

Christian Schwarzenegger / Patrik Manzoni / David Studer / Catia Leanza

Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält

Erste Resultate einer repräsentativen nationalen Befragung

Im Mai 2010 wurden rund 1'500 Schweizerinnen und Schweizer zu ihren Einstellungen zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe befragt. Eine Mehrheit hält aktive und passive Formen ärztlicher Sterbehilfe sowie die organisierte Suizidbeihilfe für moralisch eher bis sehr richtig und sprach sich klar dafür aus, diese Praktiken rechtlich zu erlauben. Die Meinungen sind aber je nach Fragestellung stark polarisiert. Der «Sterbetourismus», d.h. die Suizidbeihilfe für im Ausland wohnhafte Menschen, wird mehrheitlich abgelehnt. Die Resultate der vorliegenden repräsentativen Studie zeigen, dass die Schweizerinnen und Schweizer in Fragen der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe insgesamt autonomieorientiert und verbots skeptisch eingestellt sind.

Rechtsgebiet(e): Gesundheitsrecht; Sterbehilfe, Tod; Straftaten gegen Leib und Leben

Zitiervorschlag: Christian Schwarzenegger / Patrik Manzoni / David Studer / Catia Leanza, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, in: Jusletter 13. September 2010

Inhaltsübersicht

- 999 I. Einleitung
- II. Aktive und passive Sterbehilfe – Suizidbeihilfe: Begriffe und Unklarheiten
- III. Politische Debatte über eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe – Ziel der Studie
- IV. Methodischer Steckbrief
- V. Kurzbeschreibung der Fälle («Vignetten»)
- VI. Einstellungen zu Formen der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe
- 6.1 Resultate der moralischen Zustimmung aller Befragten
- 6.2 Einstellungen zur rechtlichen Regelung (gesetzliches Verbot)
- 6.3 Womit hängt die Zustimmung zusammen?
- VII. Weitere ausgewählte Resultate
- 7.1 Gründe für die Befürwortung/Ablehnung
- 7.2 Einstellungen zur organisierten Suizidbeihilfe
- 7.3 Wer soll Suizidbeihilfe durchführen?
- 7.4 Organisierte Suizidbeihilfe in der Nachbarschaft
- 7.5 Sterbehilfe für einen selbst
- 7.6 «Sterbetourismus»
- 7.7 Patientenverfügung
- VIII. Fazit
- Literatur
- Anhang

I. Einleitung

[Rz 1] Seit vielen Jahren liegt die Anzahl Todesfälle in der Schweiz bei etwa 60'000 pro Jahr. Aufgrund der Fortschritte in der medizinischen und pflegerischen Betreuung kranker oder verletzter Personen sterben Menschen heute weniger schnell als früher. Die jährliche Sterbeziffer hat sich seit 1969 halbiert. Während 1969 pro 1'000 Männer 12 und pro 1'000 Frauen 8 starben, war die Sterberate im Jahre 2007 unter 1'000 Männern noch 6 und unter 1'000 Frauen 4 (Quelle: Bundesamt für Statistik, Bevölkerungsbewegung – Indikatoren, Neuchâtel 2010).

[Rz 2] Diese erfreuliche Entwicklung führt dazu, dass Frauen und Männer in der Schweiz immer länger leben und immer mehr Personen im Alter von 80 und mehr Jahren sterben. Sie führt aber auch dazu, dass immer weniger Menschen einen sogenannten «natürlichen» oder plötzlichen Tod sterben. Das Sterben ist heute vielfach ein ärztlich gesteuerter und kontrollierter Prozess. Eine europäische Studie aus dem Jahr 2003 (van der Heide et al. 2003, 347, Tabelle 2; vgl. dazu auch Bosshard/Fischer/Faisst 2001; 2005) dokumentiert dies eindrücklich: Von den untersuchten Todesfällen in der Schweiz geschahen nur noch 49% plötzlich oder ohne ärztliche Kontrolle. In 51% der Fälle, also der Mehrzahl, kam es zu **ärztlichen Entscheidungen am Lebensende**.

[Rz 3] Zusammen mit der betroffenen Person treffen Ärzte in diesen Fällen Massnahmen, die das Leben verkürzen. Falls der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann, ist seine Patientenverfügung oder sein mutmasslicher Wille zu befolgen. Zu den häufigsten Entscheidungen am Lebensende gehören der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch durch das Abstellen der künstlichen Beatmung oder Ernährung (28% aller Todesfälle). Relativ häufig ist auch der

Einsatz starker Schmerzmittel mit lebensverkürzender Nebenfolge (22% aller Todesfälle). In seltenen Fällen setzen Ärzte aber auch tödliche Medikamente ein, um dem Leid eines Patienten auf dessen Wunsch schneller ein Ende zu setzen (1,3%). Solche Entscheidungen werden unter dem Stichwort **Sterbehilfe** zusammengefasst, weil sie alle im Zusammenhang mit einem schweren, meist unheilbaren Leiden der sterbewilligen Person stehen.

[Rz 4] Eine andere Form der Entscheidung am Lebensende betrifft die Unterstützung der sterbewilligen Person bei der Selbsttötung. Hier stellt der Arzt ein Rezept für ein tödliches Medikament aus, das der Sterbewillige selbst einnimmt. Häufig wird er dabei von einer Suizidbeihilfeorganisation wie EXIT oder Dignitas beraten und unterstützt. Obschon die **Suizidbeihilfe** relativ selten vorkommt (0,4% aller Todesfälle), steht sie in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund.

II. Aktive und passive Sterbehilfe – Suizidbeihilfe: Begriffe und Unklarheiten

[Rz 5] Der Streit über die Sterbehilfe und Suizidbeihilfe beginnt schon bei den Begriffen. Zunächst ist der **Unterschied zwischen Sterbehilfe und Suizidbeihilfe** wichtig. Wer einem sterbewilligen Menschen dabei hilft, sich selbst zu töten, ist nur ausnahmsweise strafbar – nämlich dann, wenn er aus selbstsüchtigen Beweggründen heraus handelt (Art. 115 StGB). Hinter dieser Regelung steht die Überlegung, dass der Suizid selbst ja auch nicht verboten ist. **Suizidhelfer** sollen daher nur bestraft werden, wenn sie vom Suizid profitieren wollen (näher hierzu Schwarzenegger 2008; Venetz 2008). In der Schweiz haben sich seit rund 30 Jahren verschiedene Vereine etabliert, die in organisierter Form Suizidbeihilfe leisten. Die wichtigsten sind Exit – Deutsche Schweiz (www.exit.ch), Dignitas (www.dignitas.ch), Exit A.D.M.D. Suisse romande (www.exit-geneve.ch) und Ex international (www.exinternational.ch). In der öffentlichen Diskussion werden sie ungenau als «Sterbehilfeorganisation» bezeichnet. Korrekterweise müsste von «Suizidbeihilfe-» oder «Suizidhilfeorganisationen» oder «organisierter Suizidbeihilfe» gesprochen werden. In diesem Bericht werden die vier Begriffe synonym verwendet.

[Rz 6] Anders verhält es sich bei der Sterbehilfe: Wer bei einer sterbewilligen Person den Tod aktiv herbeiführt oder auch nur beschleunigt, begeht grundsätzlich ein Tötungsdelikt (**aktive Sterbehilfe**, Art. 111-114 StGB). Auch ein im Sterben liegender Mensch wird selbstverständlich vom Strafrecht geschützt. Selbst, wenn er seinen Arzt bittet, ihn zu töten, bleibt das aktive Handeln strafbar (Tötung auf Verlangen, Art. 114 StGB). Passives Verhalten, also das Unterlassen von lebenserhaltenden Massnahmen (**passive Sterbehilfe**), ist dann strafbar, wenn ein Aussenstehender eine besondere Rechtspflicht zur Erhaltung des Lebens hat. Das ist etwa bei behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal in einem

Spital der Fall. Verzichtet aber der Patient ausdrücklich auf eine Lebenserhaltung oder hat er das in einer Patientenverfügung so angeordnet, dann entfällt die Rechtspflicht. Das Selbstbestimmungsrecht geht dann vor, und der Behandlungsverzicht ist erlaubt. Die Einteilung in aktive und passive Formen der Sterbehilfe ist in vielen Fällen unklar:

[Rz 7] Viele Juristen und Mediziner bezeichnen etwa den Abbruch einer laufenden Behandlung, zum Beispiel das Abstellen des Beatmungsgerätes, als Form der passiven Sterbehilfe. Das widerspricht dem allgemeinen Sprachgebrauch, denn ob ein Arzt auf den Abstellknopf des Beatmungsgerätes oder auf eine tödliche Spritze drückt, macht keinen Unterschied. Es widerspricht auch dem in der Schweiz für die Abgrenzung zwischen Tun und Unterlassen massgebenden Subsidiaritätsprinzip (BGE 115 IV 203 f.; 120 IV 271; 129 IV 122). Spitzfindige Juristen nennen das erstere ein «Unterlassen durch Tun», aber eigentlich geht es darum, eine Rechtfertigung für das aktive Eingreifen in den Sterbeprozess zu finden. Und eine solche ist (leichter) möglich, wenn man das Abstellen zur Unterlassung zählt.

[Rz 8] Von **indirekter aktiver Sterbehilfe** spricht man, wenn ein Arzt die Schmerzen eines schwerkranken Patienten mit so starken Mitteln bekämpft, dass deswegen als unvermeidbare Nebenfolge auch der Tod schneller eintritt. Rein äusserlich betrachtet ist diese Form der Sterbehilfe direkt aktiv. Das Schmerzmittel wird gespritzt und beschleunigt direkt den Tod. «Indirekt» ist am Handeln des Arztes nur die innere Einstellung. Er spritzt nicht mit der direkten Absicht zu töten. Auch hier dient die begriffliche Unterscheidung dazu, eine Rechtfertigung für das aktive Eingreifen in den Sterbeprozess zu ermöglichen (zu den begrifflichen Abgrenzungen siehe Schwarzenegger 2007a, Vor Art. 111 N 20 ff.; Geth 2010, 4 ff. je m.w.N.).

III. Politische Debatte über eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe – Forschungsstand und Ziel der Studie

[Rz 9] Seit mehreren Jahren wird auf Bundesebene, zum Teil aber auch in den Kantonen, über eine Regulierung und strengere Kontrolle der Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe diskutiert. 2001 kam es zu einer intensiven Debatte über die Zulassung der direkten aktiven Sterbehilfe in Ausnahmefällen. Der Nationalrat lehnte diese Änderung des Strafgesetzbuches jedoch ab. Eine kurz darauf angenommene Motion forderte den Bundesrat dagegen auf, die bestehenden Lücken im Bereich der indirekten aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe zu regeln. Am 4. Juli 2003 beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) die Nationale Ethikkommission mit der Ausarbeitung von Empfehlungen für den Gesamtbereich der Sterbehilfe inklusive der Suizidbeihilfe. In einem Bericht zum Thema «Sterbehilfe und Palliativmedizin

– Handlungsbedarf für den Bund?» kam das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement im April 2006 zum Schluss, dass kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf im Bereich der Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe bestehe.

[Rz 10] Im Sommer 2008 stellte der Bundesrat dagegen fest, es gebe eine kontroverse öffentliche Diskussion über Suizidbeihilfeorganisationen, die eine erneute Überprüfung der Situation notwendig erscheinen liessen. Das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement wurde daher beauftragt, vertieft abzuklären, ob im Bereich der organisierten Suizidbeihilfe spezifische gesetzliche Regelungen erforderlich seien. Gestützt auf den im Mai 2009 vorgelegten Bericht schlug der Bundesrat schliesslich im Oktober 2009 eine Revision des Strafgesetzbuches vor, die in einer ersten Variante ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe, in einer zweiten Variante eine Reihe restriktiver Voraussetzungen für die straflose Suizidbeihilfe vorsieht. In der Vernehmlassung stiess die erste Variante auf weitgehende Ablehnung. Auch die zweite Variante wurde von der Mehrzahl der Vernehmlasser als zu restriktiv bemängelt. Der Bundesrat entscheidet nun über das weitere Vorgehen. Das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement beabsichtigt, bis Ende 2010 unter Berücksichtigung der Vernehmlassungsergebnisse eine Botschaft auszuarbeiten.¹

[Rz 11] Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen, mehrheitlich von Meinungsführern aus den Bereichen Politik, Ethik, Recht und Medizin geführten Debatte erscheint es besonders wichtig, die Einstellungen der Schweizerinnen und Schweizer empirisch zu erfassen und zu analysieren. Aus einer repräsentativen Erfassung der moralischen und rechtlichen Bewertung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe durch die Schweizer Bevölkerung lassen sich wichtige Rückschlüsse für weitere gesetzgeberische Schritte und ihre Akzeptanz finden.

[Rz 12] Die bisherige Forschung zum Thema hat sich in der Schweiz vor allem auf spezifische Berufsgruppen aus dem medizinischen Umfeld beschränkt: So erfragten Fischer et al. (2005) in einer Untersuchung aus dem Jahr 2005 die Einstellungen von Schweizer Ärztinnen und Ärzten (n = 1360) – allerdings nicht mit konkreten Fallbeispielen. Eine weitere Studie aus dem Jahr 2002 (n = 404) verglich die Einstellungen von Ärzten, Pflegepersonal (nurses) und «health care professionals». Zwar gibt es auch ein paar Bevölkerungsbefragungen zum Thema, doch enthalten diese zumeist nur wenige Fragen bzw. nur eine Frage und weisen methodische Mängel auf: Eine von EXIT ADMD in Auftrag gegebene Studie aus dem Jahr 1999 beispielsweise erfragt die Zustimmung zu Sterbehilfe- bzw. Suizidbeihilfehandlungen nur auf einer sehr abstrakten Ebene: «Pensez-vous qu'une personne atteinte d'une maladie incurable et en proie à des souffrances physiques et psychiques intolérables a le droit de demander la mort et d'obtenir une aide pour le faire ou êtes-vous opposé

¹ Alle Dokumente sind abrufbar von der Themenseite «Sterbehilfe» des Bundesamtes für Justiz: <http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.html>

à une telle démarche?» Es kann aus dem erfragten Recht auf Sterbehilfe (aide pour le faire) nicht abgeleitet werden, ob darunter die Verschreibung eines tödlichen Medikaments oder aber auch die direkte aktive Sterbehilfe fällt. Nicht minder problematisch war eine von «SonntagsBlick», «Le Matin Dimanche» und «Il Caffè» in Auftrag gegebene und von Demoscope durchgeführte Befragung der in der Schweiz wohnhaften Personen ab 15 Jahren (n = 500): Die dort gestellte Frage lautete «Sterbehilfe sollte... 1. verboten sein, 2. erlaubt sein, 3. nur in gesundheitlich ausweglosen Situationen erlaubt sein». Auf eine genauere Beschreibung des Begriffs «Sterbehilfe» wurde verzichtet, wodurch die Befragten je nach Erfahrungshorizont zu ganz verschiedenen Sterbehilfe- oder Suizidbeihilfekonstellationen antworteten. Bei Verwendung abstrakter Begriffe besteht zudem die Gefahr der Emotionalisierung. Anstatt der Einstellungen werden dann bloss abstrakte Werthaltungen gemessen. Ähnlich unspezifisch wurde im Rahmen einer neueren Untersuchung über Palliative Care nach der Sterbehilfe gefragt: «Nochmals angenommen, Sie wären unheilbar krank. Würde es für Sie in Frage kommen, Sterbehilfe zu beanspruchen?» (Vodoz 2010, 49). Zum Teil werden bei der Frageformulierung auch die Kategorien der aktiven und passiven Sterbehilfe herangezogen. So lautete eine von Isopublic gestellte – in einer telefonischen Omnibus-Befragung im Oktober 1997 verwendete – Frage: «In der Schweiz ist die passive Sterbehilfe gesetzlich möglich und in den letzten Wochen ist eine neue Diskussion darüber entbrannt. Wenn Sie nun entscheiden könnten, würden Sie die passive Sterbehilfe weiterhin zulassen oder würden Sie diese verbieten?». Dabei werden die Begriffe «aktiv» und «passiv» als bekannt vorausgesetzt – obschon die Zuordnung einzelner Handlungen zu diesen Kategorien selbst unter Experten strittig ist. Wie eine Untersuchung von Weber et al. (2001) zeigte, wussten selbst Ärzte nicht, welche Massnahmen am Lebensende eines Patienten welcher Kategorie zuzuordnen sind.

[Rz 13] Zusammenfassend bestehen also derzeit wenig zuverlässige Daten, die darüber Auskunft geben könnten, was die Bevölkerung zur Zulässigkeit der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe denkt. Das Kriminologische Institut der Universität Zürich trägt diesem Manko Rechnung und führte im Mai 2010 eine Befragung von Schweizerinnen und Schweizern zu diesen Themen durch. Hierzu wurden 1'500 Personen über 15 Jahre zufällig ausgewählt und telefonisch zu ihren Einstellungen befragt. Es handelt sich um die bisher detaillierteste Studie mit einer repräsentativen nationalen Stichprobe sowie um die erste Untersuchung, die die Zustimmung der Schweizerinnen und Schweizer zu realistischen Sterbehilfe- und Suizidbeihilfesituationen erfasst. Erfragt wurden auch Hintergrundfaktoren, welche für die Einstellungen der Bevölkerung ursächlich sein könnten.

IV. Methodischer Steckbrief

[Rz 14] Die Befragten wurden über eine zweifache Zufallsauswahl (zunächst auf Ebene der Haushalte, dann innerhalb des Haushalts) ausgewählt. Die Ausschöpfungsquote der Befragung betrug 63 Prozent. Einschränkungen der Repräsentativität der Umfrage ergaben sich in Bezug auf die jüngeren Befragten. Jugendliche nehmen erfahrungsgemäss weitaus weniger häufig an Telefonumfragen teil und sind aufgrund ihrer grösseren Mobilität nur schwer erreichbar. Das Thema der Umfrage stiess zum Teil bei Älteren sowie Personen mit Kranken oder Verstorbenen in ihrem Umfeld auf Ablehnung. Insgesamt ist der **Rücklauf** aber als **gut** einzuschätzen und **in Bezug auf die Schweizer Bevölkerung** als weitgehend **repräsentativ** anzusehen. Die Fälle wurden für die Auswertungen nach der Haushaltsgrösse gewichtet.

V. Beschreibung der Fälle («Vignetten»)

[Rz 15] Die Einstellungen zur Sterbehilfe wurden durch sechs praxisnahe oder rechtlich bedeutsame Fallbeschreibungen (sog. «Vignetten») erfasst,² in denen Personen Entscheidungen über ihr eigenes Lebensende oder das Lebensende einer anderen Person treffen. Zu jedem Fall gaben die Befragten ihre **moralische Einschätzung** auf einer Zehner-Skala ab, indem sie Handlungen des Arztes oder des Sterbehelfers als «richtig» oder «falsch» zu beurteilen hatten.

[Rz 16] Darüber hinaus wurde erfasst, ob die Befragten die jeweiligen Handlungen des Arztes oder eines Sterbebegleiters einer Sterbehilfeorganisation **gesetzlich verbieten** oder **erlauben** würden. Die Abgrenzung zwischen moralischer und rechtlicher Einschätzung ist deshalb von Bedeutung, weil eine moralische Ablehnung nicht zwingend auch zu einer Forderung nach einem gesetzlichen Verbot führen muss.

[Rz 17] Die sechs Fallbeschreibungen hatten folgenden Inhalt:

Fall 1: Frau Ackermann leidet an unheilbarem Krebs, der sich in ihrem Körper ausbreitet und ihr unerträgliche und nicht aufhörende Schmerzen bereitet. Die Ärzte sagen, dass sie höchstens noch sechs Monate leben wird. Nach langem Überlegen bittet sie ihren Arzt und eine Sterbehilfeorganisation, ihr beim Sterben zu helfen.

1A: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ihr ein tödliches Medikament, damit sie sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann. 1B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung. 1C: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers. **Wenn nun der Arzt auf den Wunsch von Frau Ackermann hin ihr ein tödliches Medikament selber spritzt?** 1D: Moralische Würdigung der *direkten aktiven Sterbehilfe*: Der Arzt spritzt

² Wir danken PD Dr. Georg Bosshard für seine hilfreichen Anmerkungen aus medizinischer Sicht.

ihr ein tödliches Medikament. 1E: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 2: Herr Hollenstein leidet an einer tödlichen Muskelkrankheit. Er ist fast vollständig gelähmt und kann nur noch mit Hilfe eines Beatmungsgerätes atmen. Trotz allem ist Herr Hollenstein bei klarem Verstand und kann seinen Willen noch durch Augenzwinkern ausdrücken. Immer wieder hat er seinem Arzt auf diese Weise zu verstehen gegeben, dass er sterben will (Vorbild: Fall von Piergiorgio Welby, Italien 2006). 2A: Moralische Würdigung der *passiven Sterbehilfe*³: Der Arzt stellt das Beatmungsgerät ab. 2B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 3: Frau Graf ist 54 Jahre alt und hat unheilbaren Lungenkrebs. Sie hat schon mehrere Chemotherapien hinter sich, die aber keine Besserung erzielt haben. Jetzt liegt sie im Spital und hat ständig das Gefühl zu ersticken. Die Ärzte sagen, dass sie bald sterben wird. Darum bittet Frau Graf ihren Arzt, ihr Leiden zu beenden und ihr beim Sterben zu helfen. 3A: Moralische Würdigung der *indirekten aktiven Sterbehilfe*⁴: Der Arzt spritzt ihr ein potentiell lebensverkürzendes Medikament, um ihre Schmerzen zu nehmen. 3B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung. **Stellen Sie sich nun folgendes vor: Weil der Arzt Frau Graf nicht nur von ihrem Leiden befreien, sondern ihren Wunsch nach einem schnellen Tod erfüllen will, spritzt er eine tödliche Dosis des Schmerzmittels. Kurz darauf stirbt Frau Graf.** 3C: Moralische Würdigung der *direkten aktiven Sterbehilfe*: Der Arzt spritzt ihr ein potentiell lebensverkürzendes Medikament, nicht nur um ihre Schmerzen zu lindern, sondern auch, um ihren Wunsch nach einem schnellen Tod zu erfüllen. 3D: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 4: Herr Marbach ist 85 Jahre alt und bei klarem Verstand. Er sieht und hört fast nichts mehr und sitzt im Rollstuhl. Seit einem Jahr braucht er Windeln für Erwachsene. Er findet sein Leben nicht mehr lebenswert und möchte sterben. Er bittet seinen Arzt und eine Sterbehilfeorganisation, ihm beim Sterben zu helfen. 4A: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ein tödliches Medikament, damit er sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann. 4B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung. 4C: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers.

Fall 5: Frau Fischer hat bei einem Skiunfall eine schwere Kopfverletzung erlitten. Seit 10 Jahren liegt die inzwischen 30-Jährige jetzt bewusstlos im Pflegeheim. Sie atmet selbständig, muss jedoch künstlich ernährt und

gepflegt werden. Es ist unwahrscheinlich, dass sie je wieder aufwacht. Sie hat nie gesagt, was mit ihr in dieser Situation geschehen soll (Vorbilder: Fall Terri Schiavo, USA 2005; Eluana Englaro, Italien 2009). 5A: Moralische Würdigung der *passiven Sterbehilfe*⁵ bei Einigkeit der Angehörigen: Der Arzt stellt die künstliche Ernährung ein, da die Angehörigen glauben, dass die Patientin so nicht hätte weiterleben wollen. 5B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung. 5C: Moralische Würdigung der *passiven Sterbehilfe* bei *Uneinigkeit* der Angehörigen: Der Arzt stellt die künstliche Ernährung ein, während die Angehörigen sich nicht einig darüber waren. 5D: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 6: Herr Bühler ist 60 Jahre alt und leidet an Alzheimer. Er kann sich schon nach kurzer Zeit an einfache Sachen nicht mehr erinnern und vergisst manchmal sogar die Namen von seinen Kindern. Er merkt selber, dass er sich immer schlechter erinnern kann und weiss, dass er durch diese Krankheit zu einem Pflegefall wird und schliesslich an ihr stirbt. Diesem Fall möchte er zuvorkommen, solange er noch kann. Er bittet seinen Arzt, und eine Sterbehilfeorganisation, ihm beim Sterben zu helfen. 6A: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ein tödliches Medikament, damit er sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann. 6B: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung. 6C: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers.

VI. Einstellungen zu Formen der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe

6.1 Resultate der moralischen Zustimmung aller Befragten

[Rz 18] Die Befragten wurden gebeten, auf einer Skala von 1 («völlig falsch») bis 10 («völlig richtig») anzugeben, inwiefern sie die Handlungen der Ärzte in den Fallbeispielen als richtig oder falsch erachteten (unabhängig der rechtlichen Situation). Die mittleren Zustimmungswerte der sechs zu beurteilenden Vignetten sind in Abbildung 1 veranschaulicht. Ein Mittelwert von über 5,5⁶ zeigt an, dass die Schweizerinnen und Schweizer das Handeln des Arztes in diesem Fall mehrheitlich als moralisch «richtig» einschätzten:

- Insgesamt wurde das Handeln des Arztes in allen

³ So die vorherrschende Terminologie. Es handelt sich hier um eine wertende Umdeutung eines Tuns in ein Unterlassen, siehe zu den Begriffsproblemen oben 2. In Italien und Polen wird diese Handlung als aktive Tötungshandlung angesehen.

⁴ Wie gesehen ist auch dieser Begriff nicht überzeugend, siehe oben 2.

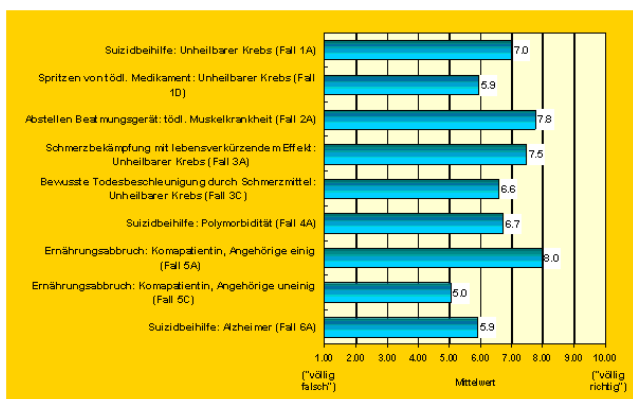
⁵ So die vorherrschende Terminologie. Wird der Versorgungsschlauch einer fix gesetzten Magensonde durchtrennt, wie im Falle von Erika Küllmer, Deutschland 2007, wäre von einer direkten aktiven Sterbehilfe auszugehen.

⁶ Anzumerken ist, dass die meisten Befragten bei einer Skala von 1 bis 10 den Wert 5 als Mitte betrachten. Diese Feststellung hat auf die Interpretation der Resultate keinen Einfluss, weil alle angesprochenen Mittelwerte über 5,5 liegen (Ausnahme: Fall 5C).

ausser einem der Sterbehilfe- und Suizidbeihilfefälle **mehrheitlich als moralisch «richtig»** bewertet.

- Die höchste moralische Zustimmung erfährt der **Ernährungsabbruch** bei einer Wachkomapatientin, wenn die Angehörigen damit einverstanden sind (Fall 5.A). Es zeigt sich aber, dass das moralische Urteil – bei gleicher Handlung des Arztes – völlig anders ausfällt, wenn sich die Angehörigen nicht einig sind, d.h. wenn ein Familienmitglied mit dem Ernährungsabbruch nicht einverstanden ist (Fall 5.C). Hier ist die tiefste moralische Zustimmung zu verzeichnen. Der Wunsch zur Fortsetzung lebenserhaltender Massnahmen mindestens eines Angehörigen ist demnach sehr wichtig für das moralische Urteil.
- Eine hohe moralische Zustimmung findet sich auch beim **Abstellen des Beatmungsgerätes** auf Wunsch des Patienten mit unheilbarer Muskelkrankheit (Fall Welby) und bei der **Schmerzbekämpfung mit unbeabsichtigter lebensverkürzender Nebenwirkung**.
- Bei den drei **Suizidbeihilfefällen** erkennt man eine Rangfolge. Nicht überraschend wird die Rezeptausstellung des Arztes bei einer todesnahen Krebspatientin moralisch überwiegend als «richtig» angesehen, gefolgt von dem begleiteten Suizid eines polymorbiden Hochbetagten (beinahe blind und taub, inkontinent, im Rollstuhl). Etwas geringer ist die moralische Akzeptanz dieser Handlung bei einem sterbewilligen Alzheimerpatienten, doch liegt der Mittelwert bei allen Fällen über 5,5.
- Interessanterweise werden auch **direkte aktive Sterbehilfehandlungen** des Arztes auf Wunsch der todesnahen Patientinnen mehrheitlich als moralisch «richtig» angesehen. Allerdings finden die Befragten bei gleicher Ausgangslage die Suizidbeihilfe (Fall 1) bzw. die indirekte aktive Sterbehilfe (Fall 3) als moralisch «richtiger».

Abbildung 1: Moralische Zustimmung zu Sterbehilfe-Situationen

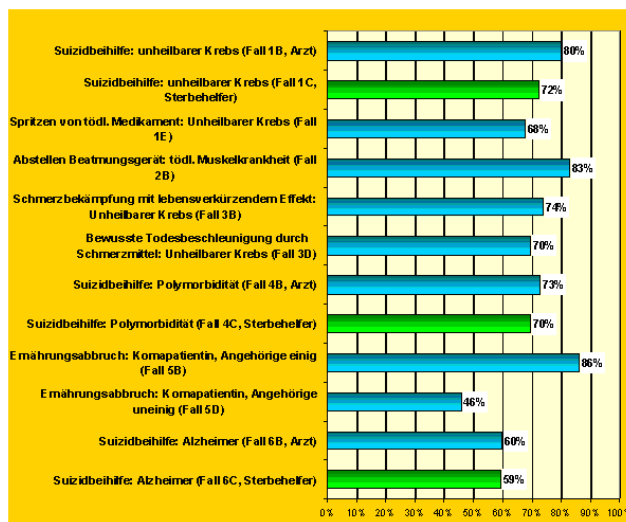


[Rz 19] Bei einer differenzierten Betrachtung der Verteilungen (siehe Anhang) erkennt man bei mehreren Sterbehilfe- und Suizidbeihilfe-Fallkonstellationen ein stark polarisiertes Einstellungsspektrum (siehe Anhang «Moralische Bewertung der Vignetten: Antworthäufigkeiten in Prozent»). Es zeigt sich bei mehreren Vignetten, dass der grösste Prozentanteil in der Kategorie «völlig richtig» liegt, der zweitgrösste Prozentanteil aber bei der Kategorie «völlig falsch». Die divergierendsten Einstellungen tauchen bei den beiden Vignetten zur direkten aktiven Sterbehilfe (Fall 1D und 3C) sowie zur Suizidbeihilfe bei einer Person mit Alzheimerbeschwerden (Fall 6A) auf. Am einheitlichsten sind die Einstellungen beim Fall der Ernährungseinstellung, wenn sich die Angehörigen über den mutmasslichen Willen der Wachkomapatientin einig sind (Fall 5A).

6.2 Einstellungen zur rechtlichen Regelung (gesetzliches Verbot)

[Rz 20] Auf die Frage, ob die in den sechs Fällen geschilderten Sterbehilfe- oder Suizidbeihilfehandlungen des Arztes bzw. bei der Suizidbeihilfe auch des Sterbehelfers gesetzlich verboten oder erlaubt sein sollen, ergab sich das in **Abbildung 2** aufgeführte Gesamtbild:

Abbildung 2: Rechtliche Zustimmung zu Sterbehilfe-Situationen («sollte gesetzlich erlaubt sein»)



- Es lässt sich zunächst festhalten, dass sich über alle Fälle hinweg – ausser bei einer Konstellation – **eine klare Mehrheit** dafür aussprach, dass die beschriebenen passiven und indirekt aktiven Sterbehilfehandlungen oder die Beihilfe zum Suizid gesetzlich erlaubt sein sollten. Selbst die – nach heutiger Rechtslage in der Schweiz verbotenen – Formen der direkten aktiven Sterbehilfe bei Krebspatientinnen in der letzten Lebensphase sollten nach Ansicht der Mehrheit der Befragten gesetzlich erlaubt sein! Mit

68% (Fall 1E) und 70% (Fall 3D) ist dieses Meinungsbild sehr deutlich. Daraus lässt sich schliessen, dass eine gesetzliche Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden und in Belgien existiert, in der Schweiz eine breite öffentliche Zustimmung finden würde.⁷

- Ein **gesetzliches Verbot** wird von einer Mehrheit für den Ernährungsabbruch bei einer Wachkomapatientin verlangt, wenn sich die Angehörigen nicht einig sind (Fall 5D). Dies korrespondiert mit dem moralischen Urteil zum gleichen Fall.
- In den Fällen der Suizidbeihilfe ergibt sich eine **robuste Mehrheit dafür**, dass die Handlungen eines Sterbehelfers, der im Rahmen einer Sterbehilfeorganisation aktiv ist, gesetzlich erlaubt sein sollen. Und zwar gilt dies sowohl für Fälle, in denen eine Person am Lebensende einen Suizid ausführen will als auch für Suizide von polymorbiden Patienten und von Sterbewilligen mit Alzheimer (Fälle 1C, 4C, 6C).

6.3 Womit hängt die Zustimmung zusammen?

[Rz 21] Die Erfassung verschiedener unabhängiger Variablen (soziodemographische Variablen, politische Position auf der Links-Rechts-Skala, Religiosität, u.A.) erlaubte es uns, der Frage nachzugehen, welche Faktoren mit Sterbehilfe-Einstellungen assoziiert sind oder diese beeinflussen. Nachfolgend werden einige Ergebnisse kurz skizziert (siehe auch Tabellen 4-5 im Anhang):

a) Moralische Zustimmung und Religiosität

[Rz 22] Unsere Befragung zeigt, wie wichtig die Religiosität für die Einstellungen zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe ist. Mit Ausnahme der Vignette 5C, welche durchwegs eine negative Einschätzung erfuhr, unterscheidet sich das moralische Urteil von Menschen, in deren Leben Gott eine wichtige Rolle spielt, wesentlich von den Einstellungen der weniger religiösen Befragten. Religiöse Menschen halten Sterbehilfe- und Suizidbeihilfehandlungen statistisch signifikant häufiger für moralisch «falsch».

b) Moralische Zustimmung durch Frauen und Männer

[Rz 23] Frauen unterschieden sich von Männern in der Stichprobe nur geringfügig.

c) Moralische Zustimmung nach dem Bildungsniveau

[Rz 24] Der Bildungsstatus der Befragten verursachte mit einer Ausnahme keine wesentlichen Unterschiede im moralischen Urteil der Befragten.

d) Moralische Zustimmung nach Sprachregion

[Rz 25] Da die Anzahl Befragter aus dem Kanton Tessin aufgrund der zweistufigen Zufallsauswahl zu gering war (n=53), konnte nur die Deutschschweiz (n=1063) mit der Romandie (n=348) einem Vergleich unterzogen werden: Im Falle einer Suizidbeihilfe in Fallbeispiel 1A (unheilbare Krebserkrankung mit starken unkontrollierbaren Schmerzen und geringer Lebenserwartung) waren die Welschschweizer stärker für assistierte Suizidbeihilfe als die Deutschschweizer (Mittelwerte 7,80 vs. 6,76). In Vignette 2A dagegen empfanden die Deutschschweizer Befragten das Ausschalten des Beatmungsgerätes bei einem gelähmten Muskelkranken als moralisch richtiger (Mittelwerte: 8,13 vs. 7,64) als die Romands. In den übrigen Fällen unterschieden sich die Befragten beider Sprachregionen in ihren Bewertungen der moralischen Dimension nicht voneinander.

e) Moralische Zustimmung nach der politischen Position

[Rz 26] Unsere Ergebnisse zeigen, dass die moralische Zustimmung zu den Vignetten kaum davon abhängt, wo sich die Befragten politisch auf einer Links-Rechts-Skala einstufen. Nur bei Vignette 1A (Suizidbeihilfe an einem Krebspatienten) fanden Befragte, die sich politisch links positionierten, die Handlung des Arztes eher «richtig» als politisch rechts Positionierte.

VII. Weitere ausgewählte Resultate

7.1 Gründe für die Befürwortung/Ablehnung

[Rz 27] Mittels sechs Statements, die auf einer Skala von 1 (lehne ich völlig ab) bis 10 (stimme voll und ganz zu) bewertet werden konnten, wurde erfasst, welche Begründungen die Befragten ihren Einstellungen zur Sterbehilfe/Suizidbeihilfe zugrunde legen (siehe Tabelle 1). Am stärksten stimmten diese dem ersten Statement zu, welches die **individuelle Selbstbestimmung** betrifft. Das Mittel auf der verwendeten Zehner-Skala liegt bei 6,5. Ebenfalls überwiegend als zutreffend wurde Statement 5 bewertet. Dieses von Sterbehilfeorganisationen häufig vorgebrachte Argument besagt, dass Sterbehilfeorganisationen durch ihre Tätigkeit Sterbewillige davon abhalten, sich auf eine grausamere Art das Leben zu nehmen.

[Rz 28] Die Statements 3 (Leben als Geschenk Gottes) und 4 (Leid gehört zum Lebensende) hängen stark mit der Gläubigkeit zusammen und könnten daher als eigentliche Religionsargumente bezeichnet werden. Statement 4 erzielte die geringste Zustimmung (Mittel bei 4,2). Weiter wurde auch ein sog. Dammbrech-Argument abgefragt (Statement 2). Es lautet wie folgt: «Wenn man das Verabreichen von tödlichen Medikamenten auf den ausdrücklichen Wunsch eines Patienten hin erlaubt, führt das längerfristig auch dazu, dass man solche Medikamente einsetzt, wenn die Patienten das nicht wollen.» Es findet mehrheitlich Ablehnung in der Bevölkerung.

[Rz 29] Statement 6 schliesslich nimmt auf die Gefahr der

⁷ Das Resultat einer allfälligen Abstimmung ist allerdings abhängig von der Stimmbeteiligung, die bei Befürwortern und Gegner unterschiedlich sein könnte.

gewerbmässigen Betreibung von Suizidbeihilfe Bezug. In ihm äussert sich die Befürchtung, dass Menschen aus finanziellen Gründen zu einem Suizid gedrängt werden könnten. Die Mehrheit sieht dies eher als unzutreffend an (siehe auch im Anhang zur Verteilung der Antworten).

Tabelle 1: Einstellungen zur Sterbehilfe, Skala von 1 («lehne ich völlig ab») bis 10 («stimme voll und ganz zu»)

Rang	Inhalt	Statement	Mittelwert
1	Selbstbestimmung	1. Jeder erwachsene Mensch sollte selber darüber entscheiden dürfen, wann er sein Leben beenden will.	6,48
2	Suizidprävention	5. Wenn jemand wirklich sterben will, aber von seinem Arzt kein tödliches Medikament bekommen kann, beendet er sein Leben halt auf eine andere Art, z.B. mit Schlaftabletten oder indem er vor einen Zug springt.	6,37
3	Religion	3. Das Leben ist ein Geschenk Gottes und der Mensch hat nicht das Recht, darüber zu entscheiden, wann es endet.	5,16
4	Gewerbmässigkeit	6. Sterbehilfe sollte verboten werden, weil die Gefahr einfach zu gross ist, dass Leute versuchen, ein Geschäft daraus zu machen.	4,89
5	Dammbruch	2. Wenn man das Verabreichen von tödlichen Medikamenten auf den ausdrücklichen Wunsch eines Patienten hin erlaubt, führt das langfristig auch dazu, dass man solche Medikamente einsetzt, wenn die Patienten das nicht wollen.	4,60
6	Religion	4. Ich lehne Sterbehilfe ab, weil ich finde, dass auch die Erfahrung von unerträglichem Leid am Lebenden zum Menschenleben dazugehört.	4,18

7.2 Einstellungen zur organisierten Suizidbeihilfe

[Rz 30] Die Befragten hatten vier weitere Statements zur organisierten Suizidbeihilfe zu bewerten (vgl. untenstehende Tabelle 2):

Tabelle 2: Einstellungen zur organisierten Suizidbeihilfe, Skala von 1 («lehne ich völlig ab») bis 10 («stimme voll und ganz zu»)

Statement	Mittelwert
Suizidbeihilfe wie sie von Sterbehilfeorganisationen gemacht wird, ermöglicht ein würdevolles Sterben im Beisein von Angehörigen.	6,43
Sterbehilfeorganisationen sollten auch Menschen mit schwerer psychischer Krankheit bei der Selbsttötung helfen können, wenn sich diese Menschen über die Konsequenzen im Klaren sind.	4,68
Die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um keine weiteren Behandlungskosten zu verursachen.	4,03
Suizidbeihilfe von Sterbehilfeorganisationen sollte auch bei alten Menschen, die kein körperliches Leiden haben, erlaubt sein, wenn sie nicht mehr leben wollen, aber noch bei klarem Verstand sind.	3,86

[Rz 31] Eine hohe Zustimmung erzielte die Aussage, dass Suizidbeihilfe ein würdevolles Sterben im Beisein von Angehörigen ermögliche (Mittelwert: 6,4).

[Rz 32] Relativ deutlich wurde die Aussage abgelehnt, wonach Menschen durch die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen zum Suizid gedrängt werden könnten, um keine Behandlungskosten zu verursachen (Mittelwert: 4,0). Dieses von Kritikern der Suizidbeihilfe (zuletzt Kiener 2010, 284) immer wieder vorgebrachte Argument überzeugt die Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer offensichtlich nicht. Es ist auch vor dem Hintergrund aktueller empirischer Untersuchungen im Bundesstaat Oregon und in den Niederlanden nicht nachvollziehbar, denn dort zeigt sich keine Erhöhung der Suizidbeihilfen in den «verletzlichen Gruppen». Im Gegenteil: die organisierte Suizidbeihilfe wird mehrheitlich von

Personen nachgesucht, die einen höheren sozio-ökonomischen Status einnehmen und ein hohes Bildungsniveau aufweisen (Battin 2007, 591).

[Rz 33] Gegenüber der Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen bei einem Patienten ohne körperliches Leiden, der bei klarem Verstand nicht mehr weiterleben möchte, war die Allgemeinbevölkerung skeptisch eingestellt, wie der niedrige Mittelwert von 3,9 auf einer Zehner-Skala zeigt. Daraus lässt sich schliessen, dass eine Mehrheit ein Verbot von Sterbehilfe für «Lebensmüde» unterstützt. Zum umstrittenen Bereich der Suizidbeihilfe bei psychisch erkrankten Menschen zeigten die Befragungsergebnisse, dass dies ebenfalls nicht auf breite Zustimmung unter der Bevölkerung stösst (Mittelwert von 4,7).

7.3 Wer soll Suizidbeihilfe durchführen?

[Rz 34] 86 Prozent der Befragten antworteten auf die Frage hin, wer bei der Selbsttötung mitwirken solle, dass (1) Ärzte diese Aufgabe übernehmen sollten, gefolgt von (2) speziell ausgebildetem Pflegepersonal (61 Prozent). Weniger als die Hälfte der Befragten, nämlich 43 Prozent, waren der Ansicht, dass Suizidbeihilfe auch durch (3) ausgebildete Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen durchgeführt werden sollte. Die Zustimmung bei (4) «Angehörigen und Freunden» war vergleichbar hoch: 39 Prozent. Nur gerade 3 Prozent waren dagegen der Auffassung, diese Aufgabe könne jedermann übernehmen. 11 Prozent schliesslich befürworteten sie auch bei weiteren – nicht näher benannten – Personen. Hierunter könnten z.B. Geistliche (Pfarrer, Seelsorger, etc.) fallen. Die Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer bevorzugt demnach ein Modell des ärztlich assistierten Suizids.

7.4 Organisierte Suizidbeihilfe in der Nachbarschaft

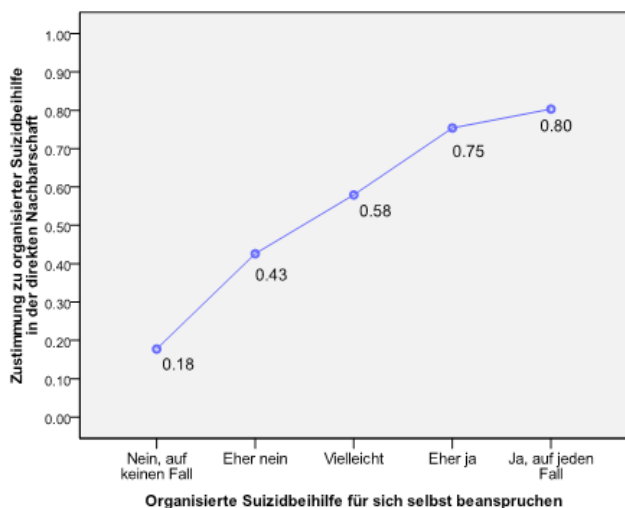
[Rz 35] Eine knappe Mehrheit der Befragten, nämlich 52,5 Prozent, gab an, damit einverstanden zu sein, wenn in ihrer direkten Nachbarschaft Sterbehilfe durch eine Sterbehilfeorganisation durchgeführt werden würde, während 47,5 Prozent dies ablehnten.

[Rz 36] Diese Bereitschaft hängt stark davon ab, ob man sich vorstellen kann, selbst einmal sein eigenes Leben mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation zu beenden (Abbildung 3). Rund 80 Prozent derer, die sich dies «auf jeden Fall» vorstellen können, wären auch bereit, die Tätigkeit solcher Organisationen in ihrer direkten Nachbarschaft zu dulden, wogegen der Anteil derer, die sich das «auf keinen Fall» vorstellen können, bei 18 Prozent liegt.

[Rz 37] In der Presse hat der Umstand für Empörung gesorgt, dass die Sterbehilfeorganisation Dignitas in Wetzikon eine direkt neben einem Kindergarten gelegene Liegenschaft angemietet hat. Anhand der zur Verfügung stehenden Daten konnte der Frage nachgegangen werden, inwieweit die

Ablehnung einer Sterbehilfeorganisation in der Nachbarschaft auf das Vorhandensein von Kindern zurückzuführen ist. Die Ergebnisse zeigten, dass die Zustimmung zur organisierter Sterbehilfe in der direkten Nachbarschaft tatsächlich mit der Anzahl eigener Kinder in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang steht ($r = -.103$; $p > .01$).

Abbildung 3: Prozentuale Zustimmung zu organisierter Suizidbeihilfe in direkter Nachbarschaft in Abhängigkeit, ob man sich vorstellen kann, organisierte Suizidbeihilfe für sich selbst in Anspruch zu nehmen



7.5 Sterbehilfe für einen selbst

[Rz 38] 41 Prozent der Befragten könnten sich «auf keinen Fall» oder «eher nicht» vorstellen, selbst einmal auf die Hilfe einer Sterbehilfeorganisation zurückzugreifen. 36 Prozent könnten sich «auf jeden Fall» oder «eher» schon vorstellen, dies zu tun. Rund 23 Prozent der Befragten waren sich unentschieden und gaben an, «vielleicht» darauf zurückgreifen zu wollen.

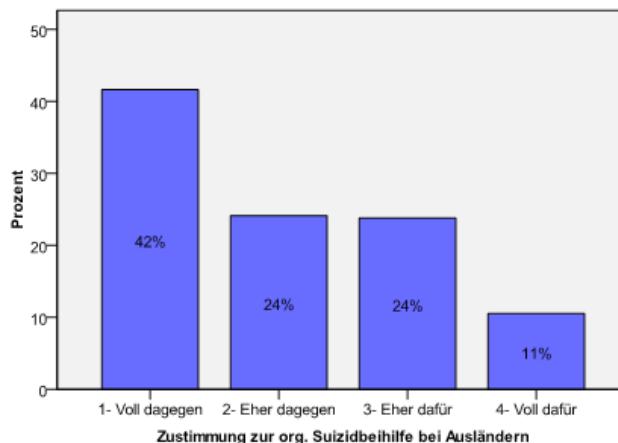
7.6 «Sterbetourismus»

[Rz 39] In der medialen Berichterstattung hat vor allem die in der Schweiz durchgeführte organisierte Suizidbeihilfe für ausländische (und im Ausland wohnhafte) Staatsangehörige für Aufsehen gesorgt, die zum häufig verwendeten Begriff des «Sterbetourismus» geführt hat. Die Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung wurden auch zu diesem umstrittenen Thema befragt, wobei sie «voll dafür», «eher dafür», «eher dagegen» oder «voll dagegen» sein konnten, dass im Ausland wohnhafte Menschen in die Schweiz kommen dürfen, um sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben zu nehmen.

[Rz 40] Die Ergebnisse zeigen, dass sich eine Mehrheit der Befragten gegen die Zulässigkeit der organisierten Suizidbeihilfe an im Ausland wohnhafte Ausländer in der Schweiz

ausspricht: Rund 66 Prozent lehnen dies «voll» oder «eher» ab. 35 Prozent sind demgegenüber «eher» oder «voll dafür». Unter den Ablehnern sind annähernd doppelt so viele «voll dagegen» (42 Prozent) wie «eher dagegen» (24 Prozent). Demgegenüber sind unter den Befürwortern annähernd doppelt so viele «eher dafür» (24 Prozent) wie «voll dafür» (11 Prozent).

Abbildung 4: Zustimmung zur Frage nach der Einstellung gegenüber organisierter Suizidbeihilfe an (im Ausland wohnhaften) Ausländern in der Schweiz



7.7 Patientenverfügung

[Rz 41] Der Gesamtbevölkerungsanteil mit einer Patientenverfügung beträgt 17 Prozent, wobei dieser durch die erwähnte Untervertretung von jüngeren Befragten effektiv tiefer anzusiedeln ist. Während unter den Personen in der Alterskategorie bis 30 Jahren gerade einmal 3 Prozent angaben, schriftlich geregelt zu haben, was mit ihnen passieren sollte, wenn sie einmal schwerkrank werden und nicht mehr selbst darüber entscheiden können, steigt dieser Anteil mit steigendem Alter stark an.

Unseren Daten zufolge hat in der Gruppe der Über-70-Jährigen bereits jeder dritte Befragte eine Patientenverfügung erstellt.

Tabelle 3: Bevölkerungsanteil mit Patientenverfügung in Abhängigkeit des Lebensalters

Altersgruppe	Bevölkerungsanteil mit Patientenverfügung	N
< 30	2,91	191
31-50	7,92	363
51-70	17,91	626
71+	34,06	281
Insgesamt	16,57	1461

VIII. Fazit

[Rz 42] Der Staat hat das Grundrecht auf persönliche Freiheit

zu respektieren. Er muss aber auch dafür sorgen, dass bei Entscheidungen über die gezielte Verkürzung des Lebens keine Fehleinschätzungen passieren. Hierzu bedarf es einer ausreichenden staatlichen Kontrolle und Beschränkung von Sterbehilfe und Suizidhilfe (vgl. Schwarzenegger 2007 am Beispiel der organisierten Suizidhilfe). Welches Mass an rechtlicher Kontrolle ausreicht, darf keine Glaubensfrage sein, denn die moralischen und religiösen Urteile unterscheiden sich sehr. Es gibt verschiedene Regelungsmöglichkeiten. Es ist im demokratischen Prozess zu diskutieren und zu bestimmen, welche rechtliche Kontrolle und Beschränkung der Sterbehilfe und Suizidhilfe den Wertvorstellungen einer Bevölkerung am besten entspricht. Das kann zu einem rechtlichen Rahmen führen, der viele oder alle Formen der Sterbehilfe und Suizidhilfe verbietet und zur strafrechtlichen Verfolgung führt (z.B. Polen, Griechenland, Türkei, für die Suizidhilfe auch Deutschland und Österreich). Es gibt aber auch Gesellschaften, die der individuellen Autonomie mehr Gewicht beimessen und die rechtlichen Verbote enger fassen (Niederlande, Belgien, teilweise auch Frankreich). Die Ergebnisse unserer Studie legen es nahe, die Schweiz der zweiten Ländergruppe zuzurechnen. Insbesondere mit Blick auf die Suizidhilfe ist eine Mehrheit gegen eine Einschränkung in den abgefragten Fallkonstellationen, die in der Praxis der Sterbehilfeorganisationen 99% der Fälle ausmachen. Es zeigt sich aber auch eine skeptischere Haltung bei der Ausdehnung der Suizidhilfe auf Personen mit schweren psychischen Störungen und auf ältere, «lebensmüde» Menschen ohne körperliche Beschwerden. Schliesslich lehnt eine klare Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer die Suizidhilfe zugunsten von Ausländern mit Wohnsitz im Ausland ab. Hier könnte die Lösung in der Einführung einer Pflicht zu einem längeren Aufenthalt in der Schweiz zwecks seriöser (medizinischer) Abklärung der Voraussetzungen der Suizidhilfe und des Sterbewunsches liegen. Mit dieser sachlich begründeten Einschränkung wäre die Ungleichbehandlung von Ausländern mit Wohnsitz im Ausland vertretbar.

Literatur

BATTIN, MARGARET P. et al. (2007): Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in «vulnerable» groups. *Journal of Medical Ethics* 33:591-597

BOSSHARD, GEORG / FISCHER, SUSANNE / FAISST, KARIN (2001): Die Debatte um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz und die MELS-Studie. *Primary Care* 1:600-604 URL: <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-20/2001-20-150.PDF>

BOSSHARD GEORG / FISCHER SUSANNE / FAISST KARIN (2005): Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der MELS-Studie. *Primary Care* 5:799-802 URL: <http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-39/2005-39-378.PDF> EJPD (2006):

Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund? Bern URL: http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/20060531_bersterbehilfe-d.pdf EXIT ADMD (1999): Sondage assistance au suicide et euthanasie active URL: <http://www.exit-geneve.ch/Sondage1.htm>

FISCHER, SUSANNE et al. (2005): Swiss physician's attitudes towards end-of-life decisions and their determinants: a comparison between three language parts. *Swiss Medical Weekly* 135:370-376 URS: <http://www.smw.ch/index.php?id=523&url=/docs/archive200x/2006/23/smw-11260.html>

GETH, CHRISTOPHER (2010): *Passive Sterbehilfe*. Basel

KIENER, REGINA (2010): Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlicher Schutzpflicht. *Zeitschrift für Schweizerisches Recht* 129:I:271-289

SCHWARZENEGGER, CHRISTIAN (2007): Das Mittel zur Suizidhilfe und das Recht auf den eigenen Tod. *Jusletter* 19. März 2007

SCHWARZENEGGER, CHRISTIAN (2007a): Vor Art. 111, in: Niggli, Marcel Alexander / Wiprächtiger, Hans (Hrsg.): *Strafgesetzbuch II. Art. 111-401 StGB. Basler Kommentar. 2. Aufl.*; Basel u.a., 1-102

SCHWARZENEGGER, CHRISTIAN (2008): Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), in: Petermann, Frank Th. (Hrsg.): *Sicherheitsaspekte der Sterbehilfe*. St. Gallen, 81-123

VAN DER HEIDE, AGNES et al. (2003): End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet* 362:345-350 URL: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/endoflifesixcountrys.pdf>

VENETZ, PETRA (2008): *Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*. Zürich

VODOZ, VALLÉRIE (2010): *Palliative care 2009. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. O.O. [GfK Custom Research]

WEBER, MARTIN et al. (2001): Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation - Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz. *Deutsches Ärzteblatt* 98, Nr. 48:3184-3188

Anhang

Tabelle 4: Mittelwerte der moralischen Zustimmung zu den sechs Fall-Vignetten

		Fall 1A	Fall 1D	Fall 2A	Fall 3A	Fall 3C	Fall 4A	Fall 5A	Fall 5C	Fall 6A
Total	Mittelwert	7.02	5.94	7.76	7.47	6.59	6.72	7.97	5.05	5.92
Geschlecht	Männlich	7.07	5.97	7.53	7.38	6.34	7.04	7.79	5.16	6.15
	Weiblich	6.98	5.92	7.93	7.53	6.77	6.48	8.11	4.96	5.74
Alter	<30	7.41	5.61	7.23	6.25	6.14	7.07	7.25	3.77	6.22
	31-50	7.32	6.16	7.77	7.96	6.97	6.94	7.87	4.65	6.15
	51-70	6.96	5.90	7.86	7.58	6.48	6.87	8.24	5.55	5.85
	71+	6.44	5.96	7.89	7.48	6.66	5.91	8.03	5.46	5.66
Sprachregion	Deutsch	6.76	5.74	7.64	7.47	6.49	6.66	8.05	5.04	5.79
	Französisch	7.60	6.36	8.13	7.67	6.97	7.14	7.99	5.16	6.49
	(Italienisch)	7.53	7.25	7.91	6.31	6.41	4.70	5.06	4.16	4.32
Bildung	Tief	6.59	6.05	7.57	6.83	6.73	6.65	7.88	5.07	5.71
	Mittel	7.12	5.99	7.97	7.56	6.72	6.61	8.10	5.16	5.81
	Hoch	7.00	5.68	7.31	7.63	6.09	7.02	7.74	4.79	6.30
Religiosität	Tief	8.32	6.74	8.22	7.75	7.36	8.08	8.68	5.18	7.29
	Mittel	7.60	6.87	8.14	7.60	7.25	7.28	7.75	4.88	6.43
	Hoch	5.89	4.88	7.25	7.04	5.77	5.56	7.83	5.14	4.80
Pol. Position	Links	8.16	6.45	7.99	7.80	7.37	7.43	8.26	5.00	6.01
	Mitte	6.93	5.63	7.63	7.55	6.34	6.63	8.01	5.06	6.01
	Rechts	6.82	6.14	7.69	7.31	6.89	6.85	7.81	4.98	6.11

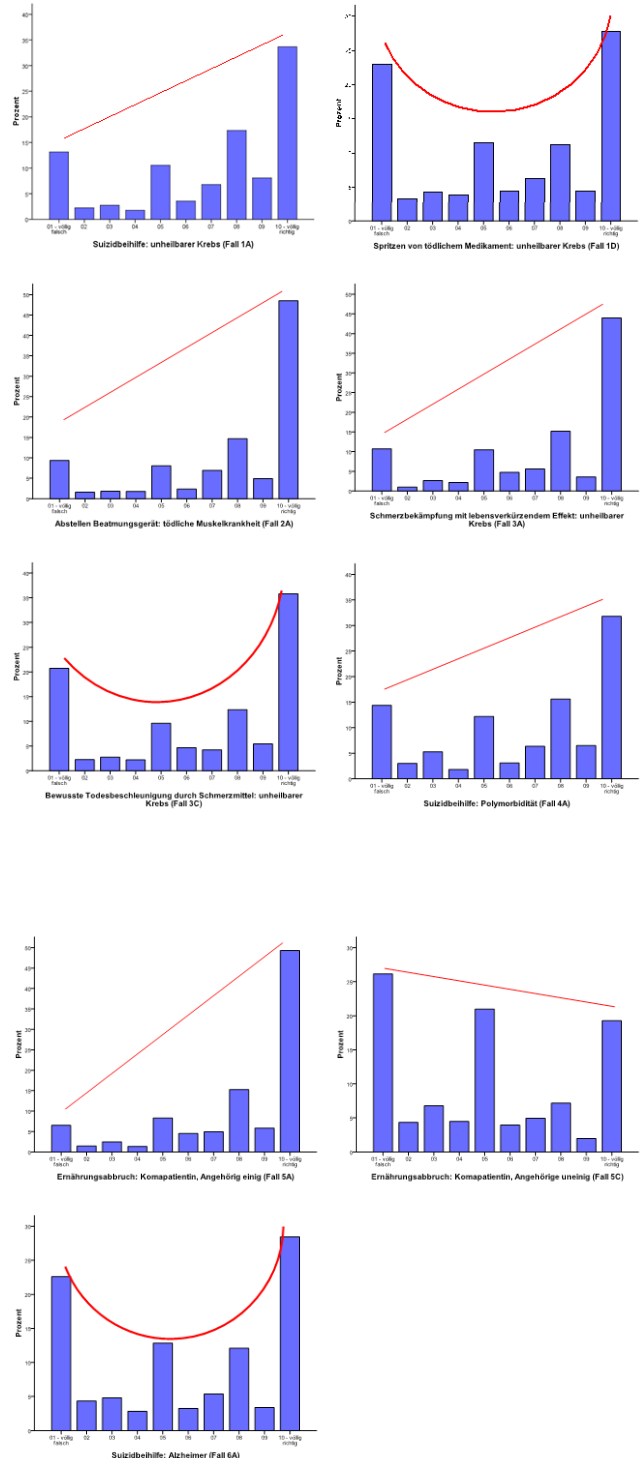
Hinweis: Signifikanz-Tests: Geschlecht (Mann-Whitney-test), Alter (Pearson correlation), Sprachregion (Mann-Whitney-test), Bildung (Spearman correlation), Religiosität (Pearson correlation). Fett+kursiv: $p > .01$, Fett: $p > .05$. N: 683-727.

Tabelle 5: Rechtliche Befürwortung der sechs Vignetten (Anteilswerte)

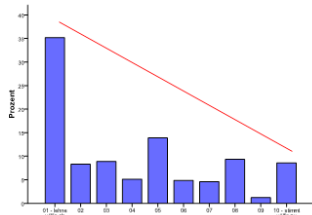
		Fall 1B	Fall 1C	Fall 1E	Fall 2B	Fall 3B	Fall 3D	Fall 4B	Fall 4C	Fall 5B	Fall 5D	Fall 6B	Fall 6C
Total	Anteil	80	72	68	83	74	70	73	70	86	46	60	59
Geschlecht	Männlich	79	70	67	80	71	70	74	69	86	48	63	59
	Weiblich	81	74	68	85	76	69	72	70	86	44	57	59
Alter	15-30	86	70	68	78	47	73	77	67	81	27	60	60
	31-50	84	77	69	81	79	72	79	78	86	33	65	66
	51-70	81	75	68	85	77	67	72	70	88	54	59	58
	71+	68	60	65	84	76	69	63	60	86	59	55	63
Sprachregion	Deutsch	78	70	66	82	74	68	72	69	87	45	56	57
	Französisch	86	80	72	87	78	77	80	74	87	51	72	68
	(Italienisch)	77	73	72	83	51	59	50	36	50	30	33	43
Bildung	Tief	80	69	74	78	68	72	73	67	84	35	56	58
	Mittel	80	73	67	85	75	71	72	68	86	49	56	56
	Hoch	79	72	65	78	75	64	75	74	88	47	70	67
Religiosität	Tief	91	82	79	89	73	80	86	81	95	49	79	78
	Mittel	91	82	79	87	78	77	80	76	85	42	66	65
	Hoch	67	60	54	77	70	59	60	58	80	49	45	45
Pol. Position	Links	89	80	72	92	72	79	80	79	89	45	64	75
	Mitte	80	72	67	83	76	67	72	69	89	46	60	60
	Rechts	77	69	68	82	73	74	77	68	80	45	61	50

Hinweis: Signifikanz-Tests: Geschlecht (Mann-Whitney-test), Alter (Pearson correlation), Sprachregion (Mann-Whitney-test), Bildung (Spearman correlation), Religiosität (Pearson correlation). Fett+kursiv: $p > .01$, Fett: $p > .05$. KI=95%-Konfidenzintervall. N: 650-714.

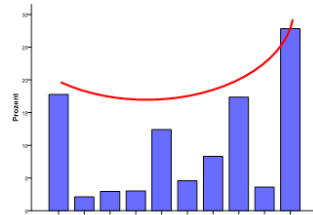
Moralische Bewertung der Vignetten: Antworthäufigkeiten in Prozent



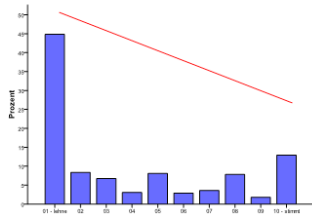
Einstellungen zur organisierten Sterbehilfe: Antworthäufigkeiten in Prozent



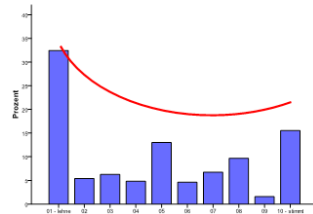
43. Die Tätigkeit von Sterbehilfe-Organisationen führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um keine weiteren Behandlungskosten zu verursachen.



44. Suizidbeihilfe wie sie von Sterbehilfe-Organisationen gemacht wird, ermöglicht ein gewünschtes Sterben im Betreu von Angehörigen.



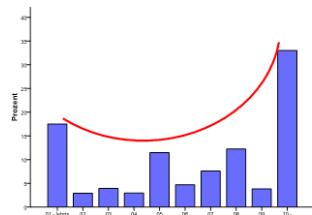
45. Suizidbeihilfe von Sterbehilfe-Organisationen sollte auch bei alten Menschen, wo kein körperliches Leiden besteht, erlaubt sein, wenn sie nicht mehr leben wollen, aber noch bei klarem Verstand sind.



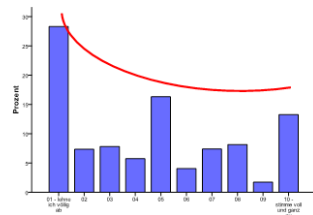
46. Sterbehilfe-Organisationen sollten auch Menschen mit schwerer psychischer Krankheit bei der Selbsttötung helfen können, wenn sich diese Menschen über die Konsequenzen im Klaren sind.

* * *

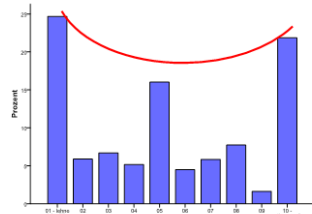
Einstellungen zur Sterbehilfe («Gründe»): Antworthäufigkeiten in Prozent



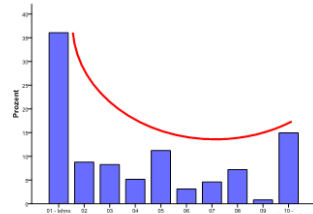
31. Jeder erwachsene Mensch sollte selber darüber entscheiden dürfen, wann er sein Leben beenden will.



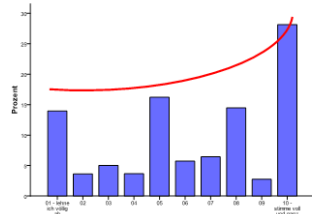
32. Wenn man das Verabreichen von tödlichen Medikamenten auf den ausdrücklichen Wunsch von einem Patienten hin erweist, führt das längerfristig auch dazu, dass man solche Medikamente einsetzt, wenn die Patienten das nicht wollen.



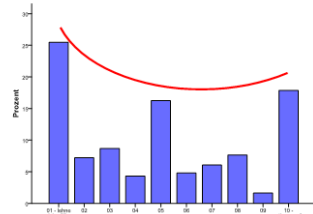
33. Das Leben ist ein Geschenk Gottes und der Mensch hat nicht das Recht, darüber zu entscheiden, wann es endet.



34. Ich lehne Sterbehilfe ab, weil ich finde, dass auch die Erfahrung von unerträglichem Leid am Lebensende zum Menschenleben dazugehört.



35. Wenn jemand wirklich sterben will, aber von seinem Arzt kein tödliches Medikament bekommen kann, bedeutet er sein Leben halt auf eine andere Art, z.B. mit Schlafmitteln oder indem er vor einen Zug springt.



36. Sterbehilfe sollte verboten werden, weil die Gefahr einfach zu gross ist, dass Leute versuchen, ein Geschäft daraus zu machen.

Prof. Christian Schwarzenegger ist Ordinarius für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie an der Universität Zürich. Dr. Patrik Manzoni ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Kriminologischen Institut und Soziologe. Cand. lic. phil. David Studer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Kriminologischen Institut und studiert Soziologie, Strafrecht und Philosophie. BLaw Catia Leanza ist wissenschaftliche Mitarbeiterin