am Wochenende, 02.06.2018; <https://www.watson.ch/schweiz/articles/561344723-sterbehilfe-sorgt-fuer-umsaetze-von-10-millionen-nur-der-dignitas-chef-haelt-zahlen-geheim>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
25. Kanton Zürich, Wahlen & Abstimmungen: Kantonale Volksinitiative zur Einreichung einer Standesinitiative «Stopp der Suizidhilfe!», Abstimmung vom 15.05.2011; <https://www.zh.ch/de/politik-staat/wahlen-abstimmungen/abstimmungsarchiv.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
26. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Umgang mit Sterben und Tod (17.05.2018; Anpassungen unter 6.2. und 6.2.1. genehmigt mit Senatsbeschluss vom 25.11.2021, Online-Veröffentlichung im Mai 2022); <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
27. Häring D: Rechtliches Memorandum zum Thema Rechtliche Rahmenbedingungen für eine Suizidhilfe bei betagten Menschen (09.10.2019); <https://www.exit.ch/news/exit-tagung-altersfreitod/>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
28. Bundesgericht, Medienmitteilung Urteil vom 09.12.2021 (6B_646/2020): Suizidhilfe für gesunde Frau: Urteil gegen Arzt aufgehoben – Kantonsgericht Genf muss neu entscheiden; <https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?lang=de>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
29. von Schirach F: Gott. Ein Theaterstück. Luchterhand Literaturverlag, München, 1. Auflage April 2020; <https://www.penguin.de/buecher/ferdinand-von-schirach-gott/taschenbuch/9783442771004>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
30. Das Erste: Großes Interesse am ARD-Themenabend über Sterbehilfe im Ersten, 24.11.2020; <https://www.daserste.de/unterhaltung/film/gott-von-ferdinand-von-schirach-gott-von-ferdinand-von-schirach-quoten-meldung100.html>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
31. SRF-Themenabend: Die schwierige Frage, wie selbstbestimmt ein Mensch sterben darf. Richard Gärtner möchte sterben – So haben Sie entschieden (23.11.2020); <https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/srf-themenabend-richard-gaertner-moechte-sterben-so-haben-sie-entschieden>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
32. Gustav Kiepenheuer Bühnenvertriebs-GmbH, Gott: «Halten Sie es für richtig, dass Herr Gärtner Pentobarbital bekommt, um sich töten zu können?»; <https://gott.theater/cont/results/de>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
33. GÜth U et al.: Langzeitentwicklung von assistiertem und konventionellem Suizid bei Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen in der Schweiz. Schweizer Zeitschrift für Onkologie. 2024;3:25-32.
34. Bundesgericht. Medienmitteilung Urteil vom 13.03.2024 (6B_393/2023): Suizidhilfe für gesunde Frau: Genfer Arzt hat Betäubungsmittelgesetz nicht verletzt; <https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?lang=de>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
35. EXIT – Deutsche Schweiz: Der Altersfreitod unter der Lupe (05.06.2017); <https://www.exit.ch/artikel/der-altersfreitod-unter-der-lupe/>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
36. EXIT – Deutsche Schweiz: Die Liberalisierung des Altersfreitods vorantreiben (17.05.2019); https://www.exit.ch/user_upload/altersfreitod; letzter Zugriff: 12.09.2024.
37. Uda K: Wie sich die liberale Schweiz gegen die Suizidkapsel Sarco wehrt. SWI – Swissinfo.ch, 23.07.2024; <https://www.swissinfo.ch/ger/leben-und-altern/wie-sich-die-liberale-schweiz-gegen-die-suizidkapsel-sarco-wehrt/84311272>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
38. Aschwanden E, Hehli S: «Wie eine Alpbabfahrt» – die Promotoren der Suizidkapsel Sarco zeigen der Welt, was sie vorhaben. Der Tod muss aber weiter warten. Neue Zürcher Zeitung, 17.07.2024; <https://www.nzz.ch/schweiz/der-tod-kann-warten-die-promotoren-der-suizidkapsel-sarcolassen-sich-nicht-in-die-karten-schauen-ld.1839675>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
39. Aregger A: Suizidkapsel-Erfinder hält an Schweizer Premiere fest – Politiker erwägen Verbote. Tages-Anzeiger, 09.08.2024; <https://www.tagesanzeiger.ch/sarco-suizidkapsel-schweizer-politiker-erwaegen-verbote-391790508087>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
40. Hehli S: Baume-Schneider greift gegen die Suizidkapsel durch: «Der Sarco ist nicht rechtskonform». Neue Zürcher Zeitung, 23.09.2019; <https://www.nzz.ch/schweiz/baume-schneider-greift-gegen-die-suizidkapsel-durch-der-sarco-ist-nicht-rechtskonform-ld.1849750>; letzter Zugriff: 25.09.2024.
41. Hehli S, Oberholzer E: Im Kanton Schaffhausen nimmt sich eine erste Person in der Suizidkapsel Sarco das Leben. Neue Zürcher Zeitung, 24.09.2019; <https://www.nzz.ch/schweiz/in-schaffhausen-kam-es-zu-einem-ersten-einsatz-der-suizidkapsel-sarco-ld.1849858>; letzter Zugriff: 25.09.2024.
42. Wikipedia: Sterbehilfe, Stand: 23.04.2024; <https://de.wikipedia.org/wiki/Sterbehilfe>
43. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe: Jahresbericht 2023 (April 2024); <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2023/april/4/jaarverslag-2023>; letzter Zugriff: 12.09.2024.
44. Health Canada: Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying 2022 (Oktober 2023); www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2022.html; letzter Zugriff: 12.09.2024.
45. Aregger A: Sarco zwingt der Schweiz eine neue Debatte zur Sterbehilfe auf. Tages-Anzeiger, 25.09.2024; <https://www.tagesanzeiger.ch/sarco-die-schweiz-muss-wieder-ueber-sterbehilfe-diskutieren-589898214118>; letzter Zugriff: 25.09.2024.
46. Häring D: Gesetzliche Regelung der Freitodbegleitung: Die Regelung in der Schweiz ist vollständig, ausgewogen und ausreichend. Vortrag im Rahmen der von EXIT organisierten Tagung «Zukunft Freitodbegleitung Schweiz», Zürich, 26.10.2024.