

Position der VKAS zur Sterbehilfeproblematik

Hilfe beim oder Hilfe zum Sterben?

Peter Ryser-Düblin^a,
Nikolaus Zwicky-Aeberhard^b,
Rahel Gürber^c

Für die Vereinigung Katholischer
Ärzte der Schweiz (VKAS)

a Dr. med., Aktuar

b Dr. med., Präsident

c Dr. med., Vizepräsidentin

Einleitung

Das Problem der Sterbehilfe ist seit einigen Jahren zunehmend in die öffentliche Diskussion geraten. Dabei werden immer eindeutiger Forderungen nach einer flexiblen, liberalen Haltung gestellt. In der Schweiz wird die Debatte vor allem unter dem Titel der Suizidbeihilfe geführt, wobei eine sehr liberale gesetzliche Regelung existiert. Reklame und Dauerberieselung der Bevölkerung durch Sterbehilfeorganisationen wecken zusätzliche Bedürfnisse und bewirken unseres Erachtens fatale Gewöhnungseffekte. Besonders Gewicht hat in letzter Zeit ein Bundesgerichtsurteil erlangt, das in seiner Interpretation von Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention gar ein Recht auf den eigenen Tod postulierte [1]. Betreffend die Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe verwies es unter anderem auch auf medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW aus dem Jahre 2004 [2] und, im Hinblick auf die mögliche Ausweitung auf psychische Leiden, auf die Stellungnahme Nr. 9 der Nationalen Ethikkommission (NEK) vom 27. April 2005 [3]. Es ist nicht zu verkennen, dass dieses Gerichtsurteil einen wichtigen Einfluss auf die weiteren politischen und ethischen Auseinandersetzungen haben wird.

Die verhängnisvollen Folgen einer liberalen Rechtsprechung in diesem Bereich treten in den Niederlanden bereits zutage. Sie führen dem nüchternen Beobachter vor Augen, dass auch eine «geregelt» Tötung (Euthanasie) bzw. Selbsttötung von Menschen (Suizidhilfe) unter objektiven Entscheidungskriterien und innerhalb bestimmter gesetzlicher Rahmenbedingungen (Sorgfaltspflicht) praktisch eine Illusion bleibt [4]. Die assistierte Selbsttötung sollte daher gar nicht durch den Gesetzgeber unterstützt werden, denn wer eine Handlung mit fatalen Folgen legitimiert, legitimiert sie.

Aufgrund dieser Entwicklungen erscheint es angezeigt, unsere Erklärung zur Sterbehilfe aus dem Jahre 1999 zu aktualisieren. Die Problematik soll aus der Position eines konsequenten Lebensschutzes behandelt werden, der sich an den Zielsetzungen des ärztlichen Handelns ausrichtet und die hippokratische und christliche Tradition berücksichtigt.

Begrifflichkeiten

Wir setzen uns dafür ein, dass «Sterbehilfe» als Hilfestellung und Beistand *beim* Sterben, im Sinne palliativmedizinischer Zuwendungen bei chronisch Kranken und im Sterbeprozess aufge-

**Assistance au décès
ou aide active à mourir?**

Les débats en cours sur l'assistance au décès portent essentiellement sur une aide et un soutien qui, comme le montre l'évolution actuelle, ne se limitent pas au processus naturel du mourir mais visent à raccourcir la vie. En outre, les définitions habituelles estompent la différence entre les actes offerts en toute moralité et ceux qui sont répréhensibles.

Nous sommes d'avis que «l'aide au décès» devrait être comprise comme une assistance et un secours en fin de vie. Cette aide a une visée humanitaire: elle doit apaiser les souffrances de la personne concernée et l'assister avec sollicitude et non pas l'éliminer.

L'aide au suicide et la mise à mort ciblée de la personne gravement malade ou mourante ne relèvent pas des tâches médicales et contredisent les objectifs de la médecine. L'aide au suicide contourne les mesures préventives et se rapproche dangereusement de l'euthanasie active et de l'homicide sur demande.

L'Association des médecins catholiques suisses rejette l'aide active au décès et les actes ayant pour conséquence de raccourcir la vie, en particulier aussi l'aide au suicide. Nous ne pouvons pas non plus accepter une législation sur le contrôle des organisations d'aide au suicide, car cela conduit à légitimer l'aide au suicide sans pouvoir empêcher les abus, comme le montre l'exemple des Pays-Bas.

Korrespondenz:
Dr. med. P. Ryser-Düblin
Hausmatt 27
CH-3662 Seftigen
pryser@freesurf.ch

fasst werden sollte und nicht als eine Hilfe *zum* Sterben, die, wie die aktuelle Entwicklung zeigt, nicht nur den eigentlichen Sterbeprozess, sondern auch gezielte Lebensverkürzungen einschliessen kann. Mit der Hilfe beim Sterben wird grundsätzlich die Linderung der Leiden, der fürsorgende Beistand und nicht die Beseitigung des Leidenden angestrebt. Diese Betrachtungsweise schliesst jegliche Tötungsabsicht im Sinne der direkten aktiven Sterbehilfe aus und kennt demzufolge auch keine Suizidbeihilfe.

Dagegen sind die heute gebräuchlichen Begriffsbestimmungen nicht ohne weiteres geeignet, klare Unterscheidungen zu treffen und die Orientierung im Einzelfall zu erleichtern [5]. Folgende Gesichtspunkte sind in diesem Zusammenhang von Belang: Mit dem Begriff «Sterbehilfe» wird der Unterschied zwischen ethisch unbedenklichen oder medizinisch gar gebotenen Massnahmen einerseits und verbotenen bzw. moralisch verwerflichen Handlungen andererseits verwischt. Dies vor allem deshalb, weil die effektiven Zielsetzungen (Zielintentionen) nicht berücksichtigt werden. So ist zwischen «in Kauf nehmen» und «zum Ziel haben» für die ethisch-moralische Beurteilung ein entscheidender Unterschied festzustellen. Denn auch verschiedene anerkannte medizinische Heil- und Linderungsmassnahmen beinhalten ein letales Risiko, das angesichts der erwarteten Heilwirkungen gerade auch bei Schwerkranken ebenso «in Kauf genommen wird», ohne dass von Sterbehilfe gesprochen werden kann. Die Wichtigkeit der Zielsetzung medizinischer Handlungen und Unterlassungen zeigt der Fall von Terry Schiavo in sehr eindrücklicher Weise, wobei mittels Entzug der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr (also eine im Grunde passive Massnahme!) gerade die direkte Tötung einer nicht sterbenden, mit der Umwelt noch in geringem Ausmass kommunizierenden Wachkomapatientin aktiv intendiert wurde.

Zu Missverständnissen Anlass geben kann in diesem Kontext auch der Begriff der indirekten (aktiven) Sterbehilfe, weil die Zielsetzung hier eben nicht den Tod des Patienten, sondern die Leidenslinderung beinhaltet.

Autonomie und Menschenwürde

In den aktuellen Diskussionen über Sterbehilfe und Suizidbeihilfe kreisen Argumente der Befürworter regelmässig um eine durch Leiden beeinträchtigte oder verlorene Menschenwürde und die autonome Selbstbestimmung des Menschen. Dabei werden Abhängigkeit und Leiden mit Würdeverlust gleichgesetzt. Würdiges Sterben bedeutet in diesem Kontext selbstbestimmtes und -gestaltetes Sterben.

Autonomie

Die meisten Argumentationsstränge verabsolutieren die Selbstbestimmung des Menschen. Autonomie wird im eigentlichen Sinne zur Autarkie, die sich weder auf gesellschaftliche Vorgaben noch auf göttliche Gebote abstützen möchte. Autonom handelt ein Mensch an seinem Lebensende dann, wenn er selbstbestimmt handelt und sein Sterben nach eigenen Regeln gestaltet. Nach dem Philosophen O. Marquard wird für den modernen Homo faber der Tod aus einem verfügbaren «Schicksal» zum selbst verantworteten «Machsal» (zitiert in: [6]; S. 47). Diese Auffassung von Autonomie gerade bei chronisch Kranken und Sterbenden ist ein Gedankenkonstrukt, das der Realität kaum entspricht. Als soziales Wesen ist der Mensch gerade in Krankheit und Behinderung vielfältigen Abhängigkeiten und offenen bzw. mehr oder weniger subtilen Einflüssen ausgesetzt, so dass eine «autonome» Entscheidung am Lebensende als Illusion zu bezeichnen ist. Um so mehr trifft dieser Umstand für psychische Auswirkungen wie reaktive Depressionen usw. zu, um so problematischer ist die Rede vom «Recht auf den eigenen Tod». Sie bezeugt zudem die Unfähigkeit, Menschenleben in seinen elementaren Vollzügen als etwas wahrzunehmen, was über alles Planen, Entscheiden, Machen und Kontrollieren hinausgeht [6]. Das Leben des Menschen ist gerade an seinem Anfang und Ende nicht unserer Autonomie unterstellt.

Wir plädieren daher für eine vermehrte Berücksichtigung und Akzeptanz der gegenseitigen Angewiesenheit und Geschöpflichkeit des Menschen in solchen Grenzsituationen und des Lebens als Geschenk, über das nicht uneingeschränkt und autonom verfügt werden kann.

Menschenwürde [7]

Wir anerkennen eine dem Menschen inhärente Würde, die ihm kraft seines Menschseins zukommt und die er demzufolge gar nie verlieren kann. Sie kann auch nicht aufgrund äusserer Umstände relativiert werden. In diesem Zusammenhang ist auch eine stufenweise Zuschreibung von Würde (wie dies etwa von der NEK – wenn auch nur im Kontext der Embryogenese – vertreten wird) ausgeschlossen. Die Selbstzweckhaftigkeit des Menschen und seine als absoluter innerer Wert über jeden Preis erhabene Würde ist schon von Immanuel Kant unmissverständlich festgestellt worden [8].

Diese Menschenwürde verträgt somit keine Begründung mit empirischen Bedingungen und Befunden am Menschen, der Art seines Verhaltens oder äusseren Lebensbedingungen. Sie wird

insbesondere auch nicht tangiert, wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit verloren gegangen bzw. noch nicht vorhanden ist. Menschliche Würde ist eine Frage der unbedingten Anerkennung und nicht der Zuschreibung oder Zuerkennung. Wenn somit von Würde des Sterbenden die Rede ist, kann unseres Erachtens nur die inhärente Würde gemeint sein. Diese Würde ist immer unantastbar, unverlierbar und kann auch nicht verletzt werden. Es ist nicht zu verkennen, dass aus christlicher Sicht dieser Würdebegriff durch Geschöpflichkeit und Gottebenbildlichkeit des Menschen noch entscheidend vertieft wird.

Demgegenüber wird von Befürwortern liberaler Lösungen der Sterbehilfe unhinterfragt die sogenannte kontingente Menschenwürde vorausgesetzt, die vom Verhalten und äusseren Lebensumständen, Lebensqualitäten, Funktionen abhängig ist und letztlich auch mit der Frage eines gelingenden Lebens zusammenhängt.

Aus der inhärenten Menschenwürde resultiert selbstverständlich ein Anspruch auf würdevolle Behandlung. Doch kann eine würdevolle Behandlung eines Menschen gerade nicht in seiner Beseitigung im Rahmen einer intendierten Lebensverkürzung bei Aktionen der «Sterbehilfe» oder gar der Suizidbeihilfe bestehen. So kann es in erster Linie auch nicht darum gehen, Menschenwürde zu erhalten oder wiederherzustellen, weil sie allem medizinischen Handeln schon vorausliegt [9].

Gesellschaftliche Entwicklungen, Sterbehilfe und Palliativmedizin

Die heutige Gesellschaft lehnt es ab, Leiden auf sich zu nehmen, um so mehr als wir alle auf die erzielten Fortschritte der Medizin nicht verzichten möchten. Die Kehrseite der Medaille ist allerdings, dass man auch verlernt hat, mitzuleiden bzw. einem ausharrenden Mitleiden Platz einzuräumen, das nicht nur von Selbstmitleid, sondern der helfenden Fürsorge für den Kranken geprägt ist. Hier hat die Palliativmedizin ihre Domäne, ein Fachgebiet, das unbestreitbar noch viel zu wenig konsequent zum Einsatz kommt und die Unterstützung aller verdient. Palliativmedizinische Massnahmen bewahren uns auch vor falschem Aktivismus im Sinne eines therapeutischen Übereifers («acharnement thérapeutique»). Dies mag umso bedeutsamer sein, als die Entwicklung der modernen Medizin die Möglichkeiten der Lebenserhaltung – umgekehrt aber auch der direkten und indirekten Lebensbeendigung – dramatisch ausgeweitet hat. Dass dabei Willensäusserungen wie Patientenverfügungen oder der mutmassliche Wille des Patien-

ten für Behandlungsentscheide zu berücksichtigen sind, ist selbstverständlich. Doch ist zu bedenken, dass Willensentscheidungen oft durch aktuelle innere und äussere Bedingungen verzerrt und zudem abhängig von verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten bzw. entsprechenden Empfehlungen sind.

Soziale und religiöse Dimension des Sterbens

Sterben beinhaltet nicht nur subjektive, biographische Aspekte, sondern umfasst auch eine soziale und religiöse Dimension [10]. Zumindest die soziale Dimension sollte für alle Bürger offensichtlich sein. So ist der chronisch Kranke und Sterbende auf die sorgsame Hilfe und Pflege durch Mitmenschen angewiesen. Auch die Suizidbeihilfe definiert sich explizit durch den Unterstützungsbedarf von aussen. Sterben kann daher nicht nur eine Frage der autonomen Lebensgestaltung sein, sondern hat entsprechend soziale, gesamtgesellschaftliche Auswirkungen. Eine Hilfe zum Sterben und Suizidbeihilfe sind zudem geeignet, die allgemeine Wertschätzung krankem und behindertem Leben gegenüber zu beeinträchtigen. Denn eine Gesellschaft, die zugesteht, dass ein Mensch sein Leben als definitiv nicht mehr lebenswert einstufen darf, anerkennt, dass es auch objektiv «lebensunwertes» Leben gibt. Damit gelangt sie auf die schiefe Ebene subjektiver Bewertungen des Lebens einer Person durch Dritte mit dem Resultat, dass nicht nur der einzelne über sein Leben verfügt, sondern auch andere, nämlich dort, wo er es selbst nicht mehr tun kann. Am Ende steht im schlimmsten Fall die Kosten-Nutzen-Abgleichung durch Gesellschaft und Gesundheitssysteme.

Damit verknüpft ist dann auch der Aufbau eines sozialen Druckes auf behinderte und gebrechliche Personen, die schwächsten Glieder unserer Gesellschaft, das eigene Leben zu beenden [11].

Suizidbeihilfe unterläuft Suizidprävention

Die Suizidbeihilfe hat eindeutig zur Folge, bisherige verdienstvolle Bemühungen zur Suizidprävention unglaubwürdig zu machen. Sowohl das Bundesgericht als auch die NEK befürworten letztlich (wenn auch mit «äusserster» Zurückhaltung) sogar die Ausdehnung der Suizidbeihilfe auf psychische Leiden. Dies beruht auf der fragwürdigen Unterscheidung von Affekt- und Bilanzsuizid. Demgegenüber halten die meisten Fachleute fest, die Suizidbeihilfe sei nicht statthaft, weil die Suizidalität bei diesen Kranken in

jedem Fall Ausdruck des zugrundeliegenden Leidens sei. Zudem ist in den mehr oder weniger lange andauernden suizidalen Krisen die Urteilsfähigkeit in aller Regel eingeschränkt und auf die persönliche Problemkonstellation eingeengt. Im allgemeinen wird demzufolge gar nicht empfohlen, auf das Verlangen nach einem durch psychische Störungen motivierten assistierten Suizid einzugehen [12]. Hinzuweisen ist auch auf die kompromisslose Distanzierung von jeglicher Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken durch die Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP) [13] und den Zentralvorstand der FMH! [14]

Um so tragischer erscheint uns die sich anbahnende Ausweitung des Personenkreises für die Suizidbeihilfe.

Suizidbeihilfe und aktive Euthanasie

Es ist auf die unbestreitbare Nähe der Suizidbeihilfe zur verbotenen Tötung auf Verlangen hinzuweisen. Zu bedenken ist, dass bei behinderten und gebrechlichen Personen die Selbstapplikation des letalen Mittels beeinträchtigt und Mithilfe erforderlich sein kann, wobei zur Tötung auf Verlangen übergegangen würde. Abgesehen davon stellt die Bereitstellung der erforderlichen Mittel bereits einen sehr weitgehenden Beitrag zur eigentlichen Tötungshandlung dar. Damit verwischt sich zunehmend die Grenze zwischen Suizidbeihilfe und der ausnahmslos verbotenen aktiven Sterbehilfe [12].

Suizidbeihilfe und gezielte Tötung eines Schwerkranken oder Sterbenden ist nicht ärztliche Aufgabe und widerspricht den Zielen der Medizin. Leider ist diese Aussage von der SAMW bezüglich Suizidbeihilfe aufgeweicht worden, indem in Achtung des Patientenwillens die persönliche Entscheidung des Arztes, Suizidbeihilfe zu leisten, respektiert werden soll [2].

Damit wurde die bis auf Hippokrates zurückreichende medizinische Tradition auf fatale Weise relativiert. Welche normative Kraft solche Äusserungen entfalten, zeigt das Zitat des Bundesgerichtes, das in diesem Zusammenhang die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW bereits als «anerkannte medizinische Berufsregeln» bezeichnet [15] und in seinem Urteil den Arzt praktisch in die Suizidbeihilfe einbindet und diese Aktivität auch legitimiert. Unseres Erachtens wird hier die ärztliche Tätigkeit zweckentfremdet. Letztlich kann das Vertrauen von Patienten nur dann Bestand haben, wenn klar gestellt ist, dass der Arzt sich nie zur Beihilfe an Tötungshandlungen hinreissen lässt.

Die neuen Richtlinien führen den Arzt zudem in unauflösbare Widersprüche, weil er in

seiner ärztlichen Funktion nicht den Zielen der Medizin zuwiderhandeln darf, als Privatperson aber auch kein Rezept für benötigte Mittel ausstellen kann.

Diese Unstimmigkeiten in medizinisch-ethischen Richtlinien müssen eliminiert und dem ärztlichen Dienst am Leben wieder der ihm zukommende volle Stellenwert eingeräumt werden. Dem ärztlichen Standesethos ist im Dienste des Lebensschutzes eine wichtige regulative Funktion einzuräumen.

Wer nicht will, dass mit einer gesellschaftlichen Etablierung der Suizidhilfe die Selbsttötung unter dem Deckmantel der Autonomie in absehbarer Zeit zur letzten Anstandspflicht terminal oder psychisch erkrankter Menschen wird, muss für eine liebevolle und sensible Betreuung dieser Menschen eintreten ohne die Option der assistierten Selbsttötung.

Zusammenfassend möchten wir in aller Deutlichkeit festhalten, dass aktive Sterbehilfe bzw. entsprechende Handlungen, die gezielte Lebensverkürzung im Sinne der Hilfe zum Sterben und insbesondere auch die Suizidbeihilfe abzulehnen sind. Die humane Antwort auf das Leiden besteht nicht in der Auslöschung des Leidenden, sondern in palliativer, fürsorglicher und lindernder Behandlung und Betreuung. Nur so kann auch einer Kultur des Lebens gedient werden.

Literatur

- 1 BGE vom 3.11.2006.
- 2 Betreuung von Patienten und Patientinnen am Lebensende; Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom 25.11.04: «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren» (Zitat aus Kapitel 4.1).
- 3 So wird in den Empfehlungen der NEK auf S. 71 festgestellt: «Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden», und: «Daher ist der assistierte Suizid in der Regel auszuschliessen.» Diese restriktive Haltung ist einerseits positiv zu werten, doch wenn in der Folge von Ausnahmeregelungen gesprochen und der Hinweis gegeben wird, dass assistierte Suizide nicht in psychiatrischen Institutionen stattfinden sollen, werden damit Ausnahmen von der Regel eindeutig akzeptiert.
- 4 Man sehe auch das Ausmass der Euthanasie inklusive Tötungen ohne Verlangen des Patienten (!) in Holland trotz Legiferierung im Vergleich zu anderen europäischen Ländern: <http://image>.

- thelancet.com/extras/03art3298web.pdf; sowie die absolute Anzahl von Euthanasie und assistiertem Suizid von 2410 Fällen im Jahre 2005 laut einer Studie von van der Heide A, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med.* 2007;356:1957-65.
- 5 In der Regel wird heute zwischen passiver (Verzicht auf, Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen), indirekt aktiver (Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, die als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können), direkter aktiver (gezielte Verabreichung einer tödlich wirkenden Substanz durch eine Drittperson) Sterbehilfe und Suizidbeihilfe (Bereitstellung oder Verschreibung einer tödlich wirkenden Substanz, um einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen) unterscheiden. Die Terminologie wird nicht immer einheitlich gehandhabt. Man vergleiche zum Beispiel: Bosshard G. Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte. *Schweiz Med Forum.* 2005;5(7):193-8; Neuenschwander H, Stiefel F. Euthanasie: der Standpunkt der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP). *Schweiz Ärztezeitung.* 2001;82(30):1609-10.
 - 6 Rügger H. Sterben in Würde? Zürich: Theologischer Verlag ; 2003.
 - 7 Weitere Ausführungen zur Unterscheidung bei Heinz Rügger [6] und Pöltner G. *Grundkurs Medizin-Ethik.* Wien: Facultas; 2002.
 - 8 «Allein der Mensch, als Person betrachtet, das ist als Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft, ist über allen Preis erhaben; denn als ein solcher (homo noumenon) ist er nicht bloss als Mittel zu anderer ihren, ja selbst seinen eigenen Zwecken, sondern als Zweck an sich selbst zu schätzen, das ist, er besitzt eine Würde (einen absoluten inneren Wert), wodurch er allen anderen vernünftigen Weltwesen Achtung für ihn abnötigt [...].» Kant I. *Metaphysik der Sitten.* 1797, VI43432-4355. «Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstatet, das hat eine Würde.» Kant I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* 1785.
 - 9 Rügger H. Medizin als Retterin der Menschenwürde? Zu einer problematischen gesellschaftlichen Erwartung an die Medizin. *Schweiz Ärztezeitung.* 2007;88(2):57-60.
 - 10 Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral-schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung; 2002.
 - 11 Baumann-Hölzle R. Selbsttötung als Menschenrecht – ethische Überlegungen zu einem gesellschaftlichen Klimawandel. *Schweiz Ärztezeitung.* 2007;88 (35):1446-51.
 - 12 Analoge Aussagen finden sich auch in der Stellungnahme Nr. 9 der NEK, «Beihilfe zum Suizid», insbesondere S. 58-60. Doch werden in den definitiven Empfehlungen nicht die nötigen Schlüsse gezogen.
 - 13 Krebs-Roubicek E. Kein Menschenrecht auf Beihilfe zum Suizid. *Schweiz Ärztezeitung.* 2007;88(29-30): 1247-8.
 - 14 Raggenbass R, Kuhn H. Kein Menschenrecht auf ärztliche Suizidhilfe. *Schweiz Ärztezeitung.* 2007; 88(11):1455-6.
 - 15 BGE vom 3.11.2006, Abschnitt 6.3.4 der Urteilsbegründung.