

**Parlamentarische Initiative  
über die passive Sterbehilfe**  
**Bericht der Kommission des Nationalrates**

(Vom 27. August 1975)

Sehr geehrter Herr Präsident,  
verehrte Kolleginnen und Kollegen,

Am 27. Januar 1975 reichte Herr Nationalrat Allgöwer, Basel, eine Einzelinitiative ein, die in der Form der allgemeinen Anregung die Schaffung eines «Rechtes auf passive Sterbehilfe» oder «auf den eigenen Tod» verlangte und vorschlug, es seien die Bedingungen der Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe festzulegen. Insbesondere sei der Entscheid über die Gewährung der Sterbehilfe einem Kollegium von 3 oder 5 Ärzten zu übertragen (vgl. den Text der Initiative in Beilage 1).

Die Kommission<sup>1)</sup> nahm am 12. Mai 1975 die Begründung des Initianten und Auskünfte des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes entgegen. Sie liess sich gründlich dokumentieren und veranstaltete am 30. Juni und 1. Juli 1975 ein Hearing mit Ärzten, Juristen, Philosophen und Theologen. Sie zog ihre Schlussfolgerungen in der anschliessenden internen Beratung und am 27. August 1975 bei der Besprechung des beiliegenden Berichtes (Beilage 2).

Der Initiant hat das Problem aufgegriffen, weil in der Öffentlichkeit vielfach der Eindruck besteht, das bestehende Recht sei in bezug auf die Sterbehilfe unsicher und lückenhaft, weshalb auch die Ärzte im dunkeln tappten und gezwungen

<sup>1)</sup> Die Kommission besteht aus: Frau L. Spreng (Präsidentin), HH Nationalräte Allgöwer, Bratschi, Copt, Dürr, Gautier, Gehler, Haller, Meier Kaspar, Pagan, Primborgne, Schläppy, Schurch, Stadelmann, Frau Thalmann, Frau Uchtenhagen, HH. Vollenweider, Waldvogel, Weber-Arbon (19)

seien, gegen den erklärten oder mutmasslichen Willen eines Sterbenden, diesem selbst sinnlose Qualen und den Angehörigen mit dem Ungemach nutzlose Kosten zuzumuten. Er wollte auch die Ärzte vor unberechtigten Zivilklagen und Strafverfolgungen schützen.

Die Experten legten jedoch dar, wie sehr die Frage der sog. «passiven Sterbehilfe» zu Abwägungen, Wertungen und Entscheidungen nötigt, die nach bestem Wissen und Gewissen von Fall zu Fall den jeweiligen Umständen entsprechend vorgenommen werden müssen. Verbindliche Massstäbe oder Faustregeln, welche die einzelne Entscheidung vereinfachen könnten, würden keine angeführt. Mit einer Ausnahme erklärten alle Experten, dass eine Spezialregelung für die Euthanasie gegenüber den heute geltenden Rechtsnormen des Privatrechts und des Strafrechts kein zusätzliches Mass an Klarheit und Sicherheit schaffen konnte.

Die Kommission kam zur Überzeugung, dass die Grundsätze und Normen für das Verhalten des Arztes gegenüber sterbenden Patienten und für die Urteilsfindung des Richters in allfälligen Haftpflicht- und Straffällen nicht fehlen. Das geltende Recht gewährt dem Patienten und dem Arzt den erforderlichen Schutz, ohne in Grenzsituationen einen verantwortungsbewussten Entscheid entsprechend dem gegenwärtigen erklärten oder dem mutmasslichen Willen des Kranken zu hindern. Ein Spezialgesetz über die passive Sterbehilfe ist um so weniger wünschbar, als im Einzelfall die grösste Bedeutung den vielfältigen tatsächlichen Umständen zukommt. Statt Detailnormen könnten die Verantwortung schwachen und die richtige Entscheidung erschwern. Dies schliesst nicht aus, dass die heute schon geltenden grundsätzlichen Normen über die passive Sterbehilfe mit erfasst werden, wenn einmal das gesamte «Arztrecht», bzw. die Gesamtheit der Rechtsbeziehung zwischen Patient, Arzt und Spital kodifiziert wird.

Die Kommission glaubt mit ihrer Arbeit und dem beiliegenden Bericht einen nützlichen Beitrag zur Klärung der tatsächlichen Verhältnisse und der Rechtslage und damit zur Beruhigung der öffentlichen Meinung zu leisten, auch wenn sie dem Rat empfiehlt, der Initiative keine Folge zu geben und von einer Sonderregelung der passiven Sterbehilfe abzusehen.

Auf den Erlass einer Detailregelung ist dort zu verzichten, wo die Vielfalt des Lebens sich nicht in abstrakte Regeln fassen lässt und das geltende Recht den Bedürfnissen einer umsichtigen Praxis genügt und die Entscheidung anhand allgemeiner Normen und Grundsätze unter angemessener Abwägung der Umstände dem Richter überlassen werden darf.

Im Verlauf ihrer Arbeit kam die Kommission auf verwandte medizinisch-rechtliche Probleme zu sprechen und erwog mit einem Postulat umfassende Abklärungen und Gesetzesentwürfe zu verlangen. Sie sieht von einem solchen Vorstoss, der die Grenzen ihres Auftrages übersteigen würde, vor allem deshalb ab, weil sie erfahren hat, dass das EJPD bereits eine Expertenkommission für diese Fragen eingesetzt hat und dass auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften Abklärungen unternimmt. Die Kommission erwartet, dass die Expertenarbeit beförderlich vorangetrieben und das Ergebnis dem Parlament sobald als möglich bekannt gegeben wird.

Die Kommission beantragt dem Rat,

1. von ihrem Bericht zustimmend Kenntnis zu nehmen;
2. der Initiative Allgöwer keine Folge zu geben und sie abzuschreiben.

Bern, den 27 August 1975

Im Namen der Kommission

Die Präsidentin:

**L. Spreng**

## **Text der Initiative**

Ich beantrage als allgemeine Anregung nach Artikel 21<sup>bis</sup> des Geschäftsverkehrsgesetzes:

1. Es sei das «Recht auf passive Sterbehilfe» oder gar das «Recht auf den eigenen Tod» in der Verfassung zu verankern oder mindestens im Strafgesetz positiv zu regeln.
2. Es seien die Bedingungen festzulegen, die für Ausführung und Kontrolle der passiven Sterbehilfe zu gelten haben.
3. Es sei ein ärztliches Kollegium von 3 oder 5 Vertrauensärzten vorzusehen, welches den Entscheid über die Gewährung der Sterbehilfe zu fällen hat.

## Bericht über die Kommissionsarbeit

### 1. Begriffliches zur passiven Sterbehilfe

Der Zugang zur Frage der passiven Sterbehilfe wird dadurch erschwert, dass in der Diskussion Begriffe verwendet werden, deren Bedeutung unklar oder umstritten ist. Die folgende Darstellung der unterschiedlichen Bedeutungen der Wörter «*passive Euthanasie*» und «*künstliche Lebensverlängerung*» bietet zwar noch keine praktischen Lösungen des Problems an, schafft jedoch die Grundlage für die Auseinandersetzung.

Wie der Initiator bereits in der ersten Sitzung erklärt hat, soll die sog. passive Euthanasie streng vom «Gnaden Tod» geschieden werden. Die tödliche Gnadenspritze, die von einem Teil der Presse als Aufhänger für die öffentliche Diskussion verwendet wird, ist ein Tötungsinstrument, ihre Verwendung muss strafbar bleiben.

#### Als Experten stellten sich zur Verfügung:

##### *Ärzte*

M. Allgower, Professor für Chirurgie, Universität Basel  
 J. Bernheim, Professor für Gerichtsmedizin, Universität Genf  
 G. Condrau, Privatdozent für Psychiatrie-Psychotherapie, Universität Zürich  
 Prof. F. Deucher, Chefarzt der chirurgischen Klinik des Kantonsspitals Aarau  
 O. Gsell, ehem. Professor für innere Medizin an der Universität Basel  
 Prof. U. P. Haemmerli, Chefarzt am Stadtspital Triemli, Zürich  
 Dr. J. Imfeld, Spezialarzt FMH für praktische Medizin, Biel  
 Prof. G. Weber, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen

##### *Krankenpfleger*

J. B. Baid, Freiburg

##### *Juristen*

J. M. Grossen, Professor für Zivilrecht, Universität Neuenburg  
 H. Schultz, Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht, strafrechtliche Hilfswissenschaften und Rechtsphilosophie, Universität Bern  
 G. Stratenwerth, Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie, Universität Basel

##### *Philosophin*

Frau Jeanne Heisch, Professor für Philosophie, Universität Genf

##### *Theologe*

A. Sustar, Honorarprofessor, Dozent für Moraltheologie, Theologische Hochschule Chur (Herr R. Leuenberger, Professor für praktische Theologie, Universität Zürich, war krankheitshalber an der Teilnahme verhindert.)

Zur Diskussion steht lediglich das Problem der sog. künstlichen Lebensverlängerung, auf die der Arzt unter Umständen verzichten oder die er abbrechen kann, wenn sie sich als sinnlos erwiesen hat.

Der Gnadentod wird immer als *aktive* Euthanasie, die Unterlassung einer künstlichen Lebensverlängerung stets als *passive* Euthanasie bezeichnet. Für den Abbruch der künstlichen Lebensverlängerung ist die Bezeichnung uneinheitlich.

Wird nach der Handlungsweise des Arztes unterschieden, also danach, ob der Tod durch ein aktives Tun oder durch die Unterlassung einer Handlung herbeigeführt wird, dann bedeutet das Abstellen einer Beatmungsmaschine bei einem sterbenden Patienten aktive Euthanasie, während der Verzicht darauf, den Patienten überhaupt an die Beatmungsmaschine anzuschliessen, eine passive Euthanasie darstellt. Diese vereinfachende Betrachtungsweise liegt einer verbreiteten Auffassung zugrunde, die sich gegen das Vorgehen des Arztes sträubt, der in einer Intensivstation einen Patienten von der daseinsverlängernden Apparatur ablöst, hingegen den Entscheid des Hausarztes durchaus billigt, den bewusstlosen Patienten zu Hause sterben zu lassen, statt ihn noch ins Spital einzuweisen. In beiden Fällen ist der Entscheid des Arztes jedoch der gleiche.

Deshalb fordern Ärzte, Theologen und Philosophen, dass zur Unterscheidung auf die Beweggründe des Arztes geachtet werde. Wählt der Arzt seine Behandlungsmethode mit dem Ziel der Lebensverkürzung, so begehrt er aktive Euthanasie, handelt er aber aus der Einsicht heraus, dass die Wiederherstellung einer minimalen Gesundheit oder auch nur die Verminderung des Leidens unmöglich ist, dann lässt er bloss den Prozess des Sterbens gewähren. Danach ist auch das Abbrechen einer primär zur Lebensrettung des Patienten getroffenen, aber nicht erfolgreichen Massnahme bloss passive Euthanasie.

Juristisch wird schliesslich meist ausgegangen vom relativ natürlichen unbeflussten Ablauf der medizinisch unheilbaren, zum Tode führenden Krankheit: Aktive Euthanasie ist danach die künstliche Beeinflussung des natürlichen Krankheitsablaufs zur Herbeiführung oder Beschleunigung des Todes; passive Euthanasie die Unterlassung oder Beendigung einer der Verzögerung des Todes dienenden künstlichen Beeinflussung des natürlichen Krankheitsablaufs.

Diese Begriffsbestimmungen entscheiden letztlich nicht über das Problem. Am besten würde der Begriff der passiven Euthanasie gar nicht mehr verwendet, sondern durch den Begriff «natürliches Sterbenlassen» ersetzt.

Auch der Begriff der «*künstlichen Lebensverlängerung*» ist kaum zu definieren und reicht weit über das hinaus, was eigentlich gemeint sein soll, nämlich der Einsatz der technischen Apparate einer Intensivstation eines modernen Spitals bei hoffnungslos Kranken. Daher ist auch schon vorgeschlagen worden, von «*künstlicher Sterbensverlängerung*» zu sprechen, wo die Daseinsverlängerung sinnlos geworden ist. Als für den Patienten sinnlos bezeichnen gewisse Ärzte eine künstliche Lebensverlängerung, die keine noch so geringe Aussicht auf Besserung oder Heilung bietet. Als Mindestmass für eine erstrebenswerte Besserung wird dabei etwa der Zustand der «*Eupathie*» bezeichnet, d. h. des relativen Wohlbefindens

in der Krankheit. Dieses Wohlbefinden des Patienten gibt dem ärztlichen Bemühen auch dann noch einen Sinn, wenn die Krankheit unheilbar bleibt. Statt von Sinnlosigkeit medizinischer Massnahmen zu sprechen, wird etwa auch vorgeschlagen, abzuwägen, wann die Intensivpflege unverhältnismässig wird oder dem Patienten nicht mehr zugemutet werden darf.

Eine andere Bedeutung erhält der Begriff der künstlichen Lebensverlängerung, wenn nicht auf die künstlichen Mittel, sondern auf das künstliche Ergebnis der Behandlung abgestellt wird. Danach ist die Lebensverlängerung künstlich, wenn das Leben, das erhalten werden kann, nur noch als ein künstliches, unmenschliches erscheint. Dies wird etwa angenommen, wenn das Leiden so schwer wird, dass es der Person die menschliche Würde nimmt oder wenn dem Patienten das Bewusstsein unwiederbringlich verlorengegangen ist. Ethiker und Theologen sprechen hier vom *Personentod*, weil die Persönlichkeit des Menschen erlischt und nur noch das biologische Leben fortgesetzt wird.

Von künstlicher Lebensverlängerung, deren Unterlassung oder Abbruch unter Umständen zulässig oder sogar geboten sein kann, darf jedenfalls nur bei *sterbenden Menschen* gesprochen werden: Dem Tod geweiht sind wir alle, und die Diagnose einer tödlichen Krankheit genügt anerkanntermassen nicht, um Sterbehilfe zu rechtfertigen. Erst wenn die Beobachtung des Krankheitsverlaufes ergeben hat, dass der Patient im Sterben liegt, wird die Hilfe des Arztes vom Beistand im Leben zum Beistand im Sterben.

Wann der endgültige Prozess des Sterbens einsetzt, ist eine ebenso heikle Ermessensfrage wie die, wann der Personentod eintritt. Es handelt sich um Grenzfragen menschlicher Erkenntnis in einer fliessenden Entwicklung des menschlichen Daseins. Beginn des Sterbens und Tod der Person können mit wissenschaftlichen Methoden nicht genau festgestellt werden, sondern verlangen letztlich immer den verantwortungsbewussten ethischen Entscheid des Arztes. Die Medizin kann jedoch für beide Fragen gewisse Kriterien angeben:

Als *Sterbender* kann ein Mensch gelten, der an einer irreversiblen tödlichen Krankheit leidet, bei dem dazu ein lebenswichtiges Organ ausfällt, so dass der Patient innert weniger Stunden oder Tage sterben würde. Und als *Zeichen des Personentodes* kann der irreversible Ausfall der Hirnfunktion angenommen werden.

Dieser sogenannte *Hirntod* ist vor einigen Jahren von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften im Hinblick auf die Organ-Transplantationen praktisch definiert worden. Der vollständige, irreversible, zentrale Funktionsausfall des ganzen Gehirns kann danach anhand folgender Kriterien festgestellt werden:

1. irreversible, tiefe Bewusstlosigkeit, bei der der Patient auf sensorische und sensible Reize nicht anspricht, schlaffe, reflexlose Extremitäten und weite, lichtstarre Pupillen hat;
2. fehlende Spontanatmung;
3. rascher Blutdruckabfall nach Absetzen der künstlichen Stützung des Kreislaufes.

Alle diese Kriterien müssen zusammen bei mehrfacher Untersuchung vorhanden sein, das Elektroencephalogramm darf nur als Hilfsmittel, nicht aber als alleiniges Kriterium gebraucht werden

## 2. Die Berufspflicht des Arztes aus der Sicht der Mediziner

Die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe hängt vor allem ab von Inhalt und Grenzen der Berufspflicht des Arztes gegenüber einem sterbenden Patienten

*Die Pflichten des Arztes* wurden vor der Kommission von den angefragten Ärzten wie folgt umschrieben

Erste Pflicht des Arztes ist Heilen, Helfen, Stabilisieren Die ärztlichen Pflichtenlehren der Vergangenheit und der Gegenwart sehen die Hauptaufgabe des Arztes immer in der Wiederherstellung und Wahrung der Gesundheit der anvertrauten Patienten, nicht so sehr in der Verlängerung der Lebensdauer Diese zweite Aufgabe wird erst heute in der Öffentlichkeit gegenüber der modernen Medizin immer stärker hervorgehoben Der Arzt ist jedoch nicht Herr über Leben und Tod, sondern Helfer im Dienste der Gesundheit

Zweite Pflicht des Arztes ist es, physische und psychische Schmerzen zu lindern, dem Patienten seinen Zustand erträglich zu machen

Der Arzt ist aber auch verpflichtet, die Person des Patienten zu respektieren, dessen geäußerten oder mutmasslichen Willen zu befolgen Der Patient ist Herr über sich selber Jeder Mensch hat das Recht darauf sich nicht ärztlich behandeln zu lassen Im Zustand tiefer Depressionen kann dieser Verzicht den Arzt freilich vor eine therapeutische Aufgabe stellen er hat die Pflicht zu versuchen, den Patienten aus der Verzweiflung zu heben und seinen Lebenswillen zu stärken Der klare Wille des informierten Patienten bindet jedoch den Arzt sowohl in negativer wie in positiver Hinsicht

Schliesslich hat der Arzt wie jeder Bürger die Pflicht die gesetzlichen Vorschriften zu befolgen

Solange der Patient seinen Willen aussern kann, untersteht der Arzt dessen *Auftrag* die Berufspflicht des Arztes kann im Rahmen dieses Auftrages verhältnismässig leicht bestimmt werden Kann der Patient seinen Willen jedoch nicht mehr kundtun, so muss der Arzt selber über die Behandlung entscheiden Eine frühere *Willenserklärung* des Patienten (wie man sie z B in angelsächsischen Ländern mit besonderen Formularen festhält) wird von den Ärzten als Hinweis auf den mutmasslichen heutigen Willen anerkannt nicht aber für absolut verbindlich angesehen Denn der Patient denkt oft im Augenblick der Todesgefahr ganz anders als vorher

*Ansatzpunkte der ärztlichen Entscheidung* sind die Heilungsaussichten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft eine allfällige frühere Willenserklärung des Patienten oder sein Verhalten in früheren Stadien der Behandlung sodann die Meinung der Angehörigen des Patienten, der Rat der ärztlichen Kolle-

gen und des Pflegepersonals, vielleicht der Spitalfürsorgerin und des Spitalpfarrers. Zuletzt wird der Arzt auch noch die Bedürfnisse anderer auf die lebenserhaltenden Apparate angewiesener Patienten und die Verhältnismässigkeit des Kostenaufwandes berücksichtigen müssen. Im Spital wird, wie Krankenpfleger betonen, die Entscheidung womöglich in der ganzen Pflegegruppe besprochen werden müssen, wenn auch der Entscheid letztlich beim verantwortlichen Arzt zu bleiben hat.

Allgemeine *medizinische Kriterien*, nach welchen die Unterlassung oder der Abbruch einer künstlichen Lebensverlängerung geboten erschiene, konnten die Ärzte kaum angeben. Der einzige gesicherte Fall dieser Art ist der hirntote Mensch. Am Toten endet die Aufgabe des Arztes. Aber in der fliessenden Zone zwischen dem Schwerkranken mit einem Rest von Bewusstsein und dem Toten können nur wenige Anhaltspunkte festgestellt werden. Voraussetzung der passiven Sterbehilfe wird einmal sein, dass nach dem Stand der Wissenschaft mit Sicherheit eine tödliche Krankheit vorliegt und der Patient nach ärztlichem Ermessen im Sterben liegt, ohne jede Aussicht auf Heilung oder Besserung der Grundkrankheit. Die physischen und psychischen Schmerzen, die mit einer Verlängerung des Sterbeprozesses verbunden sind, müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Dazu kommt jedoch noch eine Vielzahl individueller Momente, die im einzelnen Fall den Entscheid des Arztes beeinflussen. Kommt der Arzt unter sorgfältiger Anwendung aller verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse und Methoden zum Schluss, dass der Patient von seiner Grundkrankheit nicht gerettet werden kann und im Sterben liegt, so muss er den Entscheid über die Art der weiteren Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen treffen. Das Gesetz oder Dritte können ihn von der Verantwortung dafür nicht entbinden.

Der Arzt muss in dieser Situation, wie bei der Wahl der Behandlungsmethode im allgemeinen, einen Ermessensspielraum haben, der nicht gesetzlich normiert werden kann. Auch kann vom Arzt nicht verlangt werden, dass er jeden schwerwiegenden Entscheid über die Behandlungsmethode bei todkranken Patienten einem Kollegium von Vertrauensärzten unterbreitet. Die beigezogenen Ärzte wären kaum rechtzeitig zur Stelle und müssten auch dann auf die Angaben des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals abstellen, die den Krankheitsverlauf beobachtet haben. Kaum denkbar wäre der Beizug eines Ärztegremiums beim Entscheid des Hausarztes, einen Patienten nicht ins Spital einzuweisen. Der Arzt würde immer dort gelähmt, wo er am schnellsten zu handeln hat. In Spitälern ist dagegen die Konsultation von Kollegen heute schon üblich.

Aus diesen Gründen haben sich – mit einer Ausnahme – alle angehörten medizinischen Experten gegen eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe ausgesprochen. Der Schutz des Arztes vor ungerechtfertigten Vorwürfen könne nur im Einzelfall, notfalls durch Urteil des Gerichts gewährt werden. Die geltende gesetzliche Regelung erlaube eine angemessene Beurteilung der passiven Sterbehilfe.

### 3. Philosophische und theologische Gesichtspunkte

*Frau Professor J. Hersch, Genf*, wies die Kommission darauf hin, dass der Gesetzgeber bei der Regelung einer anscheinend bloss arztrechtlichen Frage auch die Auswirkungen seines Entscheides auf andere Lebensbereiche im Auge behalten muss. Die Antwort auf die Frage der passiven Euthanasie hat Auswirkungen auf Einstellungen in der ganzen Gesellschaft. Vor allem erscheint es als gefährlich, Gesetze zu erlassen, die sich auf Extremfälle stützen. Extremfälle sollten auch rechtlich als Ausnahmen behandelt und nicht zur Regel erhoben werden.

Frau Professor Hersch wandte sich ferner gegen eine wachsende Tendenz, dem Menschen einen Anspruch auf schmerzloses Dasein (*droit à la non-souffrance*) zuzubilligen. Das Leiden gehört zu den Bedingungen menschlicher Existenz. Die Unfähigkeit zu leiden führt auch zur Unfähigkeit, glücklich zu leben. Wir dürfen dem menschlichen Leiden seinen Sinn nicht absprechen. Leiden kann sinnvoll sein, solange der Mensch noch bewusst ist und im Leiden seine eigene Unabhängigkeit erleben kann. Der Leidende kann nämlich eine innere Freiheit entfalten, die er diesem seinem Leiden entgegenstellt. Solange diese Freiheit im Leiden noch möglich ist, und solange das menschliche Bewusstsein nicht gewichen ist, darf der Mensch nicht wie ein Tier aus Mitleid getötet werden. Freiheit bedeutet aber auch nicht das Recht des Menschen, über seinen Körper wie über eine Sache zu verfügen. Die menschliche Freiheit ist zwar das höchste Gut, aber immer beschränkt. Über seinen Tod darf der Mensch nicht frei bestimmen.

Wenn der Verlust des Bewusstseins als Ende der menschlichen Person bezeichnet wird, dann muss eingestanden werden, dass es keine scharfe Grenze zwischen Bewusstheit und endgültigem Bewusstseinsverlust gibt. Die Grenze lässt sich nicht feststellen, der Arzt muss sie setzen.

*Professor A. Sustar, Chur*, vermittelte der Kommission aus der Sicht der christlichen Ethik vier Grundsätze zum Fragekreis der passiven Sterbehilfe:

1. Das Leben ist unantastbar und unverfügbar. Es liegt weder in der Hand des Patienten noch des Arztes.
2. Jedermann hat ein Recht auf ein menschenwürdiges Leben und auf einen menschenwürdigen Tod.
3. Daher besteht weder für den Patienten noch für den Arzt eine Pflicht zur künstlichen Lebensverlängerung, wenn kein menschenwürdiges Leben mehr erhalten werden kann.
4. Beim Entscheid über die passive Sterbehilfe obliegt dem Arzt jedoch die grösste Sorgfaltspflicht, da der Entscheid nicht wieder rückgängig zu machen ist.

Als Kriterium hat der Verlust des «personal-menschlichen Lebens» zu dienen. Dieses liegt so lange vor, als beim Patienten die physischen Voraussetzungen für das Urteilen und Entscheiden, auch wenn sehr beschränkt, noch gegeben sind.

Wichtiger als eine gesetzliche Regelung erscheint aus dieser Sicht die Stärkung des ärztlichen Ethos. Die Wirkung strafrechtlicher Regelungen dürfte in

diesem Bereich ohnehin bescheiden sein. Auch besteht die Gefahr, dass eine Spezialregelung erst recht Anlass zu Missbräuchen bietet, da sie notwendigerweise unbestimmt und auslegungsbefähigt wäre.

#### 4. Die rechtliche Beurteilung der passiven Sterbehilfe

Die juristischen Experten der Kommission beurteilten aus zivil- und strafrechtlicher Sicht die Rechtslage einheitlich als genügend deutlich, um die Gerichte zu befähigen, dem Patienten wie dem Arzt den angemessenen Rechtsschutz zu gewähren. Die Vielfalt der Gesichtspunkte des Einzelfalles können dagegen nicht in der abstrakten Regel des Gesetzes eingefangen werden.

Nach einhelliger Ansicht *fällt die aktive Sterbehilfe unter das Tötungsverbot* von Artikel 111 ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuches (vgl. Beilage 3). Auch die Tötung auf ernstliches und dringendes Verlangen des Kranken ist untersagt (Art. 114 StGB). Der Arzt, der den Krankheitsverlauf so beeinflusst, dass der Tod herbeigeführt oder beschleunigt wird, macht sich strafbar. Diese Strafbarkeit wird nur durch die einzige, deutlich abgrenzbare Ausnahme eingeschränkt: die sog. *indirekte Euthanasie*. Eine solche begeht der Arzt, der, um unerträgliches Leiden zu mildern, die erforderliche Dosis schmerzstillender Mittel verabreicht, obwohl, als Nebenfolge, möglicherweise das Leben verkürzt wird. Diese Schmerzliederung ist zulässig.

Das Anwendungsgebiet der *passiven Sterbehilfe* wird von der sog. Garantstellung des Arztes für das ihm anvertraute Leben des Patienten bestimmt. Der Arzt, der die Behandlung des Patienten übernimmt, hat die Pflicht, alles in seinen Kräften Stehende zu unternehmen, um Gesundheit und Leben des Kranken zu stützen und zu wahren. Während das Rechtsgut Leben gegenüber Dritten normalerweise nur gegen negative Eingriffe, d. h. Schädigungen geschützt ist, verleiht die Garantpflicht des Arztes dem Patienten einen Anspruch auf positive Unterstützung. Passive Sterbehilfe ist die Unterlassung oder der Abbruch einer möglichen Form solcher Unterstützung. Strafbarkeit oder Straflosigkeit dieses Vorgehens hängen davon ab, ob die Garantpflicht verletzt wird oder nicht.

Strafbar ist der Arzt somit nicht nur, wenn er das Leben des Patienten aktiv verkürzt, sondern auch, wenn er es unterlässt, das Leben seiner Garantpflicht entsprechend zu schützen. Bei der pflichtwidrigen Unterlassung kommt es jedoch nicht darauf an, ob sie durch ein aktives oder ein passives Verhalten begangen wird. Juristisch kann nämlich auch die Handlung, die im Loslösen des Patienten von der daseinserhaltenden Apparatur besteht, als Unterlassung gewertet werden, obwohl sie durch bestimmte Handgriffe vorgenommen wird. Entscheidend ist nicht die technische Ausführung des ärztlichen Entscheides, sonst wäre das Abstellen der Flüssigkeitszufuhr bei der künstlichen Ernährung anders zu beurteilen als der Verzicht darauf, den leeren Flüssigkeitsbehälter durch einen vollen zu ersetzen. Vielmehr ist der Sinn des Verhaltens im Blick auf die Wirkung zu bestimmen, die es auf das zu schützende Rechtsgut Leben hat: Aktives Handeln

ist dann die schädigende storende Einwirkung auf lebenserhaltende Körperprozesse, eine Unterlassung ist es, solche Prozesse, wenn sie gefährdet sind, nicht zu stützen oder zu ersetzen. Der Abbruch dasensverlängernder Massnahmen hat daher als Unterlassung zu gelten.

Da die Strafbarkeit der passiven Sterbehilfe in der Verletzung der Garantenpflicht liegt, muss für die weitere Beurteilung bestimmt werden, wo diese Pflicht beginnt und wo sie endet.

Darüber entscheidet der Rechtsgrund der Behandlung, d. h. der Auftrag des Patienten an Arzt oder Spital zur medizinischen Behandlung. Nach dem schweizerischen Zivilrecht entscheidet *der Wille des Patienten* darüber, ob eine medizinische Behandlung eingeleitet bzw. fortgesetzt werden soll oder nicht. Um das Wohl des Patienten darf sich der Arzt erst – und nur so lange – kümmern, als er dazu rechtlich ermächtigt ist. Der Wille des urteilsfähigen und über die Erkrankung, die Behandlung sowie deren Risiken gehörig aufgeklärten Patienten bindet den Arzt. Würde man diese Regel verlassen, so würde man den Patienten vom Subjekt zum Objekt entwerten. Von diesem Grundsatz ist freilich dort eine Ausnahme zu machen, wo öffentlich-rechtliche Bestimmungen der Kantone den Arzt verpflichten, lebensrettende Behandlungen notigenfalls gegen den Willen des Patienten vorzunehmen.

Der Wille des Patienten, der zivilrechtlich den Auftrag des Arztes begründet, stellt strafrechtlich die *Einwilligung des Verletzten* dar. Da nach schweizerischem Strafrecht medizinische Eingriffe grundsätzlich den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen, bedarf jede Heilbehandlung der Einwilligung des Patienten. Die ärztliche Behandlung ist nur im Rahmen dieser Einwilligung gerechtfertigt. So darf der Patient z. B. nicht gegen seinen Willen künstlich ernährt oder mit Bluttransfusionen oder operativen Eingriffen am Leben erhalten werden.

Wenn der Patient dem Arzt den Behandlungsauftrag entzieht, erlischt die Garantenpflicht des Arztes. Der Arzt, der auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten eine das Leben und die Leiden hinausziehende Behandlung beendet, bleibt daher straflos. Denn es fehlt dann gerade die unabdingbare Voraussetzung einer strafbaren Unterlassung, die Garantenpflicht. Der Arzt ist dann sogar verpflichtet, die Behandlung zu beenden. Nimmt er entgegen dem Willen des Patienten weitere medizinische Eingriffe vor, so macht er sich der Körperverletzung schuldig.

Der Wille des Patienten kann somit zwar die aktive Sterbehilfe, die dem absoluten Tötungsverbot unserer Rechtsordnung untersteht, nicht rechtfertigen. Wohl aber kann er durch Widerruf des Behandlungsauftrages die Garantenpflicht aufheben und die passive Sterbehilfe (das natürliche Sterbenlassen) erzwingen, die dann nicht nur das Recht, sondern geradezu die Pflicht des Arztes ist.

*Ist der Patient nicht mehr in der Lage, seinen Willen zu äussern*, so wird die Pflicht des Arztes zivilrechtlich nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag bestimmt. Strafrechtlich gilt für die Heilbemühungen des Arztes der Rechtfertigungsgrund des Notstandes oder des Handelns im Interesse und entsprechend dem mutmasslichen Willen des Patienten.

Die Berufung auf *Notstand* versagt jedoch dann, wenn der mutmassliche Wille des Patienten der Behandlung entgegensteht oder wenn es nur um eine höchst problematische Daseinsverlängerung geht. Jedenfalls hat der Respekt vor der eigenverantwortlichen Entscheidung des Patienten den Vorrang vor der Erhaltung eines fragwürdigen Lebensrestes.

Die *Handlung* des Arztes muss *im Interesse des Patienten liegen* und dessen *mutmasslichem Willen* entsprechen. Eine Einwilligung ist jedoch nicht anzunehmen für eine blosser Verlängerung von Leiden und Schmerzen.

Das Vetorecht des Patienten gebietet daher, auch wenn er seine Urteilsfähigkeit verloren hat, künstliche Lebensverlängerung zu unterlassen, wenn anzunehmen ist, dass der Patient, könnte er sich äussern, den Verlängerungsmassnahmen seine Zustimmung verweigern würde.

Eine frühere schriftliche Erklärung, worin der Patient auf jede künstliche Lebensverlängerung verzichtet, kann für die Ermittlung seines Willens ein gewichtiges Indiz abgeben. Entscheidend ist jedoch der gegenwärtige mutmassliche Wille, der nur aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände des Falles gefunden werden kann. Verbindlich ist die frühere Erklärung schon deshalb nicht, weil sie jederzeit rückgängig gemacht werden kann. Somit muss stets danach gefragt werden, ob der Patient die Erklärung im gegenwärtigen Augenblick vernünftigerweise widerrufen würde oder nicht.

In allen jenen Fällen, in denen der ausdrückliche gegenwärtige Wille des Patienten oder dessen mutmasslicher Wille die Garantenstellung des Arztes aufhebt, steht die passive Sterbehilfe völlig im Einklang mit dem geltenden Recht. Je mehr man sich jedoch dem Kernbereich der passiven Sterbehilfe nähert, den Fällen nämlich, bei denen der Patient darüber selbst nicht entschieden hat und nicht mehr entscheiden kann, desto grösser werden die Abwägungsprobleme beim Entscheid des Arztes.

Dort wo der Arzt notgedrungen selber entscheiden muss, ob seine Garantenpflicht fortbesteht, muss er seine *ärztlichen Berufspflichten gegeneinander abwägen*. Der Pflicht zur Lebenserhaltung können entgegenstehen die Pflicht, die Persönlichkeit des Patienten zu respektieren und ihn nicht als blosses Objekt zu behandeln, aber auch die Pflicht, seine Bemühungen auf die Therapie, das Heilen, zu beschränken.

Für den Entscheid des Arztes wird in erster Linie der Zustand des Patienten, aber auch der Stand der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten ausschlaggebend sein:

*Eine erste Entscheidungshilfe bildet das Kriterium des spezifisch menschlichen Lebens.* Hier gibt es eine klare Grenze: den Hirntod. Nach Eintritt des Hirntodes kann nicht mehr von menschlichem Leben gesprochen werden. Alle ärztlichen Behandlungspflichten fallen in diesem Zeitpunkt dahin. Diesseits des Hirntodes darf der Entscheid darüber, ob noch menschliches Leben vorhanden ist, jedenfalls nicht aufgrund einer zweifelhaften Meinung über «lebensunwertes Leben» getroffen werden. Menschliches Leben ist sicher immer dann anzunehmen, wenn noch

irgendeine Form menschlicher Kommunikation aufrechterhalten werden kann. Häufig aber zeigen sich fließende Übergänge, so z. B. der teilweise Gehirnausfall mit Bewusstseinsverlust, das Koma oder sklerotisch bedingte senile Dämmerzustände. Es gibt Patienten, die aus dem Koma erwachen und erzählen, wie sehr sie während des Komats psychisch darunter gelitten hätten, dass man sie als hoffnungslosen Fall abgeschrieben habe. Und es gibt alte Leute, die aus ihrem senilen Dämmerzustand, in dem sie völlig «unansprechbar» sind, wieder herausgeholt werden können, wenn eine Krankenschwester in intensivstem, persönlichem Einsatz den Menschen in ihnen anzusprechen versucht. Diese Patienten haben zweifellos noch ein menschliches Leben, andere jedoch, die sich äusserlich wenig von ihnen unterscheiden, vielleicht schon nicht mehr. – Was ein spezifisch menschliches Leben ist, kann also nicht abstrakt definiert werden.

*Ein zweiter Gesichtspunkt ist das subjektive Leiden des Patienten.* Unerträgliches Leiden kann künstlich erhaltenen Lebensrest in Frage stellen und den Arzt berechtigen, den Patienten sterben zu lassen. Doch muss auch dieses Kriterium von Fall zu Fall gewichtet werden. Unterschiedliche Grade des Leidens können sich mit unterschiedlichen Bewusstseinszuständen verbinden. Auch bleibt abzuwägen, welche Erfolge die Behandlung noch verspricht.

*Ein drittes Kriterium* sucht man etwa in einer Unterscheidung der Behandlungsgrade. Es wird *unterschieden zwischen «normaler» Pflege und «aussergewöhnlichen Massnahmen» oder «künstlicher Lebensverlängerung».* Diese Begriffe lassen sich jedoch nicht scharf voneinander abgrenzen. Es gibt für uns, besonders im Spital, kaum noch einen «natürlichen» Tod. Jede medizinische Pflege am todkranken oder sterbenden Menschen bedeutet eine «künstliche» Lebensverlängerung. Es bleibt auch hier eine Abwägungsfrage, wann die Behandlung im Einzelfall unverhältnismässig wird, zu einem sinnlosen Aufwand führt und eine absurde Verlängerung vegetativen Lebens mittels medizinischer Techniken und Apparaturen darstellt.

*Die Gesichtspunkte,* die bei der ärztlichen Entscheidung darüber massgebend sind, inwieweit eine Verlängerung menschlichen Lebens noch als sinnvoll erscheint, *lassen sich nicht in exakte Massstäbe umsetzen.* Der Arzt wird die Kriterien seiner Entscheidung den Umständen des Falles entnehmen müssen, ohne dass das Recht in der Lage wäre, ihm genaue Anweisungen zu geben. Die Begriffe, mit denen der Gesetzgeber allenfalls versuchen könnte, diese Kriterien zu umschreiben, sind äusserst unbestimmt: schwere, tödliche Krankheit, Persönlichkeitszerfall, aussergewöhnlich schmerzvolles Leiden, unmittelbare Todesnähe, tiefe, unaufhebbare Bewusstlosigkeit, aussergewöhnliche Massnahme, künstliche Lebensverlängerung. Diese Begriffe sind Leerformeln, die weder für den Arzt noch für den Patienten Klarheit und Sicherheit im Einzelfall zu schaffen vermögen. Massgebend bleiben die von den Umständen des Einzelfalles abhängigen ärztlichen Erwägungen. Diese entziehen sich aber einer auch nur einigermaßen bestimmten rechtlichen Regelung.

Der Richter, der angerufen wird, über den Entscheid des Arztes zu urteilen, muss die in der medizinischen Wissenschaft geltenden Kriterien, wie sie vor der Kommission von den Ärzten dargestellt worden sind, anerkennen. Der Arzt, der sich darauf berufen kann, dass er dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend und in sorgfältiger Prüfung des Einzelfalles gehandelt und seinen Entscheid, unter Würdigung der genannten Gesichtspunkte gefällt hat, ist freizusprechen. Begründen diese Gesichtspunkte nämlich den Entscheid, eine Verlängerung des Daseins des Patienten sei nicht mehr sinnvoll, dann erlischt die zivilrechtliche Behandlungspflicht und die strafrechtliche Garantenpflicht des Arztes.

Die von der Kommission befragten Juristen kommen demnach zum Schluss, *dass die bestehende gesetzliche Regelung das leistet, was von der abstrakten Norm verlangt werden kann*. Der Gesetzgeber muss den Entscheid im Einzelfall den Gerichten überlassen. Denn es ist nicht möglich, Regeln aufzustellen, die einerseits deutlich genug wären, um eine klare Handlungsanweisung zu vermitteln, und anderseits dem notwendigen Ermessen im Einzelfall einen genügenden Spielraum belassen würden. Eine Spezialregelung würde nur die Illusion grösserer Rechtssicherheit schaffen. Ein zusätzliches Mass an Klarheit in der gesetzlichen Regelung lässt sich zur Zeit nicht erreichen.

Zum gleichen Schluss kam schon die Expertenkommission für die Revision des Strafgesetzbuches, die im Herbst 1973 die Frage einer gesetzlichen Regelung der Euthanasie einlässlich geprüft hat. Die Sachverständigen haben sich damals mit 19 zu 0 Stimmen, bei 2 Enthaltungen, gegen eine Regelung der Sterbehilfe ausgesprochen (Protokoll der Sitzungen vom 23. August und 26. Oktober 1973).

Die Möglichkeit von Strafverfolgungen und Zivilprozessen gegen Ärzte kann nach dem Grundgehalt unserer Rechtsordnung nicht als solche aufgehoben werden. Das Klagerecht des Patienten und seiner Angehörigen muss uneingeschränkt erhalten bleiben. Es ist Sache der Justizorgane, über die Berechtigung der Ansprüche gegen die Ärzte zu befinden.

### 5. Erwägungen der Kommission

Der Initiant wollte vor allem den Schutz der Ärzte vor unberechtigten Zivilklagen und Strafverfolgungen sicherstellen, um zu verhindern, dass die Ärzte aus Angst davor, zur Verantwortung gezogen zu werden, das Leben und das Leiden sterbender Patienten sinnlos in die Länge ziehen oder aber sich weigern, in Notfällen nach eigenem Ermessen Hilfe zu leisten, wie dies in anderen Ländern, vor allem in den USA, aber zum Teil auch in Deutschland und Frankreich vorkommt.

Um den Arzt wegen der Entscheidung über die Behandlung sterbender Patienten vor Klagen zu bewahren, schlug Nationalrat Allgöwer vor, den Arzt unter bestimmten Voraussetzungen von der Pflicht zur künstlichen Lebensverlängerung zu befreien. Dazu unterbreitete er der Kommission folgende *Richtlinie*:

«Der Arzt richtet seine Massnahmen nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft. Ergibt die Prognose des Patienten keinerlei Wiederherstel-

lungsmöglichkeit, erscheint der Fall aussichtslos, so ist der Arzt nicht zur künstlichen Lebensverlängerung verpflichtet. Im Zweifelsfall zieht er zwei fachkundige Ärzte bei, die ihre Beurteilung in einem Protokoll festlegen.»

Die Kommission unterbreitete diesen Text den Experten, die ihn mehrheitlich ablehnten.

Die Begriffe der Wiederherstellungsmöglichkeit, der Aussichtslosigkeit und der künstlichen Lebensverlängerung sind unbestimmt. Sie bringen keine Eingrenzung des ärztlichen Ermessens gegenüber der heute geltenden und oben dargestellten Regelung. Das Handeln nach dem Stande der medizinischen Wissenschaft und der Bezug von Kollegen im Zweifelsfall sind Selbstverständlichkeiten, die auch ohne gesetzliche Regelung gelten.

Zudem schafft jede solche Spezialregelung auch die Möglichkeit des Missbrauchs. Es besteht die Gefahr, dass auf diese Weise Leben und Würde des Menschen schlechter geschützt waren als bisher.

Die Erfahrungen und Überlegungen der Experten haben gezeigt, dass nicht nur dem Arzt ein vernünftiger Spielraum für seine Entscheidung zu sichern ist, sondern auch die angemessene persönliche Freiheit und Würde des Patienten gewahrt werden muss. Beide Forderungen sind, wie sich ergeben hat, für die heutigen Verhältnisse durch das geltende Recht grundsätzlich erfüllt.

Der Patient ist frei in der Entscheidung über die Einleitung und die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung. Der Arzt darf am Patienten nur jene Eingriffe vornehmen, die dieser billigt. Der Kranke, der noch bei Bewusstsein ist, braucht also nicht zu fürchten, dem Arzt ausgeliefert zu sein. Auch im Zustand der Bewusstlosigkeit gilt der erkennbare mutmassliche Wille des Patienten weiter. Und schliesslich ist der Arzt gehalten, den Patienten sterben zu lassen, wenn die Achtung vor dessen persönlicher Würde es gebietet.

Der Patient ist aber auch für die Erhaltung seines Lebens geschützt. Der Arzt hat alles zu unternehmen, um den Kranken zu retten, solange dieser es wünscht. Und solange die Persönlichkeit des Menschen fortbesteht, hat der Arzt auch jenen Patienten zu pflegen, der nicht mehr in der Lage ist, über sich selber zu bestimmen. Erst wenn unentragliches Leiden oder der unwiederbringliche Verlust des Bewusstseins dem Menschen die persönliche Würde raubt, darf der Arzt die Pflege beenden und das Sterben gewähren lassen.

Auf der andern Seite ist auch der Arzt in der Ausübung seines Berufes geschützt. Solange der Patient urteilsfähig ist, kann der Arzt sich an dessen Willen halten und braucht die Verantwortung nicht allein zu tragen. Sobald diese ihm jedoch voll übertragen ist, steht ihm auch die notwendige Entscheidungsfreiheit zu. Wenn er nach bestem Wissen und Gewissen handelt, darf er nach dem Stande seiner Wissenschaft und aus Achtung für die Person des Kranken, und wenn er in Würdigung aller Umstände den Entscheid fällt, den Patienten sterben zu lassen, dann gewährt ihm das Recht seinen Schutz.

Dem Grundsatz nach vermag die geltende Regelung zur passiven Sterbehilfe somit zu befriedigen. Wohl wäre es wünschenswert, dass auch die Einzelfragen

gesetzlich klar geregelt werden könnten. Doch entzieht sich die Vielfalt des Lebens hier – wie auch in anderen Bereichen – der genauen rechtlichen Ordnung. Der Gesetzgeber muss sich damit begnügen, den Grundsatz auszusprechen und die fallweise Ausgestaltung dem Richter zu überlassen. Dieser ist aufgrund des geltenden Rechts durchaus in der Lage, nach menschlichem Ermessen richtig zu entscheiden.

Die Kommission kommt daher einstimmig, bei Stimmenthaltung des Initianten, zum Schluss, dass der Initiative von Herrn Allgöwer keine Folge zu geben ist.

## 6. Verwandte Probleme

Die Kommission ist in der Dokumentation und in der Diskussion auf weitere Probleme des modernen Gesundheitswesens gestossen, die zu Diskussionen unter Fachleuten und in der Öffentlichkeit, zu wissenschaftlichen Erörterungen sowie vereinzelt im Ausland zum Erlass von Gesetzen und auf internationaler Ebene zur Aufstellung von Empfehlungen Anlass gaben. Der Europarat in Strassburg bemüht sich um eine Abklärung der Euthanasieprobleme und erarbeitet eine Empfehlung für den Rechtsschutz von Patient und Arzt.

Die Fortschritte der Biologie und Biochemie, die Entwicklung der Medizinaltechnik, der pharmazeutischen Industrie und des Spitalbetriebes haben starken Einfluss auf die Stellung der Patienten, Ärzte und der übrigen Beteiligten. Es zeigen sich wirtschaftliche Auswirkungen (Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Diskussion um die Heilmittelpreise), aber auch Rechtsprobleme z. B. im medizinischen Versuchswesen und bei der Organtransplantation. Gelegentlich besteht der Eindruck, dass die zum Wohl des Menschen erzielten Fortschritte ihn ängstigen und seine Freiheit und Würde bedrohen könnten.

In der Kommission herrscht der Eindruck vor, dass die Probleme noch an Schärfe und Schwere zunehmen werden, weil Forschung und wissenschaftlich-technische Fortschritte weitergehen und keine Anzeichen für eine Umkehr der Entwicklung vorliegen. Die Mehrheit der Kommission ist der Auffassung, dass über verschiedene Punkte aus diesem Fragenkreis eine gesetzliche Regelung schon heute angezeit wäre und in absehbarer Zeit unvermeidbar wird.

Die Kommission erwog, ein Postulat einzureichen, um den Bundesrat zur Klärung des ganzen Fragenkomplexes und allenfalls zur Vorlage eines Gesetzesentwurfes einzuladen. Sie hat schliesslich auf einen solchen Vorstoss verzichtet, weil er die Grenzen ihres eigentlichen Auftrages übersteigen würde, und vor allem weil sie erfahren hat, dass sich diese Fragen bereits im Studium befinden. Das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement hat eine Expertenkommission eingesetzt, und die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften unternimmt ebenfalls Abklärungen. Die Kommission erachtet es als wichtig, dass diese Arbeiten beförderlich durchgeführt werden und dass das Parlament möglichst bald über das Ergebnis informiert wird.

## **Wichtigste einschlägige Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches<sup>1)</sup>**

### Art. 111

#### *Vorsätzliche Tötung*

Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

### Art 114

#### *Tötung auf Verlangen*

Wer einen Menschen auf sein ernstliches und dringendes Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

### Art. 115

#### *Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord*

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

### Art. 117

#### *Fahrlässige Tötung*

Wer fahrlässig den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.

### Art. 127

#### *Aussetzung*

1. Wer einen Hilflosen, der unter seiner Obhut steht oder für den er zu sorgen hat, einer Gefahr für das Leben oder einer schweren unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit aussetzt,

<sup>1)</sup> SR 311.0

wer einen Hilflosen, der unter seiner Obhut steht oder für den er zu sorgen hat, in einer Gefahr für das Leben oder in einer schweren unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit im Stiche lässt,

wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis nicht unter einem Monat bestraft.

2. Hat die Aussetzung den Tod des Ausgesetzten zur Folge gehabt und konnte der Täter dies voraussetzen, so wird er mit Zuchthaus bestraft.

## **Parlamentarische Initiative über die passive Sterbehilfe Bericht der Kommission des Nationalrates (Vom 27. August 1975)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1975
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	39
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	75.221
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	29.09.1975
Date	
Data	
Seite	1344-1362
Page	
Pagina	
Ref. No	10 046 506

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.