

Christian Schwarzenegger/ Makoto Ida (Hrsg.)

# Autonomie am Lebensende – Kultur und Recht

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz und in Japan

DIKE 

© 2018 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen; ISBN 978-3-03751-977-6  
Dieses digitale Separatum wurde der Autorenschaft vom Verlag zur Verfügung  
gestellt. Die Autorenschaft ist berechtigt, das Separatum 6 Monate nach Erschei-  
nen des gedruckten Werks unter Hinweis auf die Erstpublikation weiterzuveröf-  
fentlichen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist weltweit urheberrechtlich geschützt. Insbesondere das Recht, das Werk mittels irgendeines Mediums (grafisch, technisch, elektronisch und/oder digital, einschliesslich Fotokopie und downloading) teilweise oder ganz zu vervielfältigen, vorzutragen, zu verbreiten, zu bearbeiten, zu übersetzen, zu übertragen oder zu speichern, liegt ausschliesslich beim Verlag. Jede Verwertung in den genannten oder in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlags.

© 2018 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen

ISBN 978-3-03751-977-6

[www.dike.ch](http://www.dike.ch)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	V
MAKOTO IDA	
<b>Selbsttötung und Selbstbestimmung im Sterben</b> Eine Problemskizze aus japanischer Perspektive	1
CHRISTIAN SCHWARZENEGGER	
<b>Verfassungsrechtliche Aspekte der Sterbehilfe und die Konsequenzen für das Strafrecht</b>	9
KATSUNORI KAI	
<b>Entscheidungen am Lebensende in Japan</b>	25
BRIGITTE TAG	
<b>Lebensende – Sterbehilfe und assistierter Suizid in der Schweiz</b>	43
MAKOTO IDA	
<b>Der aktuelle Stand der Diskussion über die Sterbehilfe in Japan</b>	59
SHINTARO KOIKE	
<b>Strafrechtliche Beurteilung der Sterbehilfe in Japan</b>	75
GIAN EGE	
<b>Die Rechtfertigung der indirekt aktiven Sterbehilfe</b> Einwilligung in eine nicht einwilligungsfähige Handlung?	89

KANAKO TAKAYAMA

**Über die Problematik der «Advance Directives»  
in Japan**

Patientenverfügung und ärztliche Behandlung am Lebensende 125

Anhang

**Tribunal de police du district de Boudry, Jugement  
du 6 décembre 2010**

135

Verzeichnis der Autoren

149

# Lebensende – Sterbehilfe und assistierter Suizid in der Schweiz<sup>1</sup>

Brigitte Tag

## Inhaltsverzeichnis

I.	Ausgangslage	43
II.	Sterbehilfe allgemein, Fremdtötung und Teilnahme an der Selbsttötung	46
	1. Abgrenzung von Fremdtötung und Suizidbeteiligung	46
	a) Selbsttötung und Suizidbeteiligung	46
	b) Sterbehilfeorganisationen	51
	c) Fremdtötung	52
	aa) Tötung durch aktives Tun	52
	bb) Indirekte aktive Sterbehilfe	53
	cc) Unterlassen lebensverlängernder ärztlicher Behandlung	54
III.	Ausblick	56

## I. Ausgangslage

Zeit und Modalitäten des Endes eines menschlichen Lebens waren lange Zeit primär dem Schicksal überlassen. Tödliche Krankheiten wurden bis zu dem Zeitpunkt ausgestanden, in dem der Körper keine Kraft mehr hatte, weiterzuleben. Gestorben wurde in der Regel daheim, der Tod gehörte zum Leben. Mit der Auflösung der Grossfamilien und der Urbanisierung begann ein Paradigmenwechsel. Krankheit, Sterben und Tod wurden zunehmend in Spitäler, Heime und sonstige Pflegeeinrichtungen ausgelagert. Die Angst vieler, insbesondere älterer Personen, ins Spital zu gehen, beruhte auf der damaligen Vorstellung, dass eben dort gestorben wird. Das Spital wurde als Sackgasse erlebt. Die Sterberoutine gestaltete sich vielfach nach einem Muster: Sterbende und Tote wurden aus dem Spitalzimmer, damals waren grosse Mehrbettzimmer die Re-

---

<sup>1</sup> Ich danke meinem Lehrstuhl-Team und Frau MLaw Isabel Baur für die redaktionelle Unterstützung bei der Erstellung dieses Beitrages. Der vorliegende Beitrag ist die Fortentwicklung meines bereits veröffentlichten Schrifttums zum Lebensende/assistierten Suizid, namentlich meines in der ZStW 2016 veröffentlichten Beitrages.

gel, in die Abstellkammer oder das Badezimmer geschoben. Die medizinische Begleitung beim Sterben war rudimentär, Ärzte kamen selten vorbei, dafür aber Spitalseelsorger, soweit sie gerufen wurden. Palliativmedizin und Sterbehospize waren die Ausnahme.

Das hat sich grundlegend geändert. Elisabeth Kübler-Ross, die bekannte schweizerisch-US-amerikanische Psychiaterin, die als Begründerin der Sterbeforschung gilt, hat mit ihren Arbeiten zu einem besseren Verständnis des Umgangs mit Sterben und Tod beigetragen. Gleichzeitig entwickelten Gesellschaft und Medizin ein aufgeklärtes Verständnis im Umgang mit dem Patienten, seiner Würde und seinem Recht auf Selbstbestimmung, auch für seine letzte Lebensphase. Dies hat Auswirkungen auf die Medizin, die Ethik und das Recht am Lebensende. Die wissenschaftliche Aufarbeitung des komplexen Themas, wie in der Schweiz gestorben wird, und das Bereitstellen dieses Wissens für diejenigen, die im Gesundheitswesen, in der Politik und den Berufsgruppen, die sich mit der Betreuung von Menschen am Lebensende befassen, entscheiden, hat sich der Schweizerische Nationalfonds zur Aufgabe gemacht. In seinem auf fünf Jahre ausgelegten Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, befassten sich seit dem Jahr 2011 33 Projekte aus unterschiedlichen Fachrichtungen mit diesem wichtigen Thema.<sup>2</sup> Die Forschungsergebnisse wurden ab 2016 schrittweise veröffentlicht.

Stellt man das Recht in den Mittelpunkt der Betrachtungen, ergeben die Bestimmungen der Bundesverfassung (BV)<sup>3</sup>, der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK)<sup>4</sup>, des Straf-, Zivil- und des Öffentlichen Rechts auf Bundesebene, aber auch kantonale Regelungen und ethische Richtlinien bzw. Empfehlungen ein weitverzweigtes Regelwerk bezogen auf das Lebensende. Es wäre dennoch ein Fehlschluss, wollte man davon ausgehen, dass zu allen zentralen Fragen des Lebensendes das Recht allgemeingültige Antworten bereithält. Das muss kein Nachteil sein, soweit daraus keine unverhältnismässige Rechtsunsicherheit entsteht.

Im Mittelpunkt der rechtlichen Fragen zum Lebensende stehen das Recht auf Leben und die persönliche Freiheit, einschliesslich der Autonomie, die Men-

---

<sup>2</sup> Näher <http://www.nfp67.ch/de> (alle elektronischen Fundstellen zuletzt aufgerufen am 28. März 2018).

<sup>3</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101.

<sup>4</sup> Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950, SR 0.101, sie ist für die Schweiz seit dem 28. November 1974 in Kraft.

schenwürde, aber auch die Glaubens- und Gewissensfreiheit und der Schutz der Gesundheit. Der Schutz dieser Grundrechte bzw. Sozialziele spiegelt sich in verschiedenen Gesetzen, wie dem Strafgesetzbuch (StGB)<sup>5</sup>, dem Zivilgesetzbuch (ZGB)<sup>6</sup>, dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)<sup>7</sup> und den kantonalen Regelungen wider.<sup>8</sup>

Das im Kontext Lebensende prominent diskutierte Recht, die Umstände des eigenen Todes («right to die») selbst zu bestimmen, wird in der Schweizer Rechtsordnung aus der Zusammenschau etlicher verfassungsrechtlicher Bestimmungen abgeleitet. Massgebend sind insbesondere der Schutz der Menschenwürde (Art. 7 BV) und die persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV). Letztere garantiert alle Aspekte, die bestimmend für die Entfaltung der Persönlichkeit sind und gewährleistet ein Mindestmass an persönlicher Entfaltungsmöglichkeit.<sup>9</sup> Die Glaubens- und Gewissensfreiheit (Art. 15 BV) ergänzt diese Rechtsposition.<sup>10</sup> Diese Gewährleistungen sind jedoch nicht schrankenlos. Neben den verfassungsimmanenten Schranken bestimmt Art. 36 BV die Voraussetzungen möglicher Grundrechtseinschränkungen.<sup>11</sup>

Die nationalen Regelungen werden durch Bestimmungen des internationalen Rechts, völkerrechtliche Verträge sowie die Menschenrechtsgarantien der EMRK,<sup>12</sup> namentlich Art. 8 Ziff. 1 EMRK, dem Recht auf Achtung des Privatlebens, ergänzt. Hier ist auch das Recht des Patienten, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens selbst entscheiden zu können, verankert.<sup>13</sup> Diese Garantien sind bislang primär als Abwehrrechte zu verstehen.

<sup>5</sup> SR 311.0.

<sup>6</sup> SR 210.

<sup>7</sup> SR 832.10.

<sup>8</sup> Der Bereich des Gesundheitsrechts liegt primär in der Zuständigkeit der Kantone, soweit die Bundesverfassung (in Teilbereichen) keine Bundeszuständigkeit vorsieht, Art. 42 ff. BV.

<sup>9</sup> Vgl. z.B. BGE 133 I 58, 66 m.w.N., bezogen auf Art. 10 Abs. 2 BV.

<sup>10</sup> Zum Umgang mit der Leiche vgl. z.B. TAG, Rechtsrahmen der Autopsie, S. 37 ff.; zum Hungerstreik im Gefängnis vgl. TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 23 ff. Hierbei ist freilich zu beachten, dass das Bundesgericht dem Inhaftierten letztlich das Recht, sich im Strafvollzug zu Tode zu hungern, abgesprochen hat. Vgl. zum sehr umstrittenen Bundesgerichtsentscheid vom 16. November 2010 im Fall «Rappaz» mit krit. Besprechung TAG, forumpoenale 3 (2011), S. 153 ff.

<sup>11</sup> Vgl. z.B. BGE 133 I 58, 66 ff. mit zahlreichen Nachweisen.

<sup>12</sup> Sie wurde in das nationale Recht übernommen.

<sup>13</sup> Z.B. EGMR, CASE OF PRETTY v. THE UNITED KINGDOM, Application no. 2346/02, 29.07.2002. Die Schweiz wurde vom EGMR nicht rechtskräftig verpflichtet, ein eige-

Ein Anspruch darauf, dass der Staat Bedingungen schafft, unter denen der Suizid besonders leicht zu begehen ist, z.B. indem nichtärztliche Personen einen Anspruch auf Aushändigung des beim assistierten Suizid eingesetzten Natriumpentobarbitals (NaP) durchsetzen könnten, wird in der Schweiz nicht anerkannt. Es besteht auch kein Anspruch der sterbewilligen Person auf staatliche Unterstützung beim Suizid, sofern sie selbst nicht (mehr) in der Lage ist, den Suizid auszuführen.<sup>14</sup>

## II. Sterbehilfe allgemein, Fremdtötung und Teilnahme an der Selbsttötung

Die Diskussion um die Unterstützung beim Sterben kann aus strafrechtlicher Sicht in zwei Themenkreise unterteilt werden: die Tötung einer anderen Person einerseits und der Suizid andererseits. In der Schweiz besteht – wie z.B. auch in Deutschland – das Verbot der aktiven Tötung und damit auch der direkten aktiven Sterbehilfe im Sinne einer Fremdtötung. Dieses Verbot gilt für jedermann, d.h. auch für Familienangehörige, Freunde, Sterbehelfer, Ärzte<sup>15</sup> oder das Pflegepersonal.

### 1. Abgrenzung von Fremdtötung und Suizidbeteiligung

#### a) Selbsttötung und Suizidbeteiligung

Die Tötung einer anderen Person und die Suizidbeteiligung werden in der Schweiz nach den allgemeinen Regeln des Strafrechts, namentlich den Regeln der Täterschaft und Teilnahme, abgegrenzt.<sup>16</sup> Hat die Person, die beabsichtigt, Suizid zu begehen, Tatherrschaft und damit Tatmacht über dieses Geschehen, liegt i.d.R. ein eigenverantwortlicher Suizid vor, wenn dieser Tatentschluss um-

---

nes Gesetz zur Regelung allfälliger Rahmenbedingungen für den Bereich der Sterbehilfe auszuarbeiten, vgl. EGMR, CASE OF GROSS, GRAND CHAMBER, CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, Application no. 67810/10, 30.09.2014.

<sup>14</sup> BGE 133 I 58, 67 ff.

<sup>15</sup> Vgl. Art. 17 Abs. 2 Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, FMH.

<sup>16</sup> DONATSCH/TAG, §§ 14 ff.; BGE 133 I 58, 72; BGE 129 IV 124, 126; BGer vom 25. Februar 2005, 6P.124/2004.

gesetzt wird. Erforderlich hierfür ist jedoch die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person, das Fehlen von auf dieses Geschehen bezogenen Willensmängeln sowie das «in den Händen halten» des Geschehens bis zum «Point of no return». Der frei- bzw. eigenverantwortliche Suizid ist in der Schweiz nicht unter Strafe gestellt. Die Unterstützung dabei ist daher nur<sup>17</sup> unter den engen Voraussetzungen von Art. 115 StGB, Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord, strafbar. Art. 115 StGB setzt ein Handeln aus «selbstsüchtigen» Beweggründen voraus. Diese liegen vor, «wenn der Täter einen persönlichen Vorteil (materieller oder ideeller Natur) mit seiner Unterstützungshandlung verfolgt».<sup>18</sup> Als Beispiel gilt die Unterstützung, weil der Betreffende z.B. hofft, den Suizidenten zu beerben.<sup>19</sup>

Speziell in Bezug auf die Ärzte stellt sich die Frage, ob sie dem Sterbewilligen ein tödlich wirkendes Mittel verschreiben und ihm bei der Einnahme behilflich sein dürfen. Neben dem Strafrecht trifft hierzu das Standesrecht der Ärzte eine Aussage, das auf die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» verweist. Dieses unterstellt eine derartige Hilfeleistung bzw. deren Verweigerung grundsätzlich dem persönlichen ärztlichen Gewissensentscheid. Wenngleich sich die Rolle des Arztes am Lebensende auf die Linderung von Symptomen und die Begleitung des Patienten bezieht, wird bei dauerhaftem und ernsthaftem Wunsch des Patienten die persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Hilfe zum Suizid zu leisten, respektiert. Wenn der Arzt Suizidhilfe leistet, gelten derzeit folgende Regeln: Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist. Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. Zudem

<sup>17</sup> Die Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zu einem Gesetzesentwurf enthaltend das schweizerische Strafgesetzbuch vom 23. Juli 1918, BBl 1918 IV 1, 32, unterstreicht, dass die Teilnahme an der Selbsttötung eine «Freundestat» sein könne, mithin ein tatbestandsausschliessender positiver Zweck der Tat vorliege, der einer Bestrafung des Täters zuwiderlaufen würde. Auf eine generelle Strafbarkeit der Teilnahme am Suizid wurde daher verzichtet.

<sup>18</sup> Vgl. BGer vom 17. November 2011, 1B\_516/2011, E. 2.4; SCHWARZENEGGER, in: BSK StGB II, Art. 115 N 14.

<sup>19</sup> Botschaft, BBl 1918 IV 1, 32; TAG, Die Sterbehilfe unter der Lupe, S. 59 ff.

hat die Überprüfung durch eine unabhängige Drittperson zu erfolgen, welche nicht zwingend ein Arzt sein muss.<sup>20</sup>

Die neuen medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod», die im Winter 2017/2018 zur öffentlichen Vernehmlassung standen und im Sommer 2018 voraussichtlich verabschiedet werden, möchten von den bisherigen Kriterien abweichen. Diese beabsichtigte Änderung wird grosse Bedeutung entfalten, wenn sie in die Standesordnung der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) aufgenommen und damit für die Ärztinnen und Ärzte verbindlich werden wird, die Mitglied der FMH sind<sup>21</sup>. Darüber hinaus beeinflussen die Richtlinien der SAMW die im medizinischen Bereich geltenden Sorgfaltspflichten und können so zumindest indirekt rechtliche Wirkung entfalten.

Neu soll danach gelten:

«Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind und deren Erfüllung überprüft wurde:

- Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.
- Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder werden vom Patienten als unzumutbar abgelehnt.
- Die Patientin ist urteilsfähig. Die Urteilsfähigkeit wurde sorgfältig abgeklärt und dokumentiert. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, wurde die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden Facharzt abgeklärt.
- Der Wunsch ist wohlervogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen.

---

<sup>20</sup> Näher Art. 18 Standesordnung der FMH i.V.m. der SAMW-Richtlinie Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, Kommentar 4.1.

<sup>21</sup> Art. 18, 43 Standesordnung FMH.

- Diese Voraussetzungen wurden von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend eine Ärztin sein muss.
- Der Wunsch der Patientin, in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu wollen, ist für den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar und es ist für ihn vertretbar, in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten.»

Blickt man wieder ins Strafrecht, so ist in diesem Kontext von besonderer Bedeutung, dass die Bestimmung von Art. 115 StGB als abschliessend zu bewerten ist.<sup>22</sup> Straftatbestände, wie z.B. die vorsätzliche Tötung durch Unterlassen, Art. 111 ff. i.V.m. Art. 11 StGB, finden daneben keine Anwendung. Anderenfalls käme es zu dem widersprüchlichen Ergebnis, dass der nicht gegen den Suizid einschreitende (ärztliche) Garant einer strengeren strafrechtlichen Verantwortlichkeit unterstehen würde als derjenige, welcher dem Suizidalen dafür Mittel zur Verfügung stellt.<sup>23</sup> Zudem würde die freie Willensentscheidung des urteilsfähigen Suizidenten unterlaufen, wenn man ihm zwar einerseits straflos helfen dürfte, den Suizid zu begehen, andererseits aber zu dem Zeitpunkt, zu dem die Hilflosigkeit eintritt, Hilfe geleistet werden müsste.<sup>24</sup>

Ist der Suizident in Bezug auf seinen Suizid urteilsunfähig, d.h. ist er nicht in der Lage, die Bedeutung und Tragweite der Suizidhandlung und des zum Tode führenden Geschehensablaufs zu verstehen oder nach dieser Einsicht zu handeln,<sup>25</sup> kommt je nach Fallkonstellation eine Strafbarkeit der unterstützenden Person in Betracht. Im Falle der mittelbaren Täterschaft ist erforderlich, dass der mittelbare Täter den Suizidenten als willenloses oder zumindest nicht vorsätzlich handelndes «Werkzeug» benutzt, um sich selbst zu töten.<sup>26</sup> Befindet sich die unterstützende Person im Irrtum über die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten, ist je nach Fallkonstellation eine fahrlässige Tötung denkbar. Namentlich bei psychischen Erkrankungen und depressiven Zuständen besteht daher bei den Personen, die Hilfe zum Suizid leisten wollen, die Pflicht, die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person mit besonderer Sorgfalt abzuklären. Das

<sup>22</sup> I.d.S. auch STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 1 N 53, 62 f.

<sup>23</sup> STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 1 N 53; ebenso DONATSCH, Sorgfaltsbemessung und Erfolg beim Fahrlässigkeitsdelikt, S. 350 f., beide m.w.H.

<sup>24</sup> So aber die frühere deutsche Rechtsprechung, vgl. z.B. BGHSt 32, 367 = NJW 1984, 2639.

<sup>25</sup> BGer vom 11. Juni 2009, 6B\_48/2009, E. 2.

<sup>26</sup> DONATSCH/TAG, § 15, 3.1. Zum bekannten Sirius-Fall des deutschen Bundesgerichtshofs vgl. BGHSt 32, 38 = NJW 1983, 2579.

Bundesgericht fordert eine sorgfältige Untersuchung, ob der Sterbewunsch therapierbar oder auf einer wohlwogenen und dauerhaften und daher zu respektierenden Entscheidung beruht. Zur Beurteilung ist ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten notwendig.<sup>27</sup>

Die immer wieder gestellte Frage, ob eine urteilsfähige Person mittels Patientenverfügung wirksam regeln kann, dass ihr zu einem späteren Zeitpunkt, in dem sie wegen fortgeschrittener Demenz oder ähnlichem Krankheitsgeschehen nicht mehr urteilsfähig ist, Hilfe zum Suizid geleistet werden soll, indem ihr z.B. durch eine Sterbehilfeorganisation NaP zur Verfügung gestellt werden wird, ist zu verneinen. Denn der freiverantwortliche Suizid setzt voraus, dass die Person, die sich selbst tötet, zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötungshandlung, d.h. der Einnahme des Giftes, urteilsfähig ist. Fehlt die Urteilsfähigkeit aber, kann die Patientenverfügung diesen Mangel nicht heilen. In einem solchen Fall käme eine Strafbarkeit derjenigen, die das Gift zur Verfügung stellen, wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Tötung in Betracht.

Finden Dritte eine Person auf, die infolge ihres Suizidversuches in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, muss grundsätzlich Hilfe geleistet werden, Art. 128 StGB, Unterlassung der Nothilfe. Rettungssanitäter, die in einer Akutsituation gerufen werden, sind grundsätzlich zum Handeln verpflichtet.<sup>28</sup> Ein «No CPR» (Cardio-Pulmonary Resuscitation, Herz-Lungen-Wiederbelebung) Stempelabdruck auf der Brust des Hilfsbedürftigen kann wegen der fehlenden, konstituierenden Voraussetzungen einer Patientenverfügung, welche schriftlich zu verfassen, zu datieren und handschriftlich zu unterzeichnen ist, Art. 371 ZGB, eine solche zwar ergänzen, aber nicht ersetzen.<sup>29</sup>

Eine ähnliche Situation kann auftreten, wenn schwerkranke Menschen den Wunsch haben, daheim zu sterben. Um dem Wunsch des Sterbewilligen angemessen Rechnung zu tragen, sollte in einem solchen Fall eine aktuelle Patientenverfügung vorhanden und gut greifbar sein, der aktuelle letale medizinische Befund und eine ärztliche Kontaktadresse sollten angegeben sein und die Angehörigen mit der Situation des Suizidwunsches resp. des baldigen Versterbens ihres Familienmitglieds vertraut gemacht werden. Dann kann sich ein im Notfall

---

<sup>27</sup> BGE 133 I 58, 74 f.

<sup>28</sup> Vgl. dazu Reanimationsentscheidungen, medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW vom 27. November 2008 (aktualisiert 2013), abrufbar unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltinge-Richtlinien.html>.

<sup>29</sup> FOUNTOLAKIS/KÖBRICH, AJP 2013, S. 1440 ff.

herbei gerufener Arzt ein zutreffendes Bild von der Situation machen und letztendlich darauf vertrauen, dass keine Pflicht zur Wiederbelebung besteht.

## b) Sterbehilfeorganisationen

Art. 115 StGB gilt für jedermann und daher auch für Personen, die als Beauftragte einer Sterbehilfeorganisation tätig werden.<sup>30</sup> Das hierfür erhobene Entgelt bzw. die Aufwandsentschädigung<sup>31</sup> unterfällt nicht dem Merkmal des selbstsüchtigen Beweggrundes, sofern die Zahlungen des Sterbewilligen nur die administrativen Kosten der Sterbehilfeorganisation decken.<sup>32</sup> Darüber hinaus besteht eine angeregte Diskussion, wo die Grenzen zu ziehen sind.<sup>33</sup>

Die Diskussion um den assistierten Suizid ist damit aber nicht beendet. Zwar hat der Bundesrat im Jahre 2011 entschieden, «auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht zu verzichten».<sup>34</sup> Allerdings sollen die Suizidprävention und Palliative Care gefördert werden. Im Jahr 2013 hatte der Bundesrat aber in der Antwort auf eine Anfrage von Nationalrat Gross<sup>35</sup>, die sich auch auf das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67)<sup>36</sup> bezog, festgehalten, «[...] Dass [...] die heutige Praxis der Sterbehilfe untersucht und gegebenenfalls Empfehlungen und Änderungsvorschläge ausgearbeitet werden, wird gemäss Entscheiden des Bundesrates vom NFP 67 erwartet»<sup>37</sup>. 2015 antwortete der Bundesrat auf eine Interpellation, dass er die Vorschrift des Art. 115 StGB für ausreichend erachtet, um das Vorliegen von selbstsüchtigen und insbesondere finanziellen Motiven bei Sterbehilfeorganisationen zu kontrollieren. Die Einführung einer speziellen Finanzaufsicht über Sterbehilfeorga-

<sup>30</sup> BGE 136 II 415, 420. Der (historische) Gesetzgeber hat nicht an den Fall einer Tätigkeit der organisierten Suizidhilfe gedacht.

<sup>31</sup> Vgl. z.B. [http://www.exit.ch/mitglied-werden/bzw. http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf](http://www.exit.ch/mitglied-werden/bzw.http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf).

<sup>32</sup> SCHWARZENEGGER, in: BSK StGB II, Art. 115 N 14; BGer vom 17. November 2011 1B\_516/2011, E. 2.2.

<sup>33</sup> VENETZ, Suizidhilfeorganisationen im Strafrecht, 2008, S. 266 ff.

<sup>34</sup> Vgl. Medienmitteilung vom 29. Juni 2011, [https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2011/ref\\_2011-06-29.html](https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2011/ref_2011-06-29.html).

<sup>35</sup> GROSS, 13.1006 – Anfrage, abrufbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20131006>.

<sup>36</sup> Näher dazu: <http://www.nfp67.ch/de/Seiten/Home.aspx>.

<sup>37</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20131006>.

nisationen sei weder notwendig noch zielführend. Er sprach sich jedoch für eine konsequente Abklärung durch die Strafverfolgungsbehörden aus.<sup>38</sup>

### c) Fremdtötung

#### aa) Tötung durch aktives Tun

Wird jemand durch eine andere Person getötet, gelten die allgemeinen und besonderen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, namentlich der vorsätzlichen Tötung, Art. 111 StGB, des Mordes, Art. 112 StGB, des Totschlags, Art. 113 StGB, der Tötung auf Verlangen, Art. 114 StGB, sowie der fahrlässigen Tötung, Art. 117 StGB. Ausschlaggebend für die Abgrenzung der Tötung eines anderen einerseits und der Hilfe beim Suizid andererseits sind namentlich die Tatmacht und die Einflussnahme auf das Geschehen sowie die Art der Beweggründe des Täters. Hat die getötete Person vom Täter ihre Tötung in ernsthafter und eindringlicher Weise verlangt und wird die Tötungshandlung aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, durch den Täter vollzogen, liegt ein Fall der mit bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bedrohten, privilegierten Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB vor. Das ernsthafte und eindringliche Verlangen des Getöteten sowie die achtenswerten Beweggründe beeinflussen<sup>39</sup> das Tötungsunrecht und entfalten Sperrwirkung gegenüber den anderen Tötungsdelikten.<sup>40</sup> Die Schwelle hierfür ist freilich hoch: Ein einmaliges Bitten genügt den Anforderungen nicht. Das Verlangen des Sterbewilligen muss eindeutig und in der Regel wiederholt geäußert sein. Es muss auf einer ernsthaften, eigenverantwortlichen Entscheidung des Sterbewilligen beruhen und von ihm ausgehen.<sup>41</sup> Führt der Täter die Tötungshandlung zwar nicht auf Verlangen, aber doch im mutmasslichen Willen und Interesse des Opfers durch, gelten die Art. 111–113 StGB, wobei namentlich Art. 113 StGB, Totschlag, als privilegierter Fall der Tötung zu prüfen ist.

---

<sup>38</sup> Stellungnahme des Bundesrates vom 25. November 2015 zur Interpellation Glanzmann-Hunkeler, 15.3947, abrufbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20153947>.

<sup>39</sup> SCHWARZENEGGER, in: BSK StGB II, Art. 114 N 2.

<sup>40</sup> SCHWARZENEGGER, in: BSK StGB II, Art. 114 N 17.

<sup>41</sup> DONATSCH, Strafrecht III, § 1, 5.

## bb) Indirekte aktive Sterbehilfe

Ogleich die indirekte aktive Sterbehilfe bei rein technischer Anwendung der allgemeinen strafrechtlichen Bestimmungen nach Art. 111 ff. StGB strafbar wäre, wird sie von der Rechtspraxis aufgrund normativer Erwägungen und unter engen Voraussetzungen aus dem Bereich des Strafbaren ausgeklammert. Die indirekte aktive Sterbehilfe bezieht sich auf die Endphase des Lebens und muss vom ärztlichen Motiv geleitet sein, den sich ankündigenden Sterbeprozess für den Patienten zu erleichtern, indem z.B. eine Schmerzmedikation verabreicht wird, um die Vernichtungsschmerzen zu dämpfen, auch wenn eine Lebensverkürzung als mögliche oder sichere Nebenfolge der Medikamentengabe in Kauf genommen wird.<sup>42</sup> Die Straflosigkeit beruht dann nicht auf einem Gewohnheitsrecht oder einer allgemeinen Berufspflicht des Arztes,<sup>43</sup> sondern auf der normativen Überlegung, dass die Schutzbereiche der Delikte zum Schutz von Leib und Leben dieses Handeln nicht erfassen.<sup>44</sup> Auch die *terminale Sedierung* in der Sterbephase unterfällt diesem Bereich. Wird sie mit wirksamer Einwilligung des Patienten oder mit seinem mutmasslichen Willen vorgenommen, um seine Sterbephase zu erleichtern und Vernichtungsschmerzen, Atemnot, starke Angst etc. abzuschwächen oder zu beenden, handelt es sich zwar um ein aktives Tun, das oftmals zum vorzeitigen Tod des Patienten führt. Sein Sinn ist aber nicht, das Leben zu zerstören, sondern ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Dennoch ist die Grenze zu einem unerlaubten Verhalten fließend. Die SAMW hat sich zu diesem Vorgehen ebenfalls in ihren neuen medizinisch-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», die im Sommer 2018 voraussichtlich verabschiedet werden, unter Punkt 6.1.3. geäußert und zur Vermeidung von Missbrauchsgefahren spezielle Sorgfaltspflichten definiert.

<sup>42</sup> RIKLIN, S. 332, 337 ff. m.w.N.; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 1 N 8; GETH, in: StGB Praxiskommentar, Vor Art. 111 N 7 m.w.N.; BGHSt 42, 301 = NJW 1997, 807. Es kann aber durchaus auch sein, dass durch eine gute Schmerzkontrolle das Leben des Patienten verlängert wird, vgl. BORASIO, Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, 2017, S. 67 ff. und S. 155 ff.

<sup>43</sup> So z.B. Arbeitsgruppe «Sterbehilfe», Bericht vom März 1999, S. 43 f., abrufbar unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/b-bericht-d.pdf>.

<sup>44</sup> AEBI-MÜLLER ET AL., § 8 N 242; zu weiteren Begründungsansätzen vgl. SCHWARZENEGGER, in: BSK StGB II, Vor Art. 111 N 62.

## cc) Unterlassen lebensverlängernder ärztlicher Behandlung

Weiterhin wird zwischen der verbotenen direkten aktiven und der unter engen Voraussetzungen als zulässig erachteten passiven Sterbehilfe unterschieden.<sup>45</sup> Letztere führt zum Absehen bzw. Einstellen von lebenserhaltenden ärztlichen Behandlungen bzw. Massnahmen, um dadurch dem Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen. So z.B., wenn die künstliche Beatmung nach Sedation eingestellt oder auf eine kardiopulmonale Reanimation und – je nach Situation – auf Sauerstoffzufuhr, Medikation, namentlich Antibiotikagabe bei Lungenentzündung, Transfusion, Dialyse sowie auf operative Eingriffe verzichtet wird.<sup>46</sup>

Die passive Sterbehilfe wird von der Rechtspraxis normativ als ein Unterlassen gewertet, das den Eintritt des Todes zur Folge hat. Art. 11 StGB, Begehen durch Unterlassen, ist hier zu beachten. Die Garantenstellung des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten ergibt sich in der Regel aus der Behandlungsübernahme, die Garantenpflichten, so z.B. die Pflicht, einzugreifen und das Leben sowie die Gesundheit des Patienten zu erhalten, werden durch den (Gesundheits-)Zustand<sup>47</sup>, die medizinische lex artis und die selbstbestimmten Entscheidung des Patienten (mit-)beeinflusst. Hat er sich aufgeklärt und in urteilsfähigem Zustand gegen die lebensverlängernden Massnahmen entschieden, so ist der Arzt daran gebunden. Dadurch wird aber nicht die Garantenstellung<sup>48</sup> des Arztes beendet, vielmehr werden die Garantenpflichten in dem soeben beschriebenen Sinne beeinflusst. Tritt der Tod infolge des Verzichts auf die lege artis gebotenen Massnahmen ein, ist dieses Ereignis dem Arzt trotzdem nicht als Verletzung einer ärztlichen Garantenpflicht zuzurechnen.<sup>49</sup>

Ist der Patient zum Zeitpunkt, zu dem lebenserhaltende Massnahmen notwendig sind, endgültig nicht mehr urteils- und damit entscheidungsfähig, sind auch unter der strafrechtlichen Perspektive die zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechtes zu beachten. Geregelt sind

---

<sup>45</sup> Anders die Beurteilung in Deutschland vgl. BGHSt 55, 191 = NJW 2010, 2963.

<sup>46</sup> SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25. November 2004 (aktualisiert 2013), Kommentar 3.2, abrufbar unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>.

<sup>47</sup> Vgl. Art. 17 Abs. 1 Standesordnung FMH.

<sup>48</sup> Anders der Bericht Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund? 24. April 2006, Ziff. 4.2.1, abrufbar unter [https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/20060531\\_ber-sterbehilfe-d.pdf](https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/20060531_ber-sterbehilfe-d.pdf).

<sup>49</sup> Die Bedeutung der Patientenautonomie unterstreicht Art. 17 Abs. 1 Standesordnung FMH.

hier u.a. die Voraussetzungen einer wirksamen<sup>50</sup> Vertretung der urteilsunfähigen Person. Die auf dem Gedanken der Patientenautonomie beruhende Patientenverfügung beschlägt zentrale Fragen. Es geht darum, welche medizinischen Massnahmen der Patient, für den Fall seiner Urteilsunfähigkeit, in bestimmten medizinischen Situationen wünscht oder eben verweigert. Die Patientenverfügung hat – soweit die gesetzlichen Vorgaben, vgl. Art. 370 ff. ZGB, eingehalten sind – Verbindlichkeit. Verstösst sie gegen gesetzliche Vorschriften, ist der freie Wille des Verfassers zum Zeitpunkt des Abfassens begründetermassen zweifelhaft oder entspricht sie nicht mehr dem mutmasslichen Willen des Verfassers, ist sie später aber nicht zu beachten. Bestehen begründete Zweifel, dass die Patientenverfügung dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht, sind, wenn immer möglich, seine nächsten Bezugspersonen zu befragen, um Anhaltspunkte für die zutreffende Beurteilung jenes Willens zu erhalten.<sup>51</sup> Es geht dabei um die Einschätzung darüber, wie sich der Patient im jetzigen Zeitpunkt entscheiden würde, wenn er urteilsfähig und über seinen Zustand und die Prognose seines Leidens vollumfänglich aufgeklärt wäre. Zu berücksichtigen sind u.a. die früher gemachten Äusserungen, religiöse und sonstige Wertehaltungen sowie biographische Hinweise.

Häufig ist jedoch keine Patientenverfügung vorhanden oder sie ist so unpräzise bzw. veraltet, dass sie nicht weiterhilft. Das ärztliche Vorgehen richtet sich dann zunächst nach den allgemeinen Grundsätzen ärztlicher Behandlung. Anstelle der urteilsunfähigen Person haben deren gesetzliche (bei Minderjährigen grundsätzlich<sup>52</sup> die Eltern bzw. der Vormund, ansonsten vgl. Art. 378 ZGB) resp. die von ihr in urteilsfähigem Zustand bestimmten Vertreter<sup>53</sup> über den Einsatz der medizinisch gebotenen, lebensverlängernden Massnahmen zu entscheiden. Richtschnur sind der mutmassliche Wille und die Interessen der urteilsunfähigen Person, Art. 378 Abs. 3 ZGB. In dringlichen Fällen entscheidet der Arzt nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen des Urteilsunfähigen, Art. 379 ZGB. Die Standesordnung der Ärzte gibt hier weitere Hinweise: Ist eine entsprechende Abklärung nicht rechtzeitig möglich, müssen die zur Lebensrettung oder zur Abwehr schwerer Folgeschädigungen unaufschiebbaren Massnahmen

<sup>50</sup> Zum Ganzen: HÄFELI, AJP 2014, S. 1593.

<sup>51</sup> Vgl. dazu HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Das Familienrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 2014, § 20 N 20.53.

<sup>52</sup> Auch urteilsfähige Minderjährige können eine Patientenverfügung i.S.v. Art. 370 ff. ZGB errichten.

<sup>53</sup> Vorbehalten ist zudem ein Eingreifen der Kindes- resp. Erwachsenenschutzbehörde.

sofort eingeleitet werden, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person nicht lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde.<sup>54</sup>

### III. Ausblick

Die Sterbehilfe und die Hilfe zum Suizid sind nicht nur ethisch relevante, sondern auch (straf-)rechtlich relevante Themen.

Die öffentliche Debatte hat Zeichen gesetzt, um sicherzustellen, dass die Selbstbestimmung des Einzelnen gerade auch am Lebensende zu respektieren ist. Dennoch kann bei diesen gewichtigen Fragen des Lebens und Sterbens und der Bedeutung der Grundrechte, die einerseits individuelle Abwehrrechte gegen den Staat sind, andererseits ihn aber auch auf institutioneller Ebene binden und verpflichten, einer Derogation entgegenzuwirken, kaum darauf verzichtet werden, bindende Leitplanken zu definieren. So muss überprüft werden, ob die sterbewillige Person ihren Willen frei gefasst und geäußert hat, ob er wohlwogen ist und auf Dauer besteht. Zudem ist auch auf Gesetzesebene zu klären, wie bei urteilsunfähigen Personen ohne gültige Patientenverfügung zu verfahren ist. Das Standesrecht der Ärzte gibt hierzu erste Anhaltspunkte. Ein weiteres Thema ist die Beteiligung von Ärzten beim Suizid. Ist es notwendig, wünschenswert oder unerwünscht, aber zu tolerieren,<sup>55</sup> dass sie den Suizid begleiten?

Sollte es Voraussetzung für die Unterstützung durch Sterbehilfeorganisationen sein, dass die Person terminal krank ist oder an einer genügend schweren chronischen Krankheit leidet? Oder reicht die persönliche Freiheit so weit, dass der assistierte Suizid auch gesunden, aber lebensmüden Personen zur Verfügung stehen soll? Soll bzw. darf der Suizid in einem Spital oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Pflegeeinrichtung durchgeführt werden? Was genau meint der Bundesrat, wenn er in seiner Antwort auf die Interpellation 2015 betont, dass er die Vorschrift des Art. 115 StGB für ausreichend erachtet, um das Vorliegen von selbstsüchtigen und insbesondere finanziellen Motiven bei Sterbehilfeor-

---

<sup>54</sup> Vgl. Art. 17 Abs. 1 Standesordnung FMH.

<sup>55</sup> Dazu die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25. November 2004 (aktualisiert 2013).

ganisationen zu kontrollieren. Er sagt: Dies setzte jedoch eine konsequente Abklärung durch die Strafverfolgungsbehörden voraus.<sup>56</sup>

Zieht man ein Fazit, so wird deutlich, die offenen Fragen zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid in der Schweiz sind nach wie vor zahlreich, die Verantwortung, die mit einer Antwort hierauf verbunden ist, ist gross. Auf den vom Schweizerischen Nationalfonds initiierten Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, erzielten Ergebnissen und deren Umsetzung liegen grosse Hoffnungen. Entscheidungen in den letzten Lebensmonaten sind oftmals geprägt von der Medizin, aber auch von gesellschaftlichen Normen, Rechtsregeln, Werthaltungen, weltanschaulichen Bekenntnissen und persönlichen Hoffnungen bzw. Wünschen. Auch die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin hat sich das Thema «Kultur des Sterbens» als einen Schwerpunkt zur Bearbeitung gewählt.<sup>57</sup> Dies alles sind wichtige Entwicklungen. Denn das Lebensende geht alle an – den einen früher, den anderen später. Der Mensch steht hier im Zentrum aller Bemühungen. Ihm muss insbesondere in seiner vulnerablen Situation des Alters und der Krankheit angemessene Hilfe und Fürsorge zuteilwerden. Dazu gehören, neben einer gut ausgebauten Palliativversorgung, genügend und gut ausgestattete Einrichtungen und Institutionen, die sich um alte, pflegebedürftige und sterbende Menschen kümmern, ohne dass dies andererseits zu einem reinen Geschäft wird.

## Literatur

AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, *Arztrecht*, Bern 2016.

BORASIO, *selbst bestimmt sterben: was es bedeutet, was uns daran hindert, wie wir es erreichen können*, München 2014.

BORASIO, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*, 6. Aufl., München 2017.

DONATSCH, *Sorgfaltsbemessung und Erfolg beim Fahrlässigkeitsdelikt*, Zürich 1987.

DONATSCH, *Strafrecht III, Delikte gegen den Einzelnen*, 10. Aufl., Zürich 2013.

DONATSCH/TAG, *Strafrecht I, Verbrechenslehre*, 9. Aufl., Zürich 2013.

FOUNTOLAKIS/KÖBRICH, *Die Verbindlichkeit des mittels No-CPR-Stempels erklärten Verzichts auf Reanimationsmassnahmen im neuen Erwachsenenschutzrecht*, AJP 2013, S. 1437.

<sup>56</sup> Stellungnahme des Bundesrates vom 25. November 2015 zur Interpellation Glanzmann-Hunkeler, 15.3947 (vgl. Fn 37).

<sup>57</sup> <http://www.nek-cne.ch/de/die-kommission/arbeitsgruppen/index.html>.

- HÄFELI, Zwei Jahre Kindes- und Erwachsenenschutzrecht – Erfolgs- und Risikofaktoren bei der Umsetzung, AJP 2014, S. 1592.
- HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Das Familienrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 5. Aufl., Bern 2014.
- RIKLIN, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe. Zum Stand der Reformdiskussion in der Schweiz, in: Holderegger (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg 2000, S. 328.
- SCHWARZENEGGER, Kommentierungen Vor Art. 111, Art. 114, Art. 115 StGB, in: Niggli/Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht II, Art. 111–392 StGB, 3. Aufl., Basel 2013.
- STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 7. Aufl., Bern 2010.
- TAG, Die Sterbehilfe unter der Lupe, in: Wehrli/Sutter/Kaufmann (Hrsg.), Der organisierte Tod, Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra, 2. Aufl., Zürich 2015, S. 59.
- TAG, Rechtsrahmen der Autopsie, Erwägungen unter Einschluss der Selbstbestimmung und der Religion, in: Tag/Mausbach/Moch (Hrsg.), Autopsie und Religion, Weimar 2013, S. 37.
- TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug: Entscheidungen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, in: Tag/Groß (Hrsg.), Tod im Gefängnis, Frankfurt am Main 2012, S. 23.
- TAG, Bemerkungen zu Nr. 31 Tribunal fédéral, Cour de droit pénal, Arrêt du 16 novembre 2010 dans la cause Rappaz contre Département de la sécurité, des affaires sociales et de l'intégration du canton du Valais – 6B\_959/2010, forumpoenale 3 (2011), S. 153.
- GETH, Kommentierung Vor Art. 111 StGB, in: Trechsel/Pieth (Hrsg.), Schweizerisches Strafrecht, Praxiskommentar, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen 2018.
- VENETZ, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Zürich 2008.

## Materialien

- Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zu einem Gesetzesentwurf enthaltend das schweizerische Strafrechtsgesetzbuch vom 23. Juli 1918, BBl 1918 IV 1.