



Postfach 17  
8127 Forch, Schweiz  
Telefon +41 (0)43 366 10 72  
Fax +41 (0)43 366 10 79  
E-Mail: [dignitas@dignitas.ch](mailto:dignitas@dignitas.ch)  
Web: [www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch)

Abs: Postfach 17, CH-8127 Forch  
Republik Österreich  
Enquete-Kommission  
«Würde am Ende des Lebens»  
Frau Mag. Gertrude Aubauer, Präsidentin  
Dr. Karl Renner-Ring 3  
1017 Wien  
Österreich

Forch, 11. September 2014

**Weshalb ein verfassungsrechtliches Verbot von Sterbehilfe  
in einem demokratischen Staat, welcher dem Europarat  
angehört, unterlassen werden sollte**

**Stellungnahme des Vereins «DIGNITAS – Menschenwürdig leben –  
Menschenwürdig sterben», Forch, Schweiz**

Im Namen der 160 in Österreich wohnhaften Mitglieder von DIGNITAS  
gemäss Kommuniké 39/KOMM XXV.GP vom 2. Juli 2014  
per E-Mail eingereicht an [wuerdevoll.leben@parlament.gv.at](mailto:wuerdevoll.leben@parlament.gv.at)

Sehr geehrte Frau Aubauer,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

Die an der gegenwärtigen österreichischen Koalition beteiligten Parteien haben in ihrem Regierungsprogramm vorgesehen, Sterbehilfe in der Verfassung zu verbieten. Da dieses Projekt nach unserer Auffassung den grundlegenden Werten und Zielen der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) zuwiderläuft, gestatten wir uns, auch im Namen unserer 160 in Österreich wohnhaften Vereinsmitglieder, im Rahmen der in Menschenrechtssachen gebotenen europäischen Innenpolitik zu diesem Thema zuhanden Ihrer Enquetekommission eine Stellungnahme einzureichen.

Gleichzeitig erklären wir unsere Bereitschaft, Ihrer Kommission als Experten zur Verfügung zu stehen.

Inhalt dieser Stellungnahme	Seite
1. Einleitung .....	2
2. Artikel 8 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und das Recht auf eigenen Entscheid über das Ende des eigenen Lebens .....	5
3. Der Schutz des Lebens und das allgemeine Problem des Suizids .....	10
4. Suizidprävention – die Erfahrungen von DIGNITAS .....	14
5. Zum Thema Verfassungsverbot von Sterbehilfe .....	19
6. Schlussfolgerungen .....	21

## 1. Einleitung

*«Nichts Besseres hat uns das ewige Gesetz geschenkt, als dass es uns einen einzigen Eingang ins Leben gab, doch viele Ausgänge. Soll ich wirklich auf die Grausamkeit einer Krankheit oder eines Menschen warten, wenn ich die Macht habe, mitten aus allen Folterqualen ins Freie zu gelangen und alle Widerwärtigkeiten loszuwerden? Das ist ja das einzige, worin wir über das Leben nicht klagen können: Es hält niemanden. In dem Punkt steht es gut um alle menschlichen Belange: Wer unglücklich ist, ist selber schuld. Gefällt dir das Leben, so lebe! Gefällt's dir nicht, so hast du die Freiheit, wieder dort hinzugehen, von wo du kamst.»<sup>1</sup>*

Dies sind nicht die Worte eines Protagonisten einer der zahlreichen Organisationen auf der Welt, welche die Interessen jener Menschen vertreten, die auch am Ende ihres Lebens ihr Selbstbestimmungsrecht in Anspruch nehmen wollen. Es sind Worte des römischen Philosophen LUCIUS ANNAEUS SENECA, der vor 2 000 Jahren lebte, und die in seinen Briefen über moralische Themen an Lucilius zu finden sind.

In den letzten Jahren sind Fragen, die mit (begleitetem) Suizid und weiteren Formen der Beendigung des eigenen Leidens und Lebens im Zusammenhang stehen, immer stärker in die öffentliche Diskussion gerückt. Dass sie auch die Politik und damit Regierungen und Parlamente, aber auch Gerichte beschäftigen, ist die logische Folge.

Eine der zahlreichen Ursachen dieser Entwicklung ist der Fortschritt der medizinischen Wissenschaften, welcher, zusammen mit anderen Faktoren, zu einer bemerkenswerten Verlängerung der menschlichen Lebenserwartung geführt hat. Diese Tatsache wurde beispielsweise an einem Kongress schweizerischer Haus-

<sup>1</sup> In: Epistulae morales LXX ad Lucilium

ärzte im Jahre 2011<sup>2</sup> thematisiert: Auf die Frage, wie die meisten Menschen sterben möchten, wird in der Regel die Antwort gegeben: durch plötzlichen Tod aufgrund eines Herz- oder Hirnschlags. Dazu wurde auf dem Kongress ausgeführt, diese Todesart sei aufgrund der Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin heutzutage fast undenkbar.

Zweifelsohne stellt dieser Fortschritt für die Mehrheit der Menschen einen Segen dar. Indessen kann er aber auch in eine Situation führen, in welcher der Eintritt des Todes als natürliche Folge einer Krankheit viel weiter in die Zukunft hinausgeschoben werden kann, als dies einige Menschen ertragen möchten. Immer mehr Menschen wollen ihren Jahren mehr Leben geben, nicht dem Leben mehr Jahre.

Dementsprechend hielten Menschen, die sich entschlossen, ihr Leben nicht unter Ausserachtlassung seiner Qualität einfach zu verlängern, sondern ihrem Leiden selbstbestimmt ein Ende zu setzen, Ausschau nach Möglichkeiten, diesen Willen auch umzusetzen. Diese Entwicklung verlief parallel zu einer verschärften Kontrolle des Zugangs zu Barbituraten sowie zu Fortschritten in der Zusammensetzung von Pharmazeutika, was dazu geführt hat, dass Menschen, welche ihr Leben aus zureichenden Gründen beenden wollen, ausgerechnet diese Option nicht mehr zur Verfügung stand. Dies führte wiederum dazu, dass vermehrt der Ausweg über gewaltsame Methoden gewählt wurde. Eine weitere parallele Entwicklung war die weltweite Zunahme von Organisationen, welche sich für Patientenrechte, die Wahlmöglichkeit eines freiverantwortlichen Lebensendes und damit auch für die Vermeidung der negativen Auswirkungen der vorgenannten Verringerung der dazu bestehenden Möglichkeiten einsetzen.

Die Geschichte dieser Organisationen begann 1935 im Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, wo zum ersten Mal eine Organisation gegründet wurde, welche sich für freiwillige Beendigung des eigenen Lebens einsetzte. Ein Jahr darauf diskutierte das britische Oberhaus einen dazu erstellten Gesetzesentwurf.

Nach der Etablierung der Intensivmedizin in den 1960er und 1970er Jahren verstärkte sich diese Entwicklung. Mittels einer Volksinitiative im Kanton Zürich, die in der Volksabstimmung vom 25. September 1977 von den Stimmberechtigten mit 203'148 Ja gegen 144'822 Nein angenommen wurde, verlangte der Kanton Zürich vom eidgenössischen Parlament eine Änderung des Strafgesetzbuches. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Schwerstkranken ihren Wunsch nach Beendigung ihres Lebens zu erfüllen. Das Bundesparlament war dazu jedoch nicht bereit. Im Februar 1980 wurde in Genf der Verein EXIT

---

<sup>2</sup> Schweizerischer Hausärztekongress in Arosa, 31. März - 2. April 2011; siehe: <http://www.rosakongress.ch>

A.D.M.D.<sup>3</sup> gegründet; bereits im April 1980 folgte die Gründung von EXIT (Deutsche Schweiz) in Zürich. Diese Organisationen vermittelten ihren Mitgliedern vorerst lediglich Informationen darüber, wie ein Suizid einigermassen sicher vorgenommen werden kann. Etwa 1985 begannen sie in Zusammenarbeit mit Ärzten, begleitete Suizide zu ermöglichen. Artikel 115 des seit 1. Januar 1942 in Kraft befindlichen Schweizerischen Strafgesetzbuches, welcher Beihilfe zum Suizid nur dann mit Strafe bedroht, wenn jemand «aus selbstsüchtigen Beweggründen» handelt, bildete dazu die rechtliche Grundlage.

Mittlerweile bestehen in der Schweiz weitere solche gemeinnützige Organisationen mit analoger Zielsetzung; sie unterscheiden sich im Wesentlichen lediglich in Bezug auf die Personengruppen, denen sie zur Verfügung stehen. Die beiden EXIT-Vereine beschränken sich auf Personen mit Schweizer Wohnsitz oder Nationalität; EX INTERNATIONAL, DIGNITAS, SUIZIDHILFE und LIFECIRCLE stehen auch Personen mit Wohnsitz im Ausland offen.

EXIT (Deutsche Schweiz) verzeichnet gegenwärtig etwa 73 000 Mitglieder; EXIT A.D.M.D. mehr als 19 000. EX INTERNATIONAL dürfte ungefähr 700 Mitglieder zählen; DIGNITAS-Schweiz zählt, zusammen mit dem assoziierten Verein DIGNITAS-Deutschland über 7 000 Mitglieder in mehr als 70 Ländern rund um den Erdball. Ende 2013 waren 160 Personen mit Wohnsitz in Österreich Mitglied bei DIGNITAS-Schweiz.

Seit Gründung von DIGNITAS-Schweiz am 17. Mai 1998 sind 36 Personen mit österreichischem Wohnsitz in die Schweiz gereist, um ihr Leben selbstbestimmt und von DIGNITAS begleitet sicher und in Anwesenheit von Angehörigen und/oder Freunden zu beenden. In einem dieser Fälle ist eine Österreicherin von einem katholischen Ordensmann in die Schweiz begleitet worden, der ihr in ihrer letzten Stunde beigestanden ist.

Die österreichische Gesetzeslage bietet sich allerdings wesentlich anders dar als jene in der Schweiz.

Einerseits bedroht § 78 des österreichischen Strafgesetzbuches jedermann mit Strafe, der irgendwie Beihilfe und Unterstützung bei einer Selbsttötung leistet – unabhängig von dessen Motivation. Das österreichische Gesetz spricht gar von «Selbstmord»<sup>4</sup>; eine herabwürdigende Bezeichnung, die von anständigen Menschen heutzutage nicht mehr verwendet wird, hat doch eine selbstbestimmte Leidens- und Lebensbeendigung, ein Suizid, nichts mit «Mord» zu tun und ist kaum je mit irgendeinem der qualifizierenden Tatbestandselemente verbunden, welche eine Tötung erst zu einem Mord machen.

---

<sup>3</sup> A.D.M.D. = Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Verein für das Recht, in Würde zu sterben)

<sup>4</sup> Wie auch Art. 115 des schweizerischen StGB

Andererseits sieht § 64 Absatz 1 Ziffer 7 öStGB die Strafbarkeit einer Verletzung von § 78, die im Ausland begangen worden ist, auch dann vor, sofern «Täter» und «Opfer» Österreicher sind, und zwar auch dann, wenn die Tat am ausländischen Begehungsort erlaubt ist.

Eine Gesetzeslage, welche einen österreichischen Staatsbürger de facto zwingt, alleine eine weite Strecke ins Ausland, in die Schweiz zu reisen, um das Menschenrecht einer selbstbestimmten aber auch sicheren, begleiteten Leidens- und Lebensbeendigung in Anspruch nehmen zu können, kann nur als Missachtung der menschlichen Würde gewertet werden. Denn diese Gesetzeslage führt auch dazu, dass mitmenschlicher Beistand und Begleitung durch Angehörige und/oder Freunde in der letzten Lebensphase verhindert oder diese nur unter Angst vor Strafverfolgung stattfinden kann.

Die Änderung sowohl von § 64 als auch § 78 öStGB im Sinne einer Entkriminalisierung der Begleitung zu einem Freitod im Ausland, wenn nicht auch der Ermöglichung von Freitodbegleitungen im Inland, drängt sich unserer Auffassung nach nicht nur aufgrund der hier gezeigten Aspekte der Menschenrechte auf, sondern auch der inner-österreichischen Gerichtspraxis: In einem Fall, in welchem in Klagenfurt lange Zeit, nachdem ein Ehemann seine schwer kranke Ehefrau zu DIGNITAS in Zürich begleitet hatte, dies der dortigen Staatsanwaltschaft zur Kenntnis kam, endete der darauf angehobene Strafprozess bereits in erster Instanz mit Freispruch des Witwers zufolge rechtfertigenden Notstandes. Das entsprechende Verfahren hat nur Kosten für die Öffentlichkeit und Nachteile – finanzieller und psychischer Art – für den betroffenen Witwer zur Folge gehabt, jedoch keinerlei irgendwie erkennbaren Nutzen für die Gesellschaft. Weiteren solchen Fällen sollte aus Vernunftgründen rechtzeitig durch Anpassung der Gesetzgebung der Boden entzogen werden.

DIGNITAS begrüsst es, dass diese Fragen in der österreichischen Gesellschaft, insbesondere der Politik, nunmehr verstärkt diskutiert werden sollen. In einer offenen Gesellschaft, deren Ziel es ist, das Wohl und die Freiheit aller zu stärken, führen derartige Diskussionen in der Regel zu beachtlichem Fortschritt. Demgegenüber ist die Idee, das in öStGB § 77 verankerte Verbot der Tötung auf Verlangen zusätzlich in der Verfassung aufzunehmen – also auch dort noch zu verbieten, was schon andernorts verboten ist – der falsche Ansatz.

## **2. Artikel 8 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und das Recht auf eigenen Entscheid über das Ende des eigenen Lebens**

Österreich ist der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) am 3. September 1958 – sechzehn Jahre vor der Schweiz – beigetreten. Diesem multilate-

ralen europäischen Staatsvertrag kommt im System der österreichischen Dogmatik des öffentlichen Rechts Verfassungsrang<sup>5</sup> zu.

Seit jenem Tag kann die Frage aufgeworfen werden, ob die §§ 64 und 78 öStGB in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht seiner Rechtsunterworfenen sich im Einklang mit Artikel 8 EMRK befinden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Schöpfer der EMRK durch die Gestaltung der Präambel dafür gesorgt haben, dass deren Bestimmungen nicht eines Tages totes Recht werden. Ganz im Gegenteil soll sie von den sie anwendenden Behörden nicht nur am Leben erhalten, sondern weiter entwickelt werden. Diesem Auftrag gemäss, der die Menschenrechte nicht nur an einem bestimmten Tag ein für allemal festschreibt, sondern deren Entwicklung im Interesse einer Ausweitung der Freiheitssphäre zugunsten der in Europa lebenden Menschen ausdrücklich zum Auftrag macht, bewirkt denn dieses «living instrument» im europäischen Kontext, dass die Freiheitsidee stets auf im öffentlichen Leben sich neu stellenden Herausforderungen Anwendung findet, nämlich die Idee, dass dem Individuum jegliche Freiheit stets in der Masse zukommt, welches keinem anderen Schaden zufügt.

So hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in seinem Urteil DIANE PRETTY gegen das Vereinigte Königreich vom 2. April 2002<sup>6</sup> am Ende von Abschnitt 61 ausdrücklich erklärt:

*«Obwohl bisher noch in keinem früheren Rechtsstreit an sich entschieden worden ist, dass das Recht auf Selbstbestimmung durch Artikel 8 der Menschenrechtskonvention gegeben ist, ist der Begriff der persönlichen Autonomie nach Ansicht des Gerichtshofs ein wesentlicher Grundsatz für die Auslegung der Ansprüche, die sich aus diesem Artikel ergeben.»*

Ausserdem erklärte der Gerichtshof in Abschnitt 65 desselben Urteils:

*«Der eigentliche Sinn der Menschenrechtskonvention ist die Achtung der Würde und des freien Willens des Menschen. Ohne das Prinzip der durch die Menschenrechtskonvention garantierten Unantastbarkeit des Lebens in irgendeiner Weise in Frage stellen zu wollen, ist der Gerichtshof der Auffassung, dass aus eben diesem Artikel 8 der Begriff der Lebensqualität Bedeutung erhält. In einer Zeit wachsender Fortschritte auf medizinischem Gebiet und einer damit verbundenen höheren Lebenserwartung möchten viele Menschen nicht gezwungen werden, in hohem Alter oder bei fortschreitendem physischen oder geistigen Zerfall am Leben zu bleiben, was in Widerstreit zu den hehren Ideen von Selbstbestimmung und persönlicher Identität steht.»*

<sup>5</sup> Dirk Ehlers, Allgemeine Lehren der EMRK, in: Dirk Ehlers (Hrg.), Europäische Grundrechte und Grundfreiheiten, Berlin

<sup>6</sup> <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60448>

Am 3. November 2006 erkannte das Schweizerische Bundesgericht im Fall eines an einer psychischen Krankheit leidenden Menschen das Folgende<sup>7</sup>:

*«Es ist nicht zu verkennen, dass eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ähnlich wie eine somatische ein Leiden begründen kann, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt. Nach neueren ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen ist auch in solchen Fällen eine allfällige Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen . . . Doch ist dabei äusserste Zurückhaltung geboten: Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlwollenden und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht («Bilanzsuizid»), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt. Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden.»*

Ausserdem hielt das Bundesgericht fest:<sup>8</sup>

*«Ob die Voraussetzungen dazu gegeben sind, lässt sich wiederum nicht losgelöst von medizinischen – insbesondere psychiatrischen – Spezialkenntnissen beurteilen und erweist sich in der Praxis als schwierig; die entsprechende Einschätzung setzt deshalb notwendigerweise das Vorliegen eines vertieften psychiatrischen Fachgutachtens voraus.»*

Gestützt auf diese Entscheidung bemühte sich der Beschwerdeführer bei nicht weniger als 170 Psychiatern um eine entsprechende Begutachtung, hatte damit jedoch keinerlei Erfolg. Angesichts des Eindrucks, dass das Bundesgericht in seinem Urteil eine Bedingung aufgestellt hatte, die sich offensichtlich nicht erfüllen liess, wandte er sich an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte.

Am 20. Januar 2011 fällte dieser sein Urteil in der Sache HAAS gegen die Schweiz und erklärte dabei in Abschnitt 51:<sup>9</sup>

*«Im Lichte dieser Rechtsprechung hält der Gerichtshof dafür, dass das Recht eines Individuums, zu entscheiden, auf welche Weise und in welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll, sofern es in der Lage ist, seine diesbezügliche*

<sup>7</sup> BGE 133 I 58, E. 6.3.5.1, online zu finden auf:  
[http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade)

<sup>8</sup> A.a.O., E. 6.3.5.2

<sup>9</sup> <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102940>



*Meinung frei zu bilden und dem entsprechend zu handeln, einen der Aspekte des Rechts auf Achtung des Privatlebens im Sinne von Artikel 8 der Konvention darstellt.»*

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat damit die Entscheidung des Schweizerischen Bundesgerichtes bestätigt und anerkannt, dass der Entschluss eines Menschen, seinem eigenen Leben ein Ende setzen zu wollen, einen Bestandteil seines Selbstbestimmungsrechts darstellt, welches durch Artikel 8 Absatz 1 der EMRK geschützt ist. Allerdings konnte sich der Gerichtshof im konkreten Fall (noch) nicht dazu durchringen, eine positive Pflicht der Staaten zu bejahen, um es ihren Rechtsunterworfenen zu ermöglichen, das für eine sichere und würdige Durchführung eines Suizids am besten geeignete Mittel zugänglich zu machen.

In der Sache KOCH gegen Deutschland beschwerte sich der Witwer einer Frau, die eine hohe Querschnittlähmung erlitten und deshalb beschlossen hatte, ihr Leiden und Leben selbst zu beenden, darüber, dass die deutschen Behörden ihr den Zugang zu 15 Gramm Natrium-Pentobarbital verweigerten und sie und ihn implizite dazu gezwungen haben, zur Vornahme eines sicheren, begleiteten Suizids in die Schweiz reisen zu müssen, und dass die deutschen Gerichte ihm ein daraus folgendes Klagerecht gegen die deutschen Behörden verweigert hatten. In seiner Entscheidung vom 19. Juli 2012 hiess der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte die Beschwerde insofern gut, als sie sich gegen die Verweigerung des Klagerechtes richtete. In Rücksichtnahme auf das Prinzip der Subsidiarität enthielt sich der Gerichtshof jedoch einer Stellungnahme zur Frage, ob der verstorbenen Ehefrau des Beschwerdeführers ein solcher Zugang hätte geöffnet werden müssen.<sup>10</sup> Die Sache ist mittlerweile wieder bei den deutschen Gerichten hängig und dürfte, sofern diese den Anspruch nicht bestätigen sollten, dereinst erneut dem Strassburger Gerichtshof vorgelegt werden.

In einem weiteren Fall, GROSS gegen die Schweiz, hat der Gerichtshof seine Rechtsprechung weiter entwickelt. Es ging um eine 1931 geborene Frau, die seit einigen Jahren entschlossen war, ihrem Leben ein Ende setzen zu wollen, weil sie immer gebrechlicher wurde und nicht bereit war, weiteren körperlichen und geistigen Zerfall zu erleiden. Nach einem gescheiterten Suizidversuch, welchem eine sechs Monate dauernde Behandlung in einer psychiatrischen Klinik folgte, die jedoch ihre Absicht nicht zu verändern vermochte, unternahm sie Anstrengungen, Zugang zu Natrium-Pentobarbital durch einen Schweizer Arzt zu erlangen. Sie fand zwar einige Ärzte, welche grundsätzlich bereit gewesen wären, ihr zum Zwecke eines Suizids die erforderliche Dosis zu verschreiben; da sie jedoch nicht an einer schwerwiegenden Krankheit litt, befürchteten diese Ärzte, es

---

<sup>10</sup> <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-112282>



könnten gegen sie berufsrechtliche Verfahren eingeleitet werden. Sie befürchteten solche, weil ihrer Auffassung nach das schweizerische Recht dem Arzt keine klaren Anhaltspunkte dafür gibt, ob er in solchen Fällen berechtigt sei, eine derartige Verschreibung vorzunehmen. Mittels eines Anwaltes versuchte sie, bei verschiedenen Behörden die Bewilligung zum Zugang zu Suizidmitteln zu erhalten, scheiterte damit jedoch auch mit einer Beschwerde am Schweizerischen Bundesgericht. Dagegen wandte sie sich an den Menschenrechtsgerichtshof in Strassburg.

Dieser hiess die Beschwerde mit Urteil vom 14. März 2013 teilweise gut und erklärte in Abschnitt 66 des Urteils:<sup>11</sup>

*«Der Gerichtshof ist der Ansicht, dass die Ungewissheit über das Ergebnis ihres Ersuchens in einer Situation, die einen besonders wichtigen Aspekt ihres Lebens betrifft, der Beschwerdeführerin erhebliches Leid zugefügt haben muss. Der Gerichtshof folgert, dass die Beschwerdeführerin sich in einem Zustand der Angst und der Ungewissheit bezüglich des Umfangs ihres Rechtes, ihr Leben zu beenden, befunden haben muss, der nicht eingetreten wäre, wenn es klare, staatlich genehmigte Richtlinien gegeben hätte, die die Umstände festlegten, unter denen Ärzte die gewünschte Verschreibung in Fällen ausstellen dürften, in denen jemand in Ausübung seines oder ihres freien Willens zu der ernsthaften Entscheidung gekommen ist, sein oder ihr Leben zu beenden, ohne dass der Tod unmittelbar aufgrund einer besonderen medizinischen Gegebenheit bevorstünde. Der Gerichtshof gesteht zu, dass es schwierig sein könnte, den notwendigen politischen Konsens in einer so kontroversen Frage mit ihren tiefgreifenden ethischen und moralischen Konsequenzen zu finden. Diese Schwierigkeiten sind jedoch jedem demokratischen Prozess inhärent und können die Behörden nicht ihrer Pflicht zur Erfüllung ihrer diesbezüglichen Aufgaben entheben.»*

Damit kam der Gerichtshof zur Verurteilung der Schweiz, weil deren Recht auf die Frage, ob auch einer nicht kranken Person eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital verschrieben werden darf, keine Antwort gibt, dadurch die Beschwerdeführerin einer erheblichen Belastung aussetzt und somit den Anspruch auf Achtung des Privatlebens, wie er in Artikel 8 Absatz 1 EMRK garantiert ist, verletzt. Die Sache ist auf Verlangen der Schweizer Regierung inzwischen der Grossen Kammer vorgelegt worden.

Im Lichte dieser Urteile und angesichts des Prinzips des der persönlichen Autonomie geschuldeten Respekts, welches der Gerichtshof als bedeutsam erachtet, um die Garantien der EMRK auszulegen, sind weitere Urteile des Strassburger Gerichtshofes in ähnlicher Richtung zu erwarten.

---

<sup>11</sup> <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-119703>

In diesem Zusammenhang kommt nämlich auch einer ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofes Bedeutung zu, welche seit der Entscheidung in der Sache ARTICO gegen Italien (Urteil vom 13. Mai 1980, series A no. 37, no. 6694/74<sup>12</sup>) stets betont und heute als Artico-Rechtsprechung bezeichnet wird. Der Gerichtshof hat im erwähnten Urteil in Abschnitt 33 folgendes ausgeführt:

*«Der Gerichtshof ruft in Erinnerung, dass die Konvention nicht bestimmt ist, theoretische oder illusorische Rechte zu garantieren, sondern Rechte, die konkret sind und Wirksamkeit entfalten.»*

Würde und Freiheit des Menschen bestehen im Wesentlichen in der Anerkennung des Rechts des Individuums, welches über Urteilsfähigkeit verfügt, Entscheidungen auch über eigene existentielle Fragen ohne Einmischung von aussen treffen zu können. Alles andere wäre Paternalismus, welcher die erwähnte Würde und Freiheit kompromittiert. Im Urteil DIANE PRETTY gegen das Vereinigte Königreich hat der Gerichtshof zutreffend erkannt, dass sich diese Fragen zufolge der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts vermehrt stellen werden.

Da die Konvention im Rahmen und Ausmasse der Gewährleistungen von Artikel 8 Absatz 1 das Recht oder die Freiheit zum Suizid enthält, besitzt jedermann, welcher von diesem Recht oder dieser Freiheit Gebrauch zu machen wünscht, einen Anspruch darauf, dass ihm dies auch in einer würdigen und menschlichen Weise ermöglicht wird. Diese Personen sollten nicht auf Methoden angewiesen sein, welche schmerzhaft, grausam, unästhetisch oder gar brutal genannt werden müssen und welchen nicht nur ein erhebliches Risiko des Scheiterns, sondern auch der Beeinträchtigung Dritter innewohnt. Das zur Verfügung stehende Mittel muss es dem Individuum möglich machen, risiko- und schmerzfrei sein Leben innerhalb kurzer Zeit zu beenden, somit in einer Weise, die es auch Angehörigen und Freunden gestattet, beim Abschiednehmen dabei zu sein, ohne dadurch traumatisiert zu werden.

### **3. Der Schutz des Lebens und das allgemeine Problem des Suizids**

In seinem bereits mehrfach erwähnten Urteil DIANE PRETTY gegen das Vereinigte Königreich aus dem Jahre 2002 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte richtigerweise auch der Frage des Einflusses von Artikel 2 der EMRK – Schutz des Lebens – grosse Aufmerksamkeit gewidmet, insbesondere dem Schutz der Schwachen und Verletzlichen. Heute verfügen wir über viele Jahre der Erfahrung im Bereich der Sterbehilfe, welche zeigen, dass die Ermög-

---

<sup>12</sup> <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57424>

lichung vernünftiger Sterbehilfe durch das Gesetz in keiner Weise zu einer Gefährdung dieser Personengruppen geführt hat.

Die amtlichen Berichte des amerikanischen Bundesstaates Oregon, welche seit dem Erlass des dortigen Gesetzes über «Death with Dignity» («Tod mit Würde») veröffentlicht worden sind, beweisen, dass es im Zusammenhang mit Freitodhilfe das Problem der Schwachen und Verletzlichen in Wirklichkeit überhaupt nicht gibt: weder Schwache noch Verletzte noch Personen mit unzureichender oder gar fehlender Krankenversicherung finden sich unter den Personen, welche von den Möglichkeiten jenes Gesetzes Gebrauch gemacht haben. Es sind im Gegenteil Personen, welche selbstbewusst gelebt haben, über eine überdurchschnittliche Bildung und Einkommen verfügen, mit einem Wort: die Starken<sup>13</sup>, welche von der Möglichkeit der ärztlichen Beihilfe zu einem Suizid Gebrauch machen.

Nun ist es zweifellos richtig, das Prinzip des Lebensschutzes nicht nur im Lichte des individuellen Lebens zu betrachten, für welches dessen Träger ein selbstbestimmtes Ende wünscht; das Prinzip besitzt eine ebenso bedeutende Seite im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Bis zum heutigen Tage ist in den Diskussionen und Debatten um die Frage von Sterbehilfe, begleitetem Suizid oder auch Aktiver Sterbehilfe (strafrechtlich: Tötung auf Verlangen) stets nur die Rede von dieser im Vergleich zur Gesamtzahl der jährlichen Sterbefälle sehr kleinen Anzahl von Individuen, welche ihr Leben zufolge eines schweren Leidens oder aus einem anderen ernst zu nehmenden Grunde beenden möchten.

Völlig ausser acht lässt die bisherige Diskussion jedoch das allgemeine Suizidproblem, und man gewinnt gar den Eindruck, die forcierte Debatte um die vor genannten Wenigen diene vor allem dazu, die Frage nach jenen Vielen zu verdrängen, welche den Versuch unternehmen, ihr eigenes Leben zu beenden, ohne sich vorher darüber mit anderen beraten zu dürfen und ohne von ihren Angehörigen Abschied genommen zu haben: die Frage nach der hohen Zahl der Suizide und der um ein Vielfaches höheren Zahl der gescheiterten Suizidversuche.

Im Jahre 2012 starben in Österreich 1'275 Personen zufolge Suizids<sup>14</sup>, mehr als das Doppelte der Zahl jener Menschen, welche im Strassenverkehr ihr Leben verloren haben. Dies bedeutet, dass fast alle zwei Tage jeweils sieben Personen in Österreich ihrem Leben gewalt- und einsam ein Ende setzen. Dies ist jedoch

---

<sup>13</sup> Vgl. die Berichte des Departments of Human Services of the US State of Oregon, online: <https://public.health.oregon.gov/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/archive/index.aspx>

<sup>14</sup> Suizid und Suizidprävention in Österreich Basisbericht 2013, online: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid\\_und\\_suizidpraevencion\\_in\\_oesterreich.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid_und_suizidpraevencion_in_oesterreich.pdf)

der weitaus kleinste Teil des gesamten Suizidgeschehens des Landes. Viel grösser ist die Zahl der Suizidversuche, welche scheitern.

Naturgemäss sind Zahlen statistischer Ämter über festgestellte Suizide verhältnismässig eindeutig und verlässlich; immerhin muss eine gewisse zusätzliche Rate an Suiziden vermutet werden, die nicht als solche erkannt worden sind.<sup>15</sup> Die von Statistik betreibenden Ämtern gelieferten Zahlen stellen somit die Untergrenze der Anzahl Suizide in einem Lande dar.

Völlig anders verhält es sich in Bezug auf die Gesamtzahl der Suizidversuche. Diese existiert naturgemäss nicht als verlässliche statistische Zahl, sondern lediglich als einigermaßen abschätzbare Dunkelziffer. In der Wissenschaft fehlt es zudem an einer herrschenden Meinung darüber, wie diese Dunkelziffer zu berechnen ist.

Es gibt dazu auch kaum amtliche Äusserungen. Eine der wenigen stammt von der Schweizer Regierung. In deren Antwort vom 9. Januar 2002 auf die einfache Anfrage von Nationalrat Andreas Gross zu Suiziden und Suizidversuchen erklärte der Schweizerische Bundesrat, nach amerikanischen Forschungsergebnissen des National Institute for Mental Health in Washington, USA, liege in Industriestaaten die Obergrenze der Zahl der Suizidversuche beim Fünfzigfachen der Zahl der festgestellten Suizide.<sup>16</sup> Demgegenüber rechnet das Bundesamt für Gesundheit 2005<sup>17</sup> bei festgestellten 1'300 bis 1'400 jährlichen Suiziden mit 15'000 bis 25'000 Suizidversuchen, somit etwa mit dem Zehn- bis Zwanzigfachen der zum Tode führenden Suizidversuche. Die Unterschiede bei diesen Schätzungen sind möglicherweise darauf zurückzuführen, welche Handlungsweise (noch) als Suizidversuch berücksichtigt wird, und welche andere zugehörige beispielsweise offensichtlicher Aussichtslosigkeit nicht erfasst wird.

Wie dem auch sei: das Verhältnis zwischen gescheiterten und zum Tode führenden Suizidversuchen liegt somit zwischen 9:1 und bis zu 49:1. Wendet man diese Faktoren auf Österreich an, so liegt die Zahl der jährlichen Suizidversuche zwischen 12'750 und 83'750 – wovon zwischen 11'475 und 82'475 scheitern. Die beiden Extremwerte entsprechen in der Grössenordnung ungefähr der Einwohnerzahl der Städte Tulln an der Donau bzw. Klagenfurt.

Unter dem Aspekt der öffentlichen Gesundheit jedoch bewirken die Suizidversuche, ob sie nun gelingen oder scheitern, im Wesentlichen nur negative Resultate:

- Hohe Risiken ernstlicher körperlicher und mentaler Verletzungen für Personen, welche Suizidversuche unternehmen;

<sup>15</sup> Insbesondere lassen sich bei Selbstunfällen im Strassenverkehr Suizide nicht immer zuverlässig erkennen.

<sup>16</sup> [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20011105](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20011105)

<sup>17</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14180/index.html?lang=de>

- Psychologische Probleme für Angehörige und Freunde suizidaler Personen nach einem Suizidversuch oder gelungenen Suizid;
- Persönliche Risiken und psychologische Probleme für Personen, die einen Suizid unmittelbar erleben (so etwa Lokomotivführer) sowie Rettungs- und Bergungsteams, Angehörige der Polizei, usw., welche anschliessend am Ereignisort tätig werden müssen;
- gewaltige Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen, insbesondere für Heilung, Pflege oder unter Umständen jahrzehntelange Unterbringung (von Personen, die sich bei einem Suizidversuch dermassen selbst geschädigt haben, dass sie nur noch in einer Institution leben können) in einer Institution für Verletzte und Invalide, sowie Kosten für die Volkswirtschaft des Landes, angefangen bei resultierenden Zugverspätungen über die Kosten für die verursachten Einsätze bis zu den volkswirtschaftlich verlorenen Jahren.<sup>18</sup>

Diese Risiken können letztlich nur minimiert werden, indem Menschen, die an Suizid denken, eine ergebnisoffene Beratung zur Verfügung steht, welche sie wahrnehmen können, bevor sie einen Suizidversuch unternommen haben.

Mit Bezug auf die vorstehend erwähnte Artico-Rechtsprechung des EGMR ist festzustellen: Unabhängig davon, ob der Faktor von «nur» 9:1 oder aber gar 49:1 angewandt wird, ist offensichtlich, dass nicht nur ein hohes Risiko des Scheiterns eines Suizidversuchs, sondern auch ein solches der (weiteren) Verschlechterung des Gesundheitszustandes besteht. Dies bedeutet auf der einen Seite, dass die den Menschen allgemein zur Verfügung stehenden Methoden, ihr Leben willentlich beenden zu können, weder praktisch noch effizient sind im Sinne der Artico-Doktrin. Abgesehen davon ist hierzu auch festzuhalten, dass die gewählten Suizidmethoden oft gemeingefährdend sind bzw. nur unter Gesetzesbruch realisiert werden können; so etwa illegaler Waffenbesitz, erhebliche Sachbeschädigung, Arzneimittel- und Drogenmissbrauch etc. Auf der anderen Seite bewirken zahlreiche der gescheiterten Suizidversuche, die mit zusätzlichen Beeinträchtigungen der gescheiterten Suizidenten enden, privatwirtschaftlich eine offenbar willkommene und lukrative ständig sprudelnde Einnahmequelle für Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Trotz der hohen Zahl der «gelungenen» oder gescheiterten Suizidversuche und deren negativen Auswirkungen erscheinen die von der Gesellschaft und der Politik unternommenen Anstrengungen, diese Zahlen zu verringern, als vergleichsweise bescheiden. Teilweise geht es allein um die Einengung des Zu-

---

<sup>18</sup> Siehe die Studie von PETER HOLENSTEIN, Der Preis der Verzweiflung, online: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/studie-ph-der-preis-der-verzweiflung.pdf>

gangs zu Suizidmitteln, wobei möglicherweise viel Geld in die Konstruktion von Zäunen und Netzen an Bahnlinien und Brücken investiert wird.

Offensichtlich sind solche Massnahmen jedoch bezüglich einer Reduktion der Suizidzahlen nur wenig wirksam, und dies eben deshalb, weil sie das Problem nicht an der Wurzel packen. Ziel aller öffentlichen und privaten Anstrengungen müsste sein, nicht nur die Anzahl der festgestellten Suizide, sondern auch die Anzahl der Suizidversuche – insbesondere die unbegleiteten, «heimlichen» – insgesamt markant zu verringern. Um dieses Ziel wirksam angehen zu können, ist es allerdings erforderlich, die Wurzel des Problems in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen: das Tabu, welches das Thema beherrscht, die Mauer des Schweigens und die Angst vor Schwierigkeiten und Zurückweisung sowie vor dem Verlust der Unabhängigkeit.

Behördliche Einschränkungen und Verbote im Zusammenhang mit begleitetem Sterben werfen auch Fragen im Zusammenhang mit Artikel 3 der EMRK auf, dem Verbot von Folter, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Bestrafung. Artikel 3 EMRK kann möglicherweise als verletzt betrachtet werden, wenn eine palliative Behandlung lediglich mit unzureichender Wirkung erfolgt. Dies kann sich etwa ergeben aus der Furcht davor, mit zureichender Schmerzbekämpfung zu einer Verkürzung des Lebens zu führen. Entsteht ein erhebliches Mass an körperlichem oder seelischem Leiden, vermag eine unzureichende palliative Therapie allenfalls den Tatbestand der unmenschlichen Behandlung zu erfüllen. Im Urteil DIANE PRETTY gegen das Vereinigte Königreich hat es der Gerichtshof unterlassen, die positiven Pflichten des Staates bezüglich des Schutzes der Individuen vor solch unmenschlicher und erniedrigender Behandlung in Fällen von Sterbebegleitung (nicht Sterbehilfe!) zu erörtern. Es darf jedoch angenommen werden, dass anlässlich künftiger Fälle Gelegenheit geboten sein wird, auch diesen Aspekten vertieft nachzugehen.<sup>19</sup>

#### **4. Suizidprävention – die Erfahrungen von DIGNITAS**

Nach unserer Auffassung sollte jeder Mensch die Möglichkeit haben, sich offen mit seinem Hausarzt, Psychiater, dem Pflegepersonal, usw. über das Thema Suizid unterhalten zu können. Das Tabu, welches hier noch herrscht, muss beseitigt werden. Die Möglichkeit der Benutzung einer Hilfe-Telefonnummer – sei es anonym oder offen – ist ein von einigen Organisationen angebotener wertvoller Dienst. Allerdings genügt es vielen Menschen nicht, darüber nur reden zu können: sie suchen die konkrete Option eines schmerzfreien, würdigen und selbstbestimmten Todes, um ihrem Leiden ein Ende setzen zu können.

---

<sup>19</sup> Siehe STEPHAN BREITENMOSER, Das Recht auf Sterbehilfe im Lichte der EMRK, in: Frank Th. Petermann (Hrg.), Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen, S. 184 ff., St. Gallen, 2006



Die Erfahrungen, welche DIGNITAS in den mehr als sechzehn Jahren seines Bestehens mit Menschen gemacht hat – ungeachtet dessen, ob sie schwer körperlich oder anders leiden oder ihr Leben zufolge einer Lebenskrise beenden möchten –, zeigen, dass die Schaffung einer Möglichkeit, mit jemandem offen zu sprechen, beispielsweise einem Teammitglied unserer Organisation, ohne Gefahr zu laufen, deswegen in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen zu werden, eine ausserordentliche Wirkung zur Folge hat: Sie werden – und sie spüren es, dass dem so ist – ernst genommen (oft zum ersten Mal in ihrem Leben). Dadurch wird es möglich, mit ihnen unterschiedliche Lösungsansätze in Bezug auf das Problem zu diskutieren, welches deren Suizidalität ursprünglich bewirkt hat.<sup>20</sup> Sie fühlen sich nicht mehr allein gelassen und zurückgewiesen wie viele suizidal gewordene Menschen, welche ihre Ideen für eine Lebensbeendigung mit anderen nicht besprechen können, weil sie dadurch Nachteile, Verfemung oder gar den zeitweisen Verlust ihrer Freiheit in einer psychiatrischen Einrichtung befürchten.

Hinzu kommt bei den Kontakten zu DIGNITAS, dass deren suizidalen Ideen nicht nur ernst genommen werden; sie wissen auch, dass sie mit einer Organisation sprechen, welche beim Vorliegen bestimmter Bedingungen durchaus in der Lage ist, zu einem realen Abschied vom Leiden und Leben behilflich zu sein. Dieser Aspekt der Glaubwürdigkeit der Institution unterscheidet sie von anderen, denen es erkennbar hauptsächlich darum geht, lediglich die Anzahl der festgestellten Suizide zu reduzieren. Dieser Aspekt darf auf keinen Fall unterschätzt werden.

Diese offene Unterhaltung über ein sonst schwieriges, tabuisiertes Thema eröffnet die Möglichkeit, alle denkbaren Optionen in Betracht zu ziehen. Dazu gehört, der sich in einer persönlichen Krise befindlichen Person zu raten, sich einer Kriseninterventions-Einrichtung anzuvertrauen, schwer leidenden terminal kranken Menschen zu empfehlen, die Dienste eines Hospizes oder einer erfahrenen und gut eingerichteten Palliativstation in Anspruch zu nehmen, andere Behandlungen vorzuschlagen, Patienten, welche sich von ihrem Hausarzt nicht adäquat behandelt fühlen, zu ermutigen, entweder den Arzt darauf anzusprechen oder ihn zu wechseln, usw.; immer entsprechend den konkreten Bedürfnissen des aktuell um Hilfe nachsuchenden Menschen. Mehr als ein Drittel der Telefonarbeit, welche vom DIGNITAS-Team Tag für Tag erbracht wird, besteht in der Beratung von Personen, die nicht Mitglieder des Vereins sind<sup>21</sup> und die dennoch auf offene Ohren und frei von jeder Verpflichtung erbrachte Beratung stossen.

---

<sup>20</sup> Siehe «Das Beratungs-Konzept von DIGNITAS»  
<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-umfassendeberatung-unifribourg-05042014.pdf>  
Seite 8 ff.

<sup>21</sup> Siehe dazu: «Erfassung und Auswertung Beratungsgespräche»  
[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=de)



Nach mehr als sechzehn Jahren dieser Tätigkeit zeigen uns unsere Erfahrungen im Bereich der Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen, dass – paradoxerweise – die Option eines begleiteten Suizids, welche die verheerenden Risiken ausschliesst, die mit einem einsam unternommenen Suizidversuch einhergehen, eine der erfolgreichsten Methoden ist, um Suizidversuche und Suizide zu vermeiden. Um es deutlich zu sagen: Es mag paradox erscheinen, aber um Suizidversuche vermeiden zu können, muss man «Ja» zum Suizid sagen. Nur wenn der Suizid als Fakt akzeptiert wird, indem man ihn grundsätzlich als eines der Mittel begreift, welche dem Menschen gegeben sind, um sein eigenes Leben beenden zu können, und indem man auch das Verlangen eines Menschen, sein Leben beenden zu dürfen und zu können, respektiert, ist man in der Lage, das Tor so zu öffnen, damit in der Folge nach der Lösung des Problems gesucht werden kann, welches das Individuum überhaupt dazu geführt hat, suizidal zu werden.

Das Wissen darum, dass eine wirkliche Option besteht, hilft, vom Versuch eines Suizids mit ungenügenden und unwürdigen Methoden Abstand zu nehmen. Darüber hinaus werden dann, wenn sich ergibt, dass Suizid wirklich die adäquate Lösung für das Problem darstellt, Angehörige und Freunde in den Vorbereitungsprozess mit einbezogen und ermuntert, – sollte es wirklich dazu kommen – während der letzten Stunden anwesend zu sein. Dies gibt allen die Chance, sich mental auf den Abschied einer suizidal gewordenen geliebten Person vorzubereiten und auf diese Weise der Person, welche gehen will, Unterstützung und Wertschätzung bis zu deren Lebensende zu bezeugen.

An dieser Stelle halten wir es für angebracht, zwei Hauptargumente der Gegner jeglicher Gesetzgebung für begleiteten Suizid oder andere Formen von Sterbehilfe unter die Lupe zu nehmen. Sie behaupten, jede Form der Legalisierung könnte Druck auf «verletzliche» oder «schwache» Individuen auslösen, ihr Leben zu beenden, beispielsweise weil sie von anderen dazu gedrängt werden könnten, für diese nicht länger eine Belastung darzustellen. Ausserdem wird argumentiert, eine gesetzliche Regelung könnte zu einem «Dambruch» führen, also einem nicht mehr aufhaltbaren Anwachsen der entsprechenden Zahlen. Im Allgemeinen wird dabei unterstellt, Individuen von weniger als 18 oder 16 Jahren oder Menschen, die von medizinischer Pflege abhängig sind sowie jene, denen es an Urteils- und Willensfähigkeit gebricht (beispielsweise zufolge einer Demenzerkrankung), gehörten zu dieser Klasse der «Verletzlichen».

Es ist inzwischen jedoch belegt, dass begleiteter Suizid rein gar nichts mit «verletzlichen» oder «schwachen» Menschen zu tun hat. Die Beweise dafür, dass solche Folgen nicht eintreten, liegen beispielsweise im amerikanischen Bundesstaat Oregon, aber auch in der Schweiz, offen zutage. Da sind in erster Linie die äusserst detailreichen und aussagekräftigen Berichte des Gesundheitsministeriums des US-Bundesstaats Oregon zu nennen, auf die schon weiter vorne hinge-

wiesen worden ist.<sup>22</sup> Zum anderen zeigen die Zahlen der Stadt Zürich, in welcher vor mehr als zehn Jahren erlaubt worden ist, begleitete Suizide auch in den städtischen Alters- und Pflegeheimen mit ihren insgesamt etwa 16 000 Pensionären durchzuführen, keinerlei steigende Tendenz: die jährliche Anzahl von Freitodbegleitungen verblieb stets zwischen null und drei.<sup>23</sup> Sodann sollte nicht übersehen werden: «Verletzlich» ist ein Vorurteils-Argument, welches vom wirklichen Problem ablenkt. Jene, die suizidal werden, werden mit ihrem Problem allein gelassen, denn es gibt noch immer das Tabu, welches dieses Thema beherrscht. Die Befürchtung eines Menschen, deswegen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen zu werden, oder dass seine suizidalen Ideen verurteilt, herabgesetzt, ignoriert oder nicht ernst genommen werden, ist enorm und bestimmend. Diese Menschen sind die wirklich Verletzlichen. Das Journal of Medical Ethics veröffentlichte eine Arbeit mit dem Titel «Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups»<sup>24</sup>. Der relevante problembezogene Teil des Abstracts lautet:

*«Hintergrund: Debatten über die Legalisierung ärztlich unterstützten Suizids (PAS) oder Euthanasie warnen häufig vor einem ‚Dammbruch‘ und sagen den Missbrauch von Personen in verletzlichen Gruppen voraus. Um diese Bedenken abzuklären, haben die Autoren Daten aus Oregon und den Niederlanden, den zwei hauptsächlichsten Rechtsordnungen, in welchen ärztlich begleiteter Suizid legal ist, untersucht, und es wurden Daten über einen substantiellen Zeitraum gesammelt.*

*Methoden: Die Daten von Oregon (wo PAS, jetzt Tod unter dem Oregon ‚Death with Dignity Act‘ genannt, legal ist) umfassten alle jährlichen und kumulativen Berichte des Departements für Humandienste 1998-2006 sowie drei unabhängige Studien; die Daten aus den Niederlanden (wo sowohl PAS wie auch Euthanasie jetzt legal sind), umfassten alle vier von Regierungskommissionen erstellten landesweiten Studien über das Zustandekommen von Lebensende-Entscheidungen (1990, 1995, 2001 und 2005) sowie Spezialstudien. Dabei wurde nach Belegen für unverhältnismässige Beeinflussung von zehn Gruppen potentiell verletzlicher Patienten gesucht.*

*Ergebnisse: Die Raten begleiteter Sterbefälle in Oregon und in den Niederlanden zeigten keine Anhaltspunkte für erhöhte Risiken für Ältere, Frauen, Nicht-*

---

<sup>22</sup> Siehe Fussnote 11

<sup>23</sup> Siehe das Interview mit Dr. Albert Wettstein, ehemaliger Stadtarzt von Zürich, online: <http://www.derbund.ch/schweiz/standard/Natuerlicher-als-mit-Schlaeuchen-im-Koerper-auf-den-Tod-zu-warten/story/13685292?track>

<sup>24</sup> Battin et al., «Legales ärztlich begleitetes Sterben in Oregon und den Niederlanden: Beweis, welche die Wirkung auf Patienten in verletzlichen Gruppe betreffen», Journal of Medical Ethics 2007;33:591-597; doi: 10.1136/jme.2007.022335, online abrufbar: <http://jme.bmj.com/content/33/10/591.abstract>

*Versicherte (nicht anwendbar in den Niederlanden, wo jedermann versichert ist), Personen mit tiefem Bildungsstand, Arme, körperlich Behinderte oder chronisch Kranke, Minderjährige, Personen mit psychischen Krankheiten einschliesslich Depression, oder rassische oder ethnische Minderheiten, verglichen mit den Hintergrundbevölkerungen. Die einzige Gruppe mit einem erhöhten Risiko waren Personen mit AIDS. Während aussergesetzliche Fälle nicht im Fokus dieser Studie standen, wurden in Oregon keine entdeckt; unter den aussergesetzlichen Fällen in den Niederlanden war kein Anhaltspunkt für höhere Anteile in verletzlichen Gruppen vorhanden.*

*Schlussfolgerungen: Wo begleitetes Sterben bereits legal ist, gibt es keine offensichtlichen Anhaltspunkte für die Behauptung, dass gesetzlich zulässige PAS oder Euthanasie eine unverhältnismässige Auswirkung auf Patienten in verletzlichen Gruppen bewirken. Jene, welche in den untersuchten Rechtsordnungen ärztlich unterstützt starben, machten den Eindruck, dass sie sich vergleichbarer gesellschaftlicher, wirtschaftlicher, bildungsmässiger, beruflicher oder anderer Privilegien erfreuten.»*

Angemerkt sei zudem, dass nicht jedes Individuum, welches von Aussenstehenden als verletzlich betrachtet wird, persönlich diese Sichtweise teilt. Es darf nicht übersehen werden: Nur eine ganz feine Linie bildet die Grenze, wo Schutz sich in unerwünschten Paternalismus verkehrt.

Bezüglich des «Dambruch»-Arguments sei auch auf die Äusserungen des Ordinarius für Rechtsethik an der Universität Hamburg, Deutschland, Dr. iur. Reinhard Merkel, verwiesen, welcher in seinem Bericht «Das Dambruch-Argument in der Sterbehilfe-Debatte» dieses Argument besonders untersuchte.<sup>25</sup> In diesem Bericht betonte er, dass Argumente dieser Art stets die am meisten missbrauchten Überzeugungsinstrumente in öffentlichen Debatten über umstrittene Fragen waren. Stets waren sie die erprobten Rückzugsräume von Ideologen und Demagogen.

Die Frage ist nicht, ob jemand Gebrauch von begleitetem Suizid macht: In der Tat nimmt die Mehrzahl der DIGNITAS-Mitglieder, welche die Vorbereitung eines begleiteten Suizids beantragt haben und denen das «provisorische grüne Licht» mitgeteilt worden ist, diese Option letztlich nicht in Anspruch. Eine Studie über unsere Arbeit, welche 387 Mitgliederakten untersuchte, in welchem einem Mitglied nach dem bei DIGNITAS üblichen Verfahren mitgeteilt worden ist, ein Arzt habe ein «provisorisches grünes Licht»<sup>26</sup> gegeben, wie wir dies nennen, – was bedeutet, dass er grundsätzlich bereit sei, im betreffenden Fall das

<sup>25</sup> In: Frank Th. Petermann (Hrg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, S. 125-146.

<sup>26</sup> Zur Erläuterung empfiehlt sich die Lektüre der DIGNITAS-Informationsbroschüre, Seite 6 -7, online: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf>

Rezept für das letale Medikament auszustellen –, hat ergeben, dass 70 % der Mitglieder seit jener Mitteilung sich nicht mehr gemeldet haben. Nur 14 % machten bis zum Zeitpunkt der Studie von der Option Gebrauch, meist erst nach erheblichem Zeitablauf.<sup>27</sup> Für viele Mitglieder bedeutet die Aussicht auf ein solches Rezept die Rückkehr zu persönlicher Wahlmöglichkeit, in einer Zeit, in welcher ihr Schicksal ganz wesentlich von ihrem Leiden bestimmt wird. Es erlaubt manchen, der künftigen Entwicklung ihrer Krankheit mit Ruhe entgegenzusehen und nicht vorzeitig einen begleiteten Suizid oder gar einen Suizidversuch mit all seinen Risiken und schrecklichen Konsequenzen vorzunehmen.

Dies zeigt, dass eine freiheitliche Lösung, welche das Individuum, welches die Beendigung seines Leidens wünscht, vollumfänglich respektiert, wesentlich bessere Ergebnisse bietet, als dies Vorgänge bewirken können, welche in derartigen Situationen einen Menschen seiner Würde, persönlichen Freiheit und Verantwortung für sich selbst berauben.

## 5. Zum Thema Verfassungsverbot von Sterbehilfe

Nach diesen Darlegungen, welche auf unserer langjährigen praktischen Erfahrung in der Beratung von Personen, die an Suizid denken, und der Kenntnis der seit Jahren feststellbaren Entwicklungen in zahlreichen Staaten in diesem Bereich beruhen, gestatten wir uns – einem bemerkenswerten Wort der Kanzlerin der Bundesrepublik Deutschland vor der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zu Strassburg<sup>28</sup> und einem Satz im aktuellen Programm der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands<sup>29</sup> folgend –, Ihnen einige Ausführungen zur Absicht zu unterbreiten, gemäss Koalitionsvereinbarung ein Verbot von Sterbehilfe in die österreichische Verfassung einzufügen bzw. eine parlamentarische Enquetekommission mit der Vorbereitung solch eines Eingriffs in die Verfassung zu beauftragen.

Es gibt weder aktuell noch auf einige Zukunft hinaus, weder in Österreich noch in anderen Staaten, die Mitglied des Europarates sind, nennenswerte und ernst zu nehmende politische oder andere Bewegungen, welche die Aufhebung des in

<sup>27</sup> Auszug aus der Studie, online <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/studie-mr-weisse-dossier-prozentsatz-ftb.pdf>

<sup>28</sup> Dr. Angela Merkel erklärte dort am 15. April 2008: «Deshalb ist es gut – das will ich an dieser Stelle ausdrücklich hervorheben –, dass es in Europa eine Pflicht zur gegenseitigen Einmischung gibt, wenn es um Menschenrechte geht. In Fragen der Menschenrechte gibt es keine inneren Angelegenheiten eines Landes, mit denen man sich vor Beurteilungen zum Beispiel des Menschenrechtskommissars schützen kann» Online: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Bulletin/2008/04/32-2-bkin-europarat.html>

<sup>29</sup> Das geltende Programm der SPD enthält folgenden wichtigen Grundsatz: «Die Freiheit des anderen ist Grenze und Bedingung der Freiheit des einzelnen. Freiheit verlangt Freisein von entwürdigenden Abhängigkeiten, von Not und Furcht, aber auch die Chance, individuelle Fähigkeiten zu entfalten und in Gesellschaft und Politik verantwortlich mitzuwirken. Nur wer sich sozial ausreichend gesichert weiss, kann seine Chance zur Freiheit nutzen» Online: [http://www.spd.de/linkableblob/1812/data/berliner\\_programm.pdf](http://www.spd.de/linkableblob/1812/data/berliner_programm.pdf)

allen europäischen Strafgesetzbüchern – mit Ausnahme der Benelux-Staaten – seit langem festgelegte Verbot der Tötung auf Verlangen anstreben. Was die Öffentlichkeit praktisch in ganz Europa jedoch seit langem fordert, ist die Einführung der Möglichkeit einer vernünftigen Art von Sterbehilfe, von Selbstbestimmung auch am Lebensende. Dies hat vor noch nicht allzu langer Zeit auch eine Umfrage in zwölf europäischen Staaten deutlich werden lassen, welche unter anderem die Haltung der Bevölkerung Österreichs ermittelt hat.<sup>30</sup>

Demnach sind 83 % der Österreicher der Auffassung, es sei Sache des Einzelnen, zu bestimmen, wann und wie er sterben wolle. 72 % der Österreicher können sich vorstellen, beim Vorliegen einer sehr schweren Erkrankung selbst Sterbehilfe in Betracht zu ziehen. 85 % der Österreicher möchten, dass Sterbehilfe entweder durch einen Arzt oder einen ausgebildeten Sterbehelfer ermöglicht wird. 77 % der Österreicher sind der Meinung, derartige Sterbehilfe sollte nicht bestraft werden.

Es mag zutreffen, dass in der öffentlichen Debatte verhältnismässig oft der Begriff der «Aktiven Sterbehilfe» verwendet wird. Dazu ist festzuhalten, dass dies oft aus Unwissen um die Fachbegriffe und die verschiedenen Möglichkeiten von Hilfe am Lebensende geschieht – «Sterbehilfe» ist nur ein Sammelbegriff. Immer dann, wenn dem Publikum ausreichend erläutert wird, welche weitreichenden Möglichkeiten mit Palliativhilfe und ergänzend mit begleitetem Suizid geschaffen werden können, verstummt das oberflächliche Verlangen nach «Aktiver Sterbehilfe».

Demzufolge darf festgestellt werden, dass in Österreich keinerlei Gefahr besteht, dass in naher oder ferner Zukunft das Verbot der Tötung auf Verlangen – etwa zugunsten ärztlicher aktiver Sterbehilfe im Sinne der Regelungen in den Niederlanden, Belgien oder Luxemburg – aufzuweichen.

Entsprechend der Maxime von Montesquieu,

*«Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, ist es notwendig, kein Gesetz zu machen»*,

ist deshalb auf eine Ergänzung der Verfassung der Republik Österreich im vorgesehenen Sinne zu verzichten.

Es gibt noch einen anderen – demokratiepolitischen – Grund, auf eine solche Ergänzung der Verfassung zu verzichten. Es ist ein Grund des politischen Stils.

Regierende Parteien europäischer Staaten, die traditionellerweise demokratisch verfasst sind, tun gut daran, sich bei Ausübung von lediglich auf Zeit seitens der

---

<sup>30</sup> Isopublic-Umfrage «Sterbehilfe in den Augen der Europäer». Online: [http://www.medizinalrecht.org/wp-content/uploads/2013/03/Meinungsumfrageergebnisse\\_Selbstbestimmung\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.medizinalrecht.org/wp-content/uploads/2013/03/Meinungsumfrageergebnisse_Selbstbestimmung_am_Lebensende.pdf)

Wähler verliehener Macht insbesondere in stark und vor allem weltanschaulich umstrittenen Fragen klug zurückzuhalten. Sie sollten deshalb ohne ausreichenden Anlass oder gar Not in derartigen Angelegenheiten keine entsprechenden Entscheidungen auf Verfassungsebene treffen, die sich – einmal in das Grundgesetz eines Staates eingefügt – nur schwer wieder rückgängig machen lassen.

Erfahrungen in anderen Ländern, in welchen die Inhaber formaler verfassungsändernder Mehrheit vitale Interessen von Minderheiten, insbesondere im Bereich der speziell empfindlichen Grundfreiheiten und Menschenrechte, solche Zurückhaltung nicht haben walten lassen, zeigen, dass solches Vorgehen entweder zu ganz tiefgreifenden Spaltungen innerhalb der Gesellschaft oder gar zu revolutionären Situationen führen kann. Derartige Entwicklungen sind für den Kontinent Europa und dessen freiheitlich-demokratisches System, welches in den letzten Jahren in verschiedenen Bereichen bereits in Gefahr geraten ist, kaum von Gutem.

## **6. Schlussfolgerungen**

Es ist nicht zu verkennen, dass einerseits die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte in Strassburg in Fragen der Selbstbestimmung des Individuums in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung erfahren hat. Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung anhand künftiger zu beurteilender Fälle fortsetzen wird.

Aktuell kann auch festgestellt werden, dass in einer Reihe der Staaten des Euro-Parates die Debatte um Fragen der vom Individuum selbstbestimmten Lebensbeendigung den Bereich der Parlamente erreicht hat. In London hat das britische Oberhaus und in Edinburgh das schottische Regionalparlament die sich stellenden Fragen anhand konkreter Gesetzesprojekte, die von Mitgliedern der jeweiligen Kammer vorgelegt worden sind, seriös diskutiert. In beiden Parlamenten werden die aufgeworfenen Fragen durch entsprechende Gremien weiter behandelt. Frankreich wartet seit der Wahl des gegenwärtigen Staatspräsidenten François Hollande darauf, dass dieser sein Wahlversprechen einlöst, einen Gesetzesentwurf für vernünftige Sterbehilfe vorzulegen.

Diskussionen finden in Spanien, Norwegen, Schweden und anderen Staaten Europas statt; in Italien harrt eine beim Parlament eingereichte Volksinitiative ihrer Behandlung.

Auch ausserhalb der Grenzen Europas ist diese Entwicklung festzustellen. In den USA hat neben den Gliedstaaten Oregon und Washington zum ersten Mal ein Parlament, jenes des Ostküstenstaates Vermont, ein Sterbehilfegesetz geschaffen. In Oregon und Washington gehen die bestehenden Gesetze auf Volks-



begehren zurück. Auch Australien nimmt einen Anlauf, in dem eine Vernehmlassung über einen Gesetzesvorschlag, welcher ärztlich unterstützte Sterbehilfe zulässig machen soll, durchgeführt wird.

Bei allen diesen Entwicklungen, die auf die Ängste, Notwendigkeiten und Bedürfnisse von Bürgerinnen und Bürgern zurückzuführen sind, stehen Modelle im Vordergrund, welche ohne «Aktive Sterbehilfe» auskommen.

Untersucht Ihre Kommission oder das Parlament die Verhältnisse in Europa, wird zweifellos bemerkt werden, dass der Anteil der Sterbefälle aufgrund von gesetzlich zulässiger Sterbehilfe verglichen mit der Gesamtzahl der Sterbefälle im europäischen Bereich in jenem Land am niedrigsten ist, in welchem nur (aber immerhin) begleiteter Suizid möglich ist – der Schweiz. Dass die Schweiz gleichzeitig über eine hervorragend funktionierende Palliativversorgung verfügt und es hier auch Palliativmediziner gibt, die mit DIGNITAS kooperieren, belegt, dass nicht «Entweder - Oder» sondern ein liberales «Sowohl als Auch» der richtige Weg ist.

Mit freundlichen Grüßen

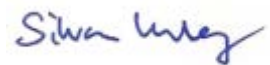
**DIGNITAS**

**Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben**

Der Generalsekretär



Ludwig A. Minelli



Silvan Luley

*Eingelangt am 12.09.2014*