

Zum gegenwärtigen Diskussionsstand um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

Von Christoph Rehmann-Sutter

»Die Technik ist zu stark für unseren schwachen Körper, sie wissen das, sie wissen, einen wie mich werden sie brauchen, je länger, je mehr. Einer, der den Schalter dreht, wenn die Birne längst verglüht und das Licht aus ist. Einer, der ihnen die Finsternis bringt.«
(Bärfuss 2005, 73)

In Lukas Bärfuss' Stück reist die lebensmüde und zum Sterben entschlossene Alice aus Hamburg nach Zürich und lässt sich dort von Gustav Strom mit einem rezeptfreien Beruhigungsmittel gegen den Erstickungsreflex und einem Plastikbeutel, den sie sich über den Kopf ziehen muss, dabei helfen, ihren Tagen ein Ende zu setzen. Das Stück nimmt nicht Stellung gegen die Legalität der Suizidbeihilfe in der Schweiz, aber es zeigt dramatisch dessen Dilemmata auf. Es verurteilt nicht, weder die Sterbewilligen, noch den Sterbehelfer oder seine Helfershelfer. Aber es zeigt Mechanismen auf und demaskiert Sicherheiten. Zuerst das ärztliche Ethos: Sagt es wirklich in jedem Fall eindeutig Nein zum ärztlich assistierten Suizid? Gustav Strom, der ärztliche Sterbehelfer erklärt sich: »Die Frage kommt immer: Sie haben doch den Hippokratischen Eid geleistet. Ja, habe ich. Wie können Sie also Menschen in den Tod begleiten. Gerade weil ich ihn geleistet habe. [...] Die Angst vor dem Tod macht uns erpressbar. [...] Ich glaube, das menschliche Leben erhält seine Würde durch die Freiheit, den Zeitpunkt seines eigenen Todes wählen zu können. Und dafür kämpfe ich.« (10f.). Strom mag sich in seine Theorie von der menschlichen Würde zu stark verbissen haben (er verstrickt sich jedenfalls in Widersprüche, wenn er gleichzeitig beteuert: »Jedes Prinzip, irgendeines, ist Menschen feindlich.« 11), was er zu tun versucht, ist Leiden lindern, die Wünsche seiner Patienten ernst nehmen und Beistand leisten.

Zweitens die Unabhängigkeit der sich je autonom entscheidenden Patientinnen oder Patienten: Nachdem Alice gestorben ist, sieht Lotte, Alices Mutter, die sich vorher vielleicht etwas zu dominierend um ihre einzige, kinderlose Tochter ge-

kümmert hat, keine Perspektive mehr. Ihr Leben ist sinnlos geworden und sie reist ebenfalls in die Schweiz zu Strom, um ihrer Tochter zu folgen. Strom prüft die Konstanz und Konsistenz des Sterbewunsches und kommt nach mehreren Gesprächen im Abstand mehrerer Wochen zum Schluss, dass sie »gute Gründe« hat: »Sie wolle mit diesen zweihundertsechzigtausend [ihr Erspartes; CRS] lieber eine gute Sache unterstützen, anstatt eine alte, perspektivlose, unnütze Person bis zu ihrem unweigerlichen Ende durchfüttern.« (69) In Alices Überlegungen sind die Folgen für ihre Mutter nicht vorgekommen. Sie übersah ihre Abhängigkeit vom Sinn des Sorgens. Lotte verlangt Beihilfe zu einem altruistischen Suizid, weil sie nicht mehr gebraucht wurde. Die in der Ethik viel beschworene »Autonomie« der Entscheidung greift zu kurz, indem sie die in der Selbstbestimmung verborgenen Beziehungen verdeckt.

Das Stück stellt insofern kein authentisches Bild der Wirklichkeit der Suizidbeihilfepraxis in der Schweiz dar, als sowohl Alice wie auch Lotte physisch gesund sind. Wie eine Untersuchung über alle 331 von der größten Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit im Kanton Zürich zwischen 1990 und 2000 durchgeführten Suizidbegleitungen zeigte (Bosshard et al. 2003), wiesen 78,9% der Personen Diagnosen tödlich verlaufender Krankheiten auf. Die übrigen 21,1% verteilten sich auf Polyarthritiden, Osteoporose, Arthrose (zusammen 20 Fälle), Chronisches Schmerzsyndrom, Blindheit und »allgemeine Schwäche« (zusammen 13 Fälle), Depression und Psychose (zusammen 9 Fälle). In der Wirklichkeit wurde die Suizidbegleitung demnach hauptsächlich in Folge schwerer Krankheiten durchgeführt, die eine aussichtslose Prognose aufweisen, akute Schmerzen beinhalten oder ein Weiterleben in Würde aus der Sicht der Sterbewilligen fraglich machen. Das

Stück lässt das Element der Krankheit weg, entfernt sich von der Wirklichkeit dadurch, macht es aber gleichzeitig möglich, die Ambivalenzen und Dilemmata klarer zu erkennen, ohne vom vorschleunigen Einverständnis durch Mitleid abgelenkt zu werden. Es ist dadurch gelungen, das Handlungsarrangement von Suizidalität und Sterbehilfeorganisationen im Kontext der permissiven Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung gleichsam unter das Mikroskop der Inszenierung zu legen und dessen verborgene Strukturen sichtbar zu machen. Das Stück will Zweifel streuen an der vermeintlichen Richtigkeit moralischer Haltungen, auf welche Seite auch immer. »Die Haltung des Zweifels« sei der Problematik adäquater, sagte Bärffuss bei einem Theatergespräch.¹

II

Die Einzigartigkeit der Schweizer Rechtslage im Bezug auf die Suizidbeihilfe (strafbar nur, sofern selbstsüchtige Motive des Helfers vorliegen; keine weiteren Einschränkungen, außer der Voraussetzung, dass die Selbsttötung selbstbestimmt und eigenverantwortlich erfolgen muss; Art. 115 StGB) brachte es mit sich, dass Menschen, die den Tod suchen, aus anderen Ländern mit restriktiver Regelung in die Schweiz reisen dürfen, um sich daselbst mit der Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben zu nehmen. Die Zahlen, soweit sie bekannt geworden sind, stiegen in den letzten Jahren stark an: Nach Angaben der Stadtpolizei Zürich² waren es im Jahr 2000 3, 2001 37, 2002 55 und 2003 91 Fälle von assistierten Suiziden der Organisation *Dignitas*, welche sich auf diese Art von Hilfe spezialisiert hat.

Im Frühjahr 2005 hat eine Ad-Hoc-Kommission des Britischen Oberhauses anlässlich der Diskussion des dort von Lord Joffe eingebrachten Gesetzesvorschlags zur Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe und Suizidbeihilfe für terminal Kranke zum Zwecke ausführlicher Abklärungen Oregon, die Niederlande und auch die Schweiz besucht. Im Bericht (Select Committee 2005, I, 69) werden drei Besonderheiten der Schweiz hervorgehoben: 1. In der Schweiz ist (anders als in Oregon und den Niederlanden) die Hilfe zum Suizid keine exklusive Provinz für Ärzte. Jeder kann diese Hilfe legal aus nicht-selbstsüchtigen Motiven gewähren. Wo eine tödliche Medikation gebraucht wird, ist das Rezept eines Arztes nötig.

um diese zu beschaffen, »though this requirement exists in order to ensure control of dangerous drugs and not because of a view that assistance with suicide is a function of medicine.« (ibid.) 2. Seit den 1980er Jahren sind sogenannte Sterbehilfeorganisationen entstanden, welche neben Vorausverfügungen auch Sterbebegleitungen mit Suizidbeihilfe durchführen (die größte ist *Exit* mit ca. 60'000 Mitgliedern, kleinere *AMD* und *Dignitas*). Es gibt, anders als in Oregon und den Niederlanden, keine Beschränkung der legalen Suizidbeihilfe auf Personen, die in der Schweiz leben. Zusätzlich wird hervorgehoben, dass das Schweizer Strafrecht keine Bindung der Suizidbeihilfe an terminale Krankheit oder Leiden verlangt. Dies steht im Gegensatz zu dem im House of Lords diskutierten Vorschlag Joffe, der die Hilfe nur für terminal Kranke, die unerträglich leiden, in Betracht zieht.

In der Schweiz gab es in den vergangenen Jahren breite Diskussionen in Tagungen, Foren und in den Medien, sowie auch eine Reihe von parlamentarischen Vorstößen, die auf diese besonderen Umstände reagierten. Die parlamentarische Initiative von Nationalrätin Dorle Vallender verlangte 2001 eine generelle Strafbarkeit des Verleitens zum Suizid und eine engere Einschränkung für die Beihilfe zum Suizid (Ausschluss von Arzt und Pflegepersonal, Beschränkung der Hilfe auf das persönliche Umfeld, Bewilligungspflicht und Staatsaufsicht für Sterbehilfeorganisationen etc.), wurde aber im Dezember 2001 im Nationalrat relativ deutlich abgelehnt.³ Im März 1999 legte die Arbeitsgruppe Sterbehilfe (Vorsitz Ständerätin Josi Meier) einen Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vor, in welchem sie verlangte, die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen mit einem revidierten Art. 114 StGB für straflos zu erklären, ohne auf der anderen Seite den Art. 115 über Suizidbeihilfe anzutasten. Der Bundesrat lehnte aber diesen Vorschlag am 5. Juli 2000 ab.

Erneut aufgenommen wurde die parlamentarische Debatte im Juni 2004, als eine von der Kommission für Rechtsfragen des Ständerates eingereichte Motion im Ständerat angenommen wurde. Diese Motion beauftragt die Regierung, Vorschläge für eine gesetzliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe auszuarbeiten und Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin zu treffen. Vorschläge stehen im Moment noch aus.

Am 11. Juni 2005 hat nun kürzlich die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin im Rahmen ihres Beratungsmandats für Parlament und Regierung eine ausführliche Stellungnahme »Beihilfe zum Suizid« vorgelegt (NEK-CNE 2005). Darin empfiehlt sie unter anderem, die Sterbehilfeorganisationen durch geeignete Gesetze einer staatlichen Kontrolle zu unterstellen. Es soll dadurch möglich werden, von diesen Organisationen die Einhaltung von Sorgfaltskriterien zu verlangen. Man müsste z.B. verlangen, dass die Abklärungen genügend sorgfältig sind. Bei möglicherweise vorübergehenden Krisen, auch im Zusammenhang mit der Diagnose schwerer Krankheiten, soll keine Suizidbeihilfe geleistet werden. Alternativen müssten sorgfältig erwogen werden. »Anlässlich dieser Abklärungen müssen nicht nur die Urteilsfähigkeit, die Freiheit von sozialem Druck, der Grund und Hintergrund des Suizidwunsches sowie dessen Konstanz ermittelt und sichergestellt werden, sondern im Sinne der Fürsorge für das Leben auch mögliche andere Perspektiven und Optionen mit dem Suizidwilligen erwogen und geprüft werden. Das ist nur im Rahmen einer eingehenden und länger andauernden Beziehung möglich und nicht auf Grund eines kurzen oder einmaligen Kontaktes mit dem suizidwilligen Menschen.« (77)

Auf der anderen Seite sieht die Kommission keine ethischen Gründe, um die Beihilfe zum Suizid auf Menschen einzuschränken, die Wohnsitz in der Schweiz haben. Es gäbe allenfalls politische Gründe dafür. Sie ortet das ethische Problem im Phänomen des sog. »Sterbetourismus« nicht im Wohnort der suizidwilligen Person, sondern vielmehr in der »Sicherstellung einer ausreichenden Abklärung und den diesbezüglichen Sorgfaltspflichten« (75). Dahinter steht die Überlegung, dass die ethische Beurteilung der Rahmenbedingungen für das assistierte Sterben nicht mit zwei verschiedenen Maßstäben vorgenommen werden kann, wenn es sich um Schweizer oder um Ausländer handelt. In der Frage, ob es eine Möglichkeit geben dürfe, Beihilfe zum Suizid zu leisten, kann das Kriterium des Wohnsitzes aber indirekt sehr wohl eine Rolle spielen, weil eine große Distanz die Sorgfalt der Abklärung behindert. Die Kommission legte ein Schwergewicht auf die Forderung nach einer hohen Sorgfalt der Entscheidung. Sie »muss sich an der Person und

an der Situation des Suizidwilligen orientieren und darf nicht zu einer bloß aus Regeln abgeleiteten Entscheidung werden« (69). Wenn die NEK-CNE die Einhaltung und Durchsetzung von Sorgfaltskriterien bei der Entscheidungsfindung verlangt, so weist sie gleichzeitig die Formulierung von Kriterien für die ethische Legitimität dieser Entscheidung selbst zurück. Beihilfe zum Suizid dürfte in keiner Weise zu einer Art von »Routineleistung« werden, bei der vorher eine Checkliste erfüllt werden muss. Die Entscheidung, Beihilfe zum Suizid zu leisten, müsse eine persönlich verantwortete Gewissensentscheidung im Sinn eines Beistandes bleiben. Bedingungen wie die Urteilsfähigkeit, die Wohlerwogenheit, die Konstanz des Sterbewunsches, das Fehlen von Alternativen, usw. sind wichtig, aber im Sinn von notwendigen, *nicht hinreichenden* Bedingungen. Sie »legen fest, wann überhaupt Beihilfe zum Suizid in Betracht kommen kann.« (69) und bestimmen nie die ethische Legitimität der Entscheidung.

Mit Nachdruck weist die NEK-CNE auf gesellschaftliche Risiken hin, die aus der Existenz von Sterbehilfeorganisationen im Kontext einer Gesellschaft erwachsen, in der sich die demographische Zusammensetzung ändert. »Wenn der Anteil der älteren Menschen steigt, steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen.« Bedingt durch eine zweite Entwicklung, die massive Kostensteigerung im Gesundheitswesen (bis an die Tragbarkeitsgrenze für die Haushalte), können für die Einzelnen, wenn sie pflegebedürftig werden, Schuldgefühle entstehen und diese können zu Suizidwünschen führen, um der Familie oder Gesellschaft »nicht zur Last zu fallen«. Pflegebedürftige Menschen sind diesem Risiko besonders stark ausgesetzt und es könnte sich erhöhen, sobald der assistierte Suizid eine in irgendeiner Weise »normale« Option würde.

Die Nationale Ethikkommission zeigt auf, welche ethischen Gesichtspunkte bei der Diskussion um Richtlinien und Gesetze zur Suizidbeihilfe zu berücksichtigen sind. Es sind zwei »Pole«, wie sie sie nennt, nämlich die »gebotene Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits« (66). Fürsorge im Sinn der Hilfe zum Leben und Respekt im Sinn der Anerkennung des Anspruchs, über die Umstände des eigenen Sterbens mitbestimmen zu können, beide zusammen bilden – als Spannungsverhältnis – den ethischen Beurteilungsrahmen. Es ist immer

beiden Polen Rechnung zu tragen. In der gegenwärtigen Formulierung des Art. 115 StGB sieht sie diese Forderung erfüllt und schlägt daher keine Änderung vor. Das Gebot der Fürsorge für suizidgefährdete Menschen ist darin sichtbar, dass ihre Verletzbarkeit im Bezug auf Fremdinteressen anerkannt wird und entsprechend das Bestehen eigennütziger Motive derjenigen, die zur Selbsttötung verhelfen oder verleiten, strafbar ist. Aber die Menschen, welche den Tod wünschen, weil sie trotz der Unterstützung ihres Umfeldes keine Perspektive vor sich haben, sind auch auf eine andere Weise verletzbar, wenn sie nämlich mit ihrem Wunsch und mit ihren Gründen nicht ernstgenommen würden.

Die Verletzbarkeit der Sterbewilligen muss im Zentrum stehen. Sie ist aber doppelt: 1. Im Bezug auf den *Tod*. Ein Sterbehelfer darf nicht aus eigenem Interesse handeln, sondern nur und ausschließlich im Interesse der sterbewilligen Person. Das Ausführen des Hilfs-Wunsches darf aber gleichzeitig nicht allzu bereitwillig und rasch geschehen, weil der Wunsch Ausdruck einer vorübergehenden Krise sein oder durch eine Verbesserung der Lebensumstände gemildert werden könnte. 2. Im Bezug auf das *Nicht-Ernstnehmen* ihres Anliegens. Die Anerkennung des Wunsches ist ein Akt der Zuwendung, auch wenn es der Wunsch ist, aus dem Leben scheiden zu können. Anerkennung des Wunsches ist jedoch nicht gleichbedeutend mit der Gewährung von Suizidhilfe. Dafür sind weitere Motive nötig und die Entscheidung dafür ist durch den Akt der Anerkennung nicht schon gefallen.

IV

Wenn man die Stellungnahmen vier maßgeblicher Organisationen zur Suizidbeihilfe in der Schweiz überblickt, die alle im Jahr 2005 publiziert wurden, so fällt trotz der unterschiedlichen Schwerpunkte eine Konvergenz auf. Sie lässt sich so bezeichnen: Die Suizidbeihilfe gehört nicht zum *Auftrag* der Angehörigen von Heilberufen, der Kliniken und Pflegeheime, kann aber im Sinn eines persönlich zu verantwortenden mitmenschlichen Entscheides im Einzelfall *möglich* werden, ohne dass es von Seiten der Suizidwilligen einen *Anspruch* auf diese Art von Hilfe geben soll.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hält in ihren neu

aufgelegten Richtlinien zur »Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende« von 2005 unter Punkt 4.1 fest, die Beihilfe zum Suizid bilde »nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit«, gleichwohl könne sich im konkreten Fall eine »Dilemmasituation« einstellen, die eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes erfordert. Der Arzt hat in jedem Fall »das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen«. Die notwendigen (nicht hinreichenden) Bedingungen dafür, dass eine solche Hilfeleistung von einer Ärztin/einem Arzt überhaupt in Betracht gezogen werden darf, sind, 1. dass das Lebensende des Patienten auf Grund seiner Erkrankung nahe ist, 2. dass alternative Möglichkeiten der Hilfe erörtert und soweit gewünscht geleistet wurden, und 3. dass eine unabhängige Drittperson die Wohlerwogenheit, Freiheit und Dauerhaftigkeit des Wunsches überprüft hat.⁴

Im gleichen Sinn äußert sich die Nationale Ethikkommission, wenn sie den ethischen Konflikt für Ärzte und Pflegende darstellt und die Möglichkeit eines persönlichen Gewissensentscheides im Einzelfall anerkennt, aber daran festhält, dass Suizidbeihilfe »nicht zum Auftrag der Angehörigen von Heilberufen« gehört (NEK-CNE, 2005, 74). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI bekräftigt 2005, dass Beihilfe zum Suizid »nicht Teil des pflegerischen Auftrags« bildet, hält aber fest, dass der Patient auch im Fall eines Sterbewunsches pflegerisch unterstützt werden muss. Der Patient darf nicht in dem Moment »fallen gelassen« werden, in dem er um einen letzten Dienst bittet. Pflegende dürfen aber ein tödliches Mittel weder beschaffen, vorbereiten oder dem Patienten reichen, auch nicht im Auftrag des Arztes.

Dies gilt nicht nur für Personen, sondern in analoger Form auch für Institutionen wie Alters- und Pflegeheime. Die NEK-CNE empfiehlt, Patienten, die außerhalb des Heims keinen anderen Wohnort mehr haben, die Durchführung eines assistierten Suizids im Heim nicht zu verwehren, ohne dass für das Personal dadurch eine Mitwirkungspflicht entsteht oder eine Recht des Patienten, diese Mitwirkung zu verlangen. Die Heime und Spitäler sollen ihre permissive oder ablehnende Haltung gegenüber dem assistierten Suizid den Patienten erklären und im gegebenen Fall einen Wechsel in eine andere Institution möglich machen. Im gleichen Sinn äußerte sich 2005 auch der Verband Waadtländer Heime AVDEMS. Die Städtischen Altersheime Zürich lassen seit 2001

die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen zu, was aber nach amtlichen Angaben nicht zu einem Anstieg der Zahlen über Einzelfälle hinaus geführt hat.⁵

Eine Reihe von ethischen Fragen gilt es in nächster Zukunft zu klären. Am Vordringlichsten ist aus meiner Sicht die, wie die Sorgfaltskriterien im einzelnen zu formulieren sind, die von den Sterbehilfeorganisationen verlangt werden müssen. Sie müssen (zusammen mit anderen Maßnahmen) ausreichend sicherstellen, dass die Suizidalität, die Schuldgefühle oder der Altruismus der Betroffenen und die permissive Rechtslage der Schweiz nicht ausgenutzt werden, um das gesellschaftliche Problem der Kostenlawine auf eine individuelle Art, auf Kosten von Menschen mit fragiler Lebensperspektive zu lösen (vgl. Rehmann-Sutter im Druck). Dies wäre eine strukturelle Ungerechtigkeit.

Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter
Schönbeinstrasse 20
CH-4056 Basel

Anmerkungen

1. Tod auf Verlangen? Eine Diskussion zur Sterbehilfe in der Schweiz, mit *Lukas Bärfuss* (Autor), *Ludwig A. Minelli*, *Christoph Rehmann-Sutter* und *Alex Schwank*, Leitung: Judith Gerstenberg, Foyer Schauspielhaus Basel, 3. April 2005.
2. NZZ am Sonntag, 22. Februar 2004.
3. Vgl. die Übersicht im Bericht der NEK-CNE 2005, S. 10f. und 36ff.
4. Dazu *Zimmermann-Acklin* (2004 und im Druck), *Fischer* (2004, 2005), *Bondolfi* (2005), *Vallotton* (2005), *Schmitt-Mannhart* (2005), *Monteverde* (2005).
5. In städtischen Alters- und Pflegeheimen der Stadt Zürich gab es 2001 zwei, 2002 sechs, 2003 zwei und 2004 ein assistierte Suizide, gleichzeitig 2001 drei, 2002 drei, 2003 zwei und 2004 fünf gewaltsame Suizide (Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich).

Literatur

- Bärfuss, Lukas, *Alices Reise in die Schweiz. Szenen aus dem Leben des Sterbehelfers Gustav Strom*, Basel: Theater Basel, 2005.
- Bondolfi, Alberto, »L'aide au suicide: quelques considérations éthiques dans le contexte suisse«, *Bioethica Forum* Nr. 43, 2004: 1-4 (verfügbar auf www.bioethics.ch).
- Bosshard, Georg/Ulrich, Esther/Bär, Walter, »748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation«, *Swiss Medical Weekly* 133, 2003: 310-

- 317.
- Fischer, Johannes, »Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe«, in: *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Jahresbericht 2004*. Basel: SAMW, 2005: 111-117.
- Fischer, Johannes. »Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe«, *Ethik in der Medizin* 16. 2004: 165-169.
- Jotti-Arnold, Anne-Laure/Matt, François/Diserens, Janine, »Assistance au suicide en EMS. Recommandations éthiques et pratiques de la chambre de l'éthique de l'AVDEMS«, *Revue Médicale Suisse* 1/1, 2005: 85-86.
- Monteverde, Settimio, »Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?« *Bioethica Forum* Nr. 43, 2004: 7-8 (verfügbar auf www.bioethics.ch).
- NEK-CNE, Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, »Beihilfe zum Suizid«, Stellungnahme Nr. 9/2005, Bern (verfügbar auf www.nek-cne.ch).
- Rehmann-Sutter, Christoph/Bondolfi, Alberto/Fischer, Johannes/Leuthold, Margrit (Hrsg.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, im Druck.
- Rehmann-Sutter, Christoph, »Gesellschaftliche Implikationen der Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission«, in: *Rehmann-Sutter et al.*, im Druck.
- Schmitt-Mannhart, Regula, »Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?« *Bioethica Forum* Nr. 43, 2004: 6-7 (verfügbar auf www.bioethics.ch).
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK-ASI, *Ethische Standpunkte 1: Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags*, Bern, 2005 (verfügbar auf www.sbk-asi.ch).
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien* (verfügbar auf www.samw.ch).
- Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*. Vol I: Report; Vol. III: Evidence, London, 2005 (The Stationery Office).
- Vallotton, Michel, »L'assistance au suicide dans les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales«, *Bioethica Forum* Nr. 43, 2004: 4-5 (verfügbar auf www.bioethics.ch).
- Zimmermann-Acklin, Markus, »Die neuen medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase«, in: *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Jahresbericht 2004*, Basel: SAMW, 2005: 124-129.
- Zimmermann-Acklin, Markus, »Die Richtlinien der SAMW: Kernaussagen und Regelung der ärztlichen Suizidbegleitung«, in: *Rehmann-Sutter et al.* (Hrsg.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, im Druck.
- Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, »Bericht über die Anzahl der Suizide in den städtischen Spitälern, Pflegezentren und Altersheimen«, in: *Rehmann-Sutter et al.*, im Druck.