



**Universität  
Zürich** UZH

**Kompetenzzentrum Medizin – Ethik – Recht Helvetiae**

---

## **Suizidhilfe im Freiheitsentzug**

**Expertise zuhanden des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug**

Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag  
Dr. iur. des. Isabel Baur

# Inhaltsverzeichnis

<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>4</b>
<b>Materialienverzeichnis</b>	<b>12</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>14</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>17</b>
<b>2 Fragestellungen</b>	<b>20</b>
2.1 Kantonale Regelungen	20
2.2 Rechtliche Grundlagen zur Beurteilung der Zulässigkeit des assistierten Suizids	22
2.2.1 Grundsatz	22
2.2.2 Bundesverfassung	23
2.2.2.1 Recht auf Leben	23
2.2.2.2 Selbstbestimmungsrecht	23
2.2.2.3 Grundrechtseinschränkungen	24
2.2.2.3.1 Gesetzliche Grundlage	25
2.2.2.3.2 Öffentliches Interesse	26
2.2.2.3.3 Verhältnismässigkeit	27
2.2.2.4 Schutz- und Fürsorgepflichten	27
2.2.3 Strafrechtliche Einordnung der Suizidhilfe	28
2.2.3.1 Sanktionen des Straf- und Massnahmenvollzugs	28
2.2.3.2 Suizidhilfe, Abgrenzung strafbares Verhalten	29
2.2.3.2.1 Strafrechtliche Verortung der Suizidhilfe	30
2.2.3.2.2 Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug	32
2.2.3.3 Nötigung und Erpressung	39
2.2.4 Patientenverfügungen, Vorsorgevollmacht	40
2.2.5 SAMW-Richtlinien	41
2.3 Ausserkantonale Einweisungen und Anstaltssitz	41
2.4 Eingang eines Gesuchs und Einlass Sterbehilfeorganisation	43
2.4.1 Zuständigkeit und Entscheid-Kompetenz der Einweisungsbehörde, der Vollzugsinstitution und des Anstaltsarztes	43
2.4.2 Einlass Suizidhilfeorganisation	45
2.4.3 Umgang mit Meinungsverschiedenheiten	47
2.5 Sühnegedanken des Strafrechts und assistierter Suizid	47
2.6 Besprechung des Sterbewunsches	51
2.7 Beurteilung der Urteilsfähigkeit	52

2.7.1 Urteilsfähigkeit	52
2.7.1.1 Bedeutung	52
2.7.1.2 Beurteilung durch Fachperson	53
2.7.1.3 Voraussetzungen gemäss SAMW-Richtlinie	54
2.7.2 Psychische Erkrankung	56
2.7.3 Physische Erkrankung	57
2.7.4 Haftmüdigkeit	58
2.8 Plausibilitätskontrolle des Leidens	58
2.9 Feststellung des nachhaltig gefestigten Todeswunsches	59
2.10 Rechte und Pflichten der Gefängnismedizin	60
2.10.1 Grundsätzliche Rechte und Pflichten	60
2.10.2 Abgabe Natrium-Pentobarbital	61
2.11 Rechte und Pflichten des Aufsichtspersonals	62
2.12 Sterbeort	63
2.13 Kosten des assistierten Suizids	64
2.13.1 Kostenübernahme gemäss den Konkordaten	64
2.13.2 Übernahme von Gesundheitskosten	65
2.13.3 Kosten des assistierten Suizids	66
<b>3 Schlussfolgerungen</b>	<b>68</b>
3.1 Aktuelle Situation in der Schweiz	68
3.2 Grundsätze der Trennung und Transparenz	68
3.3 Kantonale Zuständigkeiten	70
3.4 Urteilsfähigkeit	70
3.5 Suizidhilfe als ultima ratio	70
<b>4 Anhang</b>	<b>72</b>

## Literaturverzeichnis

AEBI-MÜLLER REGINA E./FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHÉ BERNHARD/TAG BRIGITTE, *Arztrecht*, Bern 2016 (zit. AEBI-MÜLLER et al., §)

AMSTAD HERMANN, *Der Hungerstreik von Bernard Rappaz ist kein medizinisches, sondern ein politisches Problem*, *SÄZ* 2010; 91 (38), S. 1 ff.

ANASTASIADIS RENATE, *Massnahmenvollzug*, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 271 ff.

BAECHTOLD ANDREA, *Abweichende Vollzugsformen*, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 191 ff. (zit. BAECHTOLD, *Abweichende Vollzugsformen*, S.)

BAECHTOLD ANDREA, *Unterbrechung des Vollzugs*, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 464 ff. (zit. BAECHTOLD, *Unterbrechung des Vollzugs*, S.)

BARNIKOL MICHAEL, *Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien*, *SÄZ* 2018; 99 (41), S. 1392 ff.

BAUR ISABEL/GONÇALVES CRISTINA/WOHLWEND MARC, *Demenz, Urteilsfähigkeit und Sterbewunsch*, *Jusletter* 27. August 2018

BÉRARD STEFAN/QUELOZ NICOLAS, *Fin de vie dans les prisons en Suisse: aspects légaux et de politique pénale*, *Jusletter* 2 novembre 2015

BIAGGINI GIOVANNI, *Art. 10, BV Kommentar Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft*, 2. Aufl., Zürich 2017

BIGLER ADRIAN/GFELLER DIEGO R./BONIN DURI, *Untersuchungshaft*, Zürich 2017

BORASIO GIAN DOMENICO, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können, Wie wir uns darauf einstellen*, München 2016

BOSSHARD GEORG/ZELLWEGER UELI/BOPP MATTHIAS/SCHMID MARGARETA et al., *Medical end-of-life practices in Switzerland: A comparison of 2001 and 2013* *JAMA Internal Medicine*, published online February 29, 2016 (zit. BOSSHARD et al., 2016)

BRÄGGER BENJAMIN F., *Sterben hinter Gittern – Eine Analyse des rechtlichen Rahmens zur Frage des Ablebens im Freiheitsentzug*, *SZK* 2/2018, S. 3 ff. (zit. BRÄGGER, *Sterben hinter Gittern*, S.)

BRÄGGER BENJAMIN F., *Art. 75*, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), *Basler Kommentar Strafrecht*, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. BRÄGGER, *Art. 75, Rz*)

BRÄGGER BENJAMIN F., *Gefängnismedizin*, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 191 ff. (zit. BRÄGGER, *Gefängnismedizin*, S.)

BRÄGGER BENJAMIN F., Besondere Vollzugsgrundsätze, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), Das schweizerische Vollzugslexikon, Basel 2014, S. 95 ff. (zit. BRÄGGER, Besondere Vollzugsgrundsätze, S. )

BRÄGGER BENJAMIN F., Strafvollzug, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), Das schweizerische Vollzugslexikon, Basel 2014, S. 437 ff. (zit. BRÄGGER, Strafvollzug, S. )

BRÄGGER BENJAMIN F., Zwangsernährung im Strafvollzug – Replik zu «Hungerstreik und Strafvollzug» von Markus Müller, Jusletter 16. August 2010 (zit. BRÄGGER, Zwangsernährung)

BREITSCHMID PETER, Wer ist wann urteilsfähig? Und wer ist wann nicht (mehr) urteilsfähig? Und wird er es allenfalls je wieder? Ist man in Haft urteilsfähig?, in: TAG BRIGITTE/GROSS DOMINIK (Hrsg.), Tod im Gefängnis, Frankfurt am Main 2012, S. 143 ff.

BURZ CHRISTOPH, Psychische Störungen und Hafterstehungsfähigkeit, Praxis, Schweiz Med Forum, 2007, 7, S. 146 ff.

CHERNY NATHAN/RADBRUCH LUKAS, European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care, Palliative Medicine 2009/23, S. 581 ff.

DE LEO DIEGO/BURGIS S/BERTOLOTE JOSÉ MANOEL/ KERKHOF AD/BILLE-BRAHE UNNI, Definitions of Suicidal Behavior, Crisis 2006, 27(1), S. 4 ff.

DELNON VERA/RÜDY BERNHARD, Art. 181, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018

DOMEISEN THOMAS/MAURER THOMAS, Art. 380, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018

DONATSCH ANDREAS/TAG BRIGITTE, Strafrecht I Verbrechenslehre, 9. Aufl., Zürich Basel Genf 2013

DUTTGE GUNNAR, Menschenwürdiges Sterben, S. 339 ff. <<http://docplayer.org/storage/52/30227048/1553892662/YafeLHZ8fs2DQKBcUQGv1Q/30227048.pdf>> (besucht am 25. Juli 2019)

EICKER ANDREAS/FISCH STEFANIE, Zur prozeduralen Rechtfertigung von Suizidbeihilfe im Strafrecht, AJP 2015, S. 591 ff.

EPINEY ASTRID, Art. 36, in: WALDMANN BERNHARD/BELSER EVA MARIA/EPINEY ASTRID (Hrsg.), Basler Kommentar Schweizerische Bundesverfassung, Basel 2015

ERNST CÉCILE, Assistierter Suizid in den Stadtzürcher Alters- und Krankenheimen, SÄZ 2001; 82 (6), S. 293 ff.

EUGSTER ANJA, Menschenrechtliche Vorgaben zu psychisch Kranken im Justizvollzug, in: QUELOZ NICOLAS/NOLL THOMAS/VON MANDACH LAURA/DELGRANDE NATALIA (Hrsg.), Verletzlichkeit und Risiko im Justizvollzug. Bern 2015, S. 123 ff.

EYCHMÜLLER STEFFEN/AMSTAD HERMANN (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)*, mit Beiträgen von Regina Aebi-Müller, André Fringer, Hans Neuenschwander und Rouven Porz, *Folia Bioethica* 2015/39, Lausanne (zit. EYCHMÜLLER/AMSTAD, 2015)

EYTAN ARIEL/HALLER DAGMAR M./WOLFF HANS et al., *Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland*, *International Journal of Law and Psychiatry* 34, 2011, S. 13 ff.

FEHR JACQUELINE, *Bessere Nachbarn, Justizvollzug heute – vorübergehend im Gefängnis*, Sonderheft Weltwoche, 14. März 2019, S. 3

FINK DANIEL, *Freiheitsentzug in der Schweiz*, Zürich 2018

GÄCHTER THOMAS, *Allgemeine Grundrechtslehre*, in: BIAGGINI GIOVANNI/GÄCHTER THOMAS/KIENER REGINA (Hrsg.), *Staatsrecht*, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2015, S. 437 ff.

GERNY DANIEL, *Polizeidirektoren prüfen Sterbehilfe im Gefängnis*, NZZ, 2. Mai 2019

GÖKSU TARKAN, *Art. 123*, in: WALDMANN BERNHARD/BELSER EVA MARIA/EPINEY ASTRID (Hrsg.), *Basler Kommentar Schweizerische Bundesverfassung*, Basel 2015

GRABER BRUNO, *Alte Gefangene im Strafvollzug*, *SozialAktuell*, 2014, S. 16 f.

GRAF MARC, *Psychisch Kranke im schweizerischen Strafvollzug*, in: TAG BRIGITTE/HILLENKAMP THOMAS (Hrsg.), *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich*, Berlin Heidelberg 2008, 39 ff. (zit. GRAF, *Intramurale Medizin*, S.)

GRAF MARC, *Hafterstehungsfähigkeit*, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 231 ff. (zit. GRAF, *Hafterstehungsfähigkeit*, S. )

GRAVIER BRUNO/WOLFF HANS/SPRUMONT DOMINIQUE/RICOU BARA et al., *Ein Hungerstreik ist eine Protesthandlung*, *SÄZ* 2010; 91 (39), S. 1521 ff.

HANDTKE VIOLET/WANGMO TENZIN, *Ageing Prisoners: Contemplating end-of-life in prison*, *Journal of Bioethical Inquiry* 2014, 11, 3, S. 373 ff.

HÄFELIN ULRICH/HALLER WALTER/KELLER HELEN/THURNHERR DANIELA, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 9. Aufl., Zürich/Basel/ Genf 2016

HÄFELIN ULRICH/MÜLLER GEORG/UHLMANN FELIX, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 7. Aufl., Zürich/St. Gallen 2016

HÄSSIG LEENA, *Der Strafvollzug verändert jeden Menschen*, *Der Bund*, 31. Juli 2018

HEER MARIANNE, *Art. 62d*, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), *Basler Kommentar Strafrecht*, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. HEER, *Art. 62d*, Rz)

- HEER MARIANNE, Art. 75a, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. HEER, Art. 75a, Rz)
- HEER MARIANNE, Art. 90, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. HEER, Art. 90, Rz)
- HOFF PAUL, Suizid – ethische und rechtliche Aspekte, *Therapeutische Umschau* 2015; 72 (10), S. 597 ff.
- HOSTETTLER UELI/MARTI IRENE/RICHTER MARINA, *Lebensende im Justizvollzug*, Bern 2016 (zit. HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, *Lebensende im Justizvollzug*, S.)
- HOSTETTLER UELI/MARTI IRENE/RICHTER MARINA, Ältere Gefangene am Lebensende im Schweizer Justizvollzug, *Justiznewsletter der Führungsakademie im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs*, 2017, 14, S. 7 ff. (zit. HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, *Ältere Gefangene am Lebensende*, S.)
- HOSTETTLER UELI/RICHTER MARINA/QUELOZ NICOLAS/BÉRARD STEFAN/MARTI IRENE, Lay Summary, *End-of-Life in Swiss Prisons: Legal Context, Institutions and Actors*, NFP 67 Projekt (zit. HOSTETTLER et al., Lay Summary, S.)
- HÜRLIMANN DANIEL/TRACHSEL MANUEL, Urteilsfähigkeit, Zurechnungsunfähigkeit und Schuldfähigkeit, *Swiss Medical Forum*, 2015, 25, S. 604 ff.
- IMPERATORI MARTINO, Grundrechte der Gefangenen, in: BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 221 ff.
- JENAL FLORIAN, Indirekte Sterbehilfe, *ZStrR* 2016, 134, S. 100 ff.
- JOSITSCH DANIEL/EGE GIAN/SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, *Strafrecht II*, 9. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2018
- KEPPLER KARLHEINZ, Anstaltsärztliches Handeln in der historischen Rückschau – Verfehlungen und Perspektiven, in: KEPPLER KARLHEINZ/STÖVER HEINO (Hrsg.), *Gefängnismedizin*, Stuttgart 2019, S. 10 ff.
- KIENER REGINA, Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlichen Schutzpflichten, *ZRS* 2010, S. 271 ff.
- KILLIAS MARTIN/KUHN ANDRÉ/AEBI MARCELO F., *Grundriss der Kriminologie*, 2. Aufl., Bern 2011
- KIND CHRISTIAN, Verhinderung des Todes um jeden Preis? Ärztliches Ethos und Zwangsernährung, in: TAG BRIGITTE/GROSS DOMINIK (Hrsg.), *Tod im Gefängnis*, Frankfurt am Main 2012, S. 83 ff.
- KOLLER CORNELIA, Art. 80/92, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018
- KOVACEVIC ANITA/BARTSCH CHRISTINE, Suizidbeihilfe in der Schweiz, *Sozialpolitik* 2017, 1, S. 1 ff.

KÜNZLI JÖRG/EUGSTER ANJA/SCHULTHEISS MARIA, Haftbedingungen in der Verwahrung, Menschenrechtliche Standards und die Situation in der Schweiz, Bern, 15. Juni 2016

MATHWIG FRANK, Leben dürfen – Sterben können, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Bern 2010

MAURER ANDREAS, Sterben hinter Gittern, Tagblatt, 3. November 2018

MAUSBACH JULIAN, Die ärztliche Schweigepflicht des Vollzugsmediziners im schweizerischen Strafvollzug aus strafrechtlicher Sicht, Zürich/Basel/Genf 2010 (zit. MAUSBACH, Ärztliche Schweigepflicht, S.)

MAUSBACH JULIAN, Suizid im Gefängnis, in: TAG BRIGITTE/GROSS DOMINIK (Hrsg.), Tod im Gefängnis, Frankfurt am Main 2012, S. 151 ff. (zit. MAUSBACH, Suizid, S.)

MENZEL PAUL T., Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Normative Comparison with Refusing Lifesaving Treatment and Advance Directives, Journal of Law, Medicine & Ethics, 2017; 45, S. 634 ff.

MÜLLER MARKUS/JENNI CHRISTOPH, Hungerstreik und Zwangsernährung, SÄZ 2011; 92 (08), S. 284 ff.

NOLL THOMAS, Strafvollzug – Vom Leben im Gefängnis, Bern 2016

NOLL THOMAS/ENDRASS JÉRÔME, Suizidprävention im Gefängnis, Beltz Juventa Krim. Journal, 2014, 46, 1, S. 2 ff.

NOLL THOMAS/MURISSET PASCAL, Hungerstreik in der Justizvollzugsanstalt: Die Sicht der Praktiker, in: TAG BRIGITTE/GROSS DOMINIK (Hrsg.), Tod im Gefängnis, Frankfurt am Main 2012, S. 73 ff.

OBERHOLZER NIKLAUS, Art. 321, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018

OMLIN ESTHER, Art. 387, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht, 4. Aufl., Basel 2018

PETERMANN FRANZ, Haftpsychose, in: WIRTZ MARKUS ANTONIUS (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie, 18. Aufl., Bern 2017

QUELOZ NICOLAS, Vieillir et mourir en prison. La politique pénale doit changer!, SZK 1/2017, S. 31 ff.

QUILL TIMOTHY E./GANZINI LINDA/TRUOG ROBERT D./POPE THADDEUS MASON, Voluntarily stopping eating and drinking among patients with serious advanced illness - clinical, ethical, and legal aspects, 2017, DOI:10.1001/jamainternmed.2017.6307 (zit. QUILL et al., 2017)

RIEMER-KAFKA GABRIELA/SHERIFOSKA RAIMA, Religion am Arbeitsplatz, ARV 2012, S. 305 ff.

ROHNER BARBARA, Die Fachkommission zur Beurteilung gefährlicher Straftäter nach Art. 62d Abs. 2 StGB, Zürich/Basel/Genf 2016



SALATHÉ MICHELLE, Die Bedeutung der ärztlichen Unabhängigkeit in der Vollzugsmedizin, in: RIKLIN FRANZ/MEZ BETTINA (Hrsg.), *Gefängnismedizin und Strafjustiz*, Bern 2012, S. 65 ff.

SCHABER PETER, Suizid hinter Gittern: Wenn Häftlinge sterben wollen, *Aargauer Zeitung*, 12. November 2014

SCHÄRER DEBORAH, Arbeitsentgelt, in BRÄGGER BENJAMIN F. (Hrsg.), *Das schweizerische Vollzugslexikon*, Basel 2014, S. 40 ff.

SCHINDLER BENJAMIN, Art. 5, in: in: EHRENZELLER BERNHARD/SCHINDLER BENJAMIN/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. (Hrsg.), *Die schweizerische Bundesverfassung St. Galler Kommentar*, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen 2014

SCHMID MARGARETA/ZELLWEGER UELI/BOSSHARD GEORG/BOPP MATTHIAS, Medical end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013: Who is involved and how does the decision-making capacity of the patient impact? *Swiss Medical Weekly*, 2016; 146:w14307, DOI 10.4414/smw.2016.14307 (zit. SCHMID et al., 2016)

SCHUR SOPHIE/WEIXLER DIETMAR/GABL CHRISTOPH/KREYE GUDRUN et al., Sedation at the end of life - a nation-wide study in palliative care units in Austria, *BMC Palliative Care*, 2016, DOI 10.1186/s12904-016-0121-8 (zit. SCHUR et al., 2016)

SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, vor Art. 111, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), *Basler Kommentar Strafrecht*, 4. Aufl., Basel 2018

SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, Art. 115, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), *Basler Kommentar Strafrecht*, 4. Aufl., Basel 2018

SCHWARZENEGGER CHRISTIAN/MANZONI PATRIK/STUDER DAVID/LEANZA CATIA, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe hält, *Jusletter* 13. September 2010

SCHWEIZER RAINER J., Art. 10, in: EHRENZELLER BERNHARD/SCHINDLER BENJAMIN/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. (Hrsg.), *Die schweizerische Bundesverfassung St. Galler Kommentar*, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen 2014

SCHWEIZER RAINER J., Art. 36, in: EHRENZELLER BERNHARD/SCHINDLER BENJAMIN/SCHWEIZER RAINER J./VALLENDER KLAUS A. (Hrsg.), *Die schweizerische Bundesverfassung St. Galler Kommentar*, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen 2014

SHAW DAVID M./ELGER BERNICE S., Assisted suicide for prisoners? Stakeholder and prisoner perspectives, *Death Studies* 2016, 40, 8, S. 479 ff.

STRATENWERTH GÜNTER, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil 1: Die Straftat*, 4. Aufl., Bern 2011

STRAUB PETER/WELTERT THOMAS, Art. 2, in: NIGGLI MARCEL ALEXANDER/HEER MARIANNE/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Schweizerische Strafprozessordnung/Jugendstrafprozessordnung (StPO/JStPO), 2. Aufl., Basel 2014

TAG BRIGITTE, Lebensende – Sterbehilfe und assistierter Suizid in der Schweiz, in: SCHWARZENEGGER CHRISTIAN/IDA MAKOTO (Hrsg.), Autonomie am Lebensende – Kultur und Recht, Zürich/St. Gallen 2018, S. 43 ff. (zit. TAG, Lebensende, S.)

TAG BRIGITTE, Die Sterbehilfe unter der Lupe – die grosse Herausforderung verlangt nach Regeln, in: WEHRLI HANS/SUTTER BERNHARD/KAUFMANN PETER (Hrsg.), Der organisierte Tod, Zürich 2012, S. 48 ff. (zit. TAG, Sterbehilfe unter der Lupe, S.)

TAG BRIGITTE, Hungerstreik im Freiheitsentzug, in: TAG BRIGITTE/GROSS DOMINIK (Hrsg.), Tod im Gefängnis, Frankfurt am Main 2012, S. 9 ff. (zit. TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S.)

TAG BRIGITTE, Ein Blick auf die Gefängnismedizin, in: DÖRIG ROLF/FELLMANN WALTER/GIGER HANS/LENDI MARTIN/SEIDL EDIT/STÄMPFLI RUDOLF/TSCHIRKY HUGO (Hrsg.), Versicherungsbranche im Wandel, Chancen und Risiken einer Neubesinnung, Liber amicorum für Moritz W. Kuhn zum 65. Geburtstag, Bern 2009, S. 461 ff. (zit. TAG, Gefängnismedizin, S.)

TAG BRIGITTE, Intramurale Medizin in der Schweiz – Überblick über den rechtlichen Rahmen, in: TAG BRIGITTE/HILLENKAMP THOMAS (Hrsg.), Intramurale Medizin im internationalen Vergleich, Berlin Heidelberg 2008, S. 1 ff. (zit. TAG, Intramurale Medizin, S.)

TRECHSEL STEFAN/GETH CHRISTOPHER, Art. 115, in: TRECHSEL STEFAN/PIETH MARK (Hrsg.), Schweizerisches Strafgesetzbuch Praxiskommentar, 3. Aufl., Zürich 2018

TRECHSEL STEFAN/VEST HANS, Art. 321, in: TRECHSEL STEFAN/PIETH MARK (Hrsg.), Schweizerisches Strafgesetzbuch Praxiskommentar, 3. Aufl. Zürich 2018

TSCHENTSCHER AXEL, Art. 10, in: WALDMANN BERNHARD/BELSER EVA MARIA/EPINEY ASTRID (Hrsg.), Basler Kommentar Schweizerische Bundesverfassung, Basel 2015

URWYLER THIERRY, Untermassverbot bei therapeutischen Massnahmen nach Art. 59-61 und 63 StGB, AJP 2018, S. 1478 ff.

URWYLER THIERRY/NOLL THOMAS, Sterbehilfe (Suizidhilfe) im Straf- und Massnahmenvollzug, Jusletter 10. Dezember 2018

WYSS SABINE, Art. 370, in: GEISER THOMAS/FOUNTOULAKIS CHRISTIANA (Hrsg.), Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I, 6. Aufl., Basel 2018

ZIEGLER LENKA, Sterben in Würde – Wertekonflikt zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf Sterben - Selbstbestimmungsrecht am Lebensende, LBR 121, Luzern 2018

ZIMMERMANN MARKUS/FELDER STEFAN/STRECKEISEN URSULA/TAG BRIGITTE, Das Lebensende in der Schweiz Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven, Basel 2019 (zit. ZIMMERMANN et al., S.)

ZÜRCHER HANS-ULRICH, Öffentliches Personalrecht des Wirtschaftsraums Espace Mittelland/Pflichten des Personals, in: BÜRGI URS/BÜRGI-SCHNEIDER GUDRUN (Hrsg.), Handbuch Öffentliches Personalrecht, Zürich 2017, S. 304 ff.

## Materialienverzeichnis

Anfrage 15.1073 von Gross Andreas, Schwerkranke in schweizerischen Gefängnissen, 24. September 2015

Bericht EJPD, Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?, 24. April 2006

Broschüre Exit, Selbstbestimmung im Leben und im Sterben, 2016 <[https://exit.ch/fileadmin/user\\_upload/files/selbstbestimmung-im-leben-und-im-sterben\\_12\\_2016.pdf](https://exit.ch/fileadmin/user_upload/files/selbstbestimmung-im-leben-und-im-sterben_12_2016.pdf)> (besucht am 25. Juli 2019)

Bundesamt für Statistik, Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz 2016, Januar 2019 (zit. BfS, Sterblichkeit 2016)

Bundesamt für Statistik, Straf- und Massnahmenvollzug: Mittlerer Insassenbestand der über 49-jährigen Personen, Stand: 9. November 2018 (zit. BfS, Straf- und Massnahmenvollzug)

Bundesamt für Statistik, Einweisungen in den Straf- und Massnahmenvollzug nach Geschlecht, Nationalität und Alter, Stand: 9. November 2018 (zit. BfS, Einweisungen)

Bundesamt für Statistik, Freiheitsentzug, Todesfälle und Suizide, Stand: 1. November 2018 (zit. BfS, Todesfälle)

Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarates über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsversorgung in Gefängnissen vom 8. April 1998 (Recommendation R (98) 7 of the Committee of Ministers to member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison, 8 April 1998)

Europäische Strafvollzugsgrundsätze, Empfehlung Rec(2006)2 des Ministerkomitees des Euro-parates, 11. Januar 2006 (Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules, 11 January 2006)

Exit-Info, Freitodbegleitungen in Heimen, S. 6 ff.

FMH Standesordnung vom 1. Juli 1997

FMH Stellungnahme, Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod», 15. Februar 2018

Hausordnung Justizvollzugsanstalt Pöschwies (HO PöW), 1. Juni 2017

Hausordnung Untersuchungs- und Strafgefängnis Stans (USG Stans), 1. Juli 2018

Intercura, Assistierter Suizid, Stadt Zürich Gesundheits- und Umweltdepartement, Nr. 4, 2014

Justizvollzug heute – vorübergehend im Gefängnis, Sonderheft Weltwoche, 14. März 2019

Konkordat der ostschweizerischen Kantone über den Vollzug von Strafen und Massnamen vom 29. Oktober 2004

Konkordat über den Vollzug der Freiheitsstrafen und Massnahmen an Erwachsenen und jungen Erwachsenen in den Kantonen der lateinischen Schweiz (Konkordat über den strafrechtlichen Freiheitsentzug an Erwachsenen) vom 10. April 2006

Konkordatsvereinbarung Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz vom 5. Mai 2006

Ostschweizer Strafvollzugskommission, Richtlinien über das Arbeitsentgelt in Strafvollzugsanstalten vom 7. April 2006 (zit. Ostschweizer Strafvollzugskommission, Richtlinien Arbeitsentgelt, S.)

SAMW Richtlinie, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, 2019

SAMW Richtlinie, Umgang mit Sterben und Tod, 2018

SAMW Richtlinie, Zwangsmassnahmen in der Medizin, 2015

SAMW Richtlinie, Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, 2013, mit Ergänzungen 2018

SAMW Richtlinie, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, 25. November 2004 (aktualisiert 2012)

Schweizerisches Kompetenzzentrum für den Justizvollzug, Der assistierte Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug, Grundlagenpapier, Juli 2019

Sendung Puls vom 22. Oktober 2018, Umstrittene Sterbehilfe – Ärzte gegen Ausweitung ihrer Rolle, Schweizer Fernsehen SRF

Sendung Rundschau vom 10. Oktober 2018, Verwarther mit Todeswunsch: «Das Leben hat keinen Sinn mehr», Schweizer Fernsehen SRF

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW vom 15. Februar 2019 zur Finanzierung medizinischer Leistungen im Gefängnis, SÄZ 2019; 100 (10), S. 328 ff.

Richtlinie der Konkordatskonferenz des Strafvollzugskonkordats der Nordwest- und Innerschweizer Kantone betreffend die Hafterstehungsfähigkeit vom 25. November 2016

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Aargau
AI	Appenzell Innerrhoden
AJP	Aktuelle Juristische Praxis
AR	Appenzell Ausserrhoden
ARV	Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BE	Bern
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951, SR 812.121
BfS	Bundesamt für Statistik
BGer	Bundesgericht
BGH	Bundesgerichtshof
BL	Basel Land
BR	Bundesrat
BS	Basel Stadt
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101
bzgl.	bezüglich
EAPC	European Association for Palliative Care
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, (Europäische Menschenrechtskonvention) vom 4. November 1950, SR 0.101
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012, SR 818.101
Erw.	Erwägung
et al.	«und andere»
ff.	fortfolgend(e)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
FR	Freiburg/Fribourg
GE	Genf/Genève
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich vom 2. April 2007, LS 810.1
ggf.	gegebenenfalls
GL	Glarus
GR	Graubünden
HMG	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000, SR 812.21
Hrsg.	Herausgeber
i.d.F.v.	in der Fassung vom/von
i.d.R.	in der Regel
i.V.m.	in Verbindung mit

JU	Jura
KKJPD	Konferenzen der Justiz- und Polizeidirektoren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102
LBR	Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft
LEP	Loi sur l'exécution des condamnations pénales (LEP) du 4 juillet 2006
LEPM	Legge sull'esecuzione delle pene e delle misure per gli adulti (LEPM) del 20 aprile 2010
LPMPA	Loi sur l'exécution des peines et des mesures pour les personnes adultes (LPMPA) du 24 mai 2016 (RSN 351.0)
LU	Luzern
m.w.H.	mit weiteren Hinweisen
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
NaP	Natrium-Pentobarbital
NE	Neuenburg/Neuchâtel
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer
NW	Nidwalden
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OW	Obwalden
resp.	respektive
Rz	Randziffer
S.	Seite(n)
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
SG	St. Gallen
SH	Schaffhausen
SKOS	Konferenz für Sozialhilfe
SMVG	Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug (SMVG) vom 25. Juni 2003, BSG 341.1
SO	Solothurn
sog.	sogenannt(e)
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR 311.0
StJVG	Straf- und Justizvollzugsgesetz (StJVG) vom 19. Juni 2006
SODK	SozialdirektorInnen
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung (Strafprozessordnung, StPO) vom 5. Oktober 2007, SR 312.0
SZ	Schwyz
SZK	Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie
TG	Thurgau
TI	Tessin/Ticino
u.a.	unter anderem
u.E.	unseres Erachtens
UR	Uri

UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, SR 832.20
VD	Waadt/Vaud
VS	Wallis/Valais
VSMV	Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug (VSMV) vom 20. Dezember 2006
z.B.	zum Beispiel
ZEK	Zentrale Ethikkommission
ZG	Zug
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, SR 210
ZH	Zürich
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert
ZRS	Zeitschrift für schweizerisches Recht
ZStrR	Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht



# 1 Einleitung

So mannigfaltig wie der Tod das Leben ausserhalb der Mauern einer geschlossenen Institution beenden kann, so verschieden tritt er auch im Straf- oder Massnahmenvollzug auf. Ein gewichtiger Unterschied besteht allerdings darin, dass er sich innerhalb des Straf- oder Massnahmenvollzugs in einem ganz besonderen Umfeld ereignet: Nämlich dort, wo der Staat aufgrund einer strafgerichtlichen Verfügung repressiv gegenüber der betroffenen Person auftritt, wobei die Strafe bzw. Massnahme den im Gesetz normierten Gründen dienen muss. Aspekte der persönlichen Freiheit, Selbstbestimmung und Würde einerseits sowie des Vollzuges und der Repression, der Sicherheit, aber auch Fürsorge andererseits treffen aufeinander. Dieses Spannungsfeld bewirkt, dass dem Tod – und namentlich dem im Freiheitsentzug begangenen Suizid – mit besonderer Achtsamkeit begegnet werden muss.<sup>1</sup>

Unter Suizid wird eine Handlung verstanden, die im erwarteten Tod der Person, die an sich selbst Hand anlegt, gipfelt.<sup>2</sup> Der Suizid resp. der Versuch hierzu sind nicht unter Strafe gestellt.<sup>3</sup> Der in voller Kenntnis der Tragweite des eigenen, selbstbestimmten Entschlusses willentlich durchgeführte Suizid wird als eigenverantwortliche Selbsttötung qualifiziert.<sup>4</sup> Das Recht auf den eigenen Tod ist sowohl auf der Grundlage der Gewährleistungen der Bundesverfassung<sup>5</sup> als auch jenen der Europäischen Menschenrechtskonvention<sup>6</sup> anerkannt.

Die Suizidhilfe umfasst verschiedene Handlungsformen. Um sie einzuordnen werden unterschiedliche zeitliche Abschnitte betrachtet. Als «Hilfe beim Sterben» wird die Sterbebegleitung im engeren Sinne verstanden. Mit dem Eintritt des biologischen Sterbeprozesses, dem «point of no return», verändert sich der Auftrag des Arztes. Die Lebenserhaltung ist nicht mehr das Ziel der ärztlichen Tätigkeit. Vielmehr muss die Basisversorgung des Patienten sichergestellt werden, um ihm einen Tod in Würde und unter möglichst wenig Schmerzen zu ermöglichen.<sup>7</sup> Steht der Tod noch nicht kurz bevor, wird der Begriff der «Hilfe zum Sterben» verwendet. In dieser Konstellation werden die unterschiedlichen Formen der Suizidhilfe subsumiert. Der sog. assistierte Suizid oder die «Suizidhilfe» erfassen die psychische oder materielle Unterstützung der sterbewilligen Person durch Drittpersonen.<sup>8</sup> Diese kann in einem nahen zeitlichen Abstand zum erwarteten biologischen Tod stattfinden, kann aber auch viel früher sein. Bei der Suizidhilfe nimmt eine Drittperson wissentlich und willentlich am Suizidgeschehen teil.<sup>9</sup> Die Mitwirkung an einem Suizid nach dem Strafgesetzbuch ist sowohl das «Verleiten» wie auch das «Hilfeleisten» und ist nur dann mit einer Strafe bedroht, wenn die unterstützende Person aus selbstsüchtigen Beweggründen handelt (Art. 115 StGB).<sup>10</sup> Diese Grenzziehung zwischen strafbarer und straffreier Mitwirkung am Suizid ist bedeutsam und spielt namentlich im Kontext der Zulässigkeit der Suizidhilfe durch Suizidhilfeorganisationen eine wesentliche Rolle.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Justizvollzug heute, S. 34 f.

<sup>2</sup> DE LEO et al., S. 14.

<sup>3</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 1; KIENER, S. 275 m.w.H.

<sup>4</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 3.

<sup>5</sup> Art 10 Abs. 2 BV, Art. 13 Abs. 1 BV; BGE 133 I 58, Erw. 6.1 und Erw. 6.2.1; KIENER, S. 274.

<sup>6</sup> Art. 2 EMRK, Art. 8 Abs. 1 und 2 EMRK; BGE 133 I 58, Erw. 6.1, Erw. 6.2.1 und Erw. 6.2.2.

<sup>7</sup> AEBI-MÜLLER et al., § 8, Rz 240.

<sup>8</sup> AEBI-MÜLLER et al., § 8, Rz 241; Zum Ganzen: MATHWIG, S. 1 f.; KOVACEVIC/BARTSCH, S. 2.

<sup>9</sup> KIENER, S. 276.

<sup>10</sup> Art. 115 StGB, dazu SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 1.

<sup>11</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 2.

Der Schweizerische Justizvollzug und seine Rahmenbedingung befinden sich in einem Wandel.<sup>12</sup> Ursprünglich wurden Gefängnisse gebaut, um verurteilte, zumeist jüngere, oftmals gesunde Personen für eine bestimmte Zeit aufzunehmen, um sie nach dem vollständigen oder teilweisen<sup>13</sup> Verbüßen der Freiheitsstrafe wieder in die Gesellschaft zu integrieren.<sup>14</sup> Ausgehend vom Gedanken einer zeitigen Freiheitsstrafe<sup>15</sup> war das Thema «Tod und Sterben im Gefängnis» früher weniger von besonderer Bedeutung.<sup>16</sup> Der Anteil an älteren Gefangenen nimmt jedoch in der Schweiz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zu.<sup>17</sup> Das Bundesamt für Statistik verzeichnete im Jahr 2017 828 Insassen, die über 49-jährig waren. Davon waren 56 Personen sogar über siebzig Jahre alt. Diese Entwicklung folgt einer anhaltenden Tendenz, die sich seit 2005 zeigt.<sup>18</sup> Es sind allerdings nicht nur älter werdende Gefangene zu verzeichnen, vielmehr ist auch eine Zunahme der Einweisungen von Personen über fünfzig Jahre festzustellen.<sup>19</sup> Diese Entwicklung hat vielfältige Ursachen; sie kann auch darauf zurückgeführt werden, dass die Bevölkerung generell älter wird, darauf basierend nimmt auch die Anzahl Personen zu, die im höheren Alter straffällig werden. Das hat natürlicherweise zur Folge, dass Gefangene künftig vermehrt im Gefängnis und in geschlossenen Institutionen ihren Lebensabend verbringen und sterben werden.<sup>20</sup>

Darüber hinaus sind zusätzlich veränderte Einstellungen in der Gesellschaft festzustellen, die sich in einem Trend zur verschärften Verhängung von Strafen und Massnahmen zeigen.<sup>21</sup> Etliche Stimmen fordern bei schweren Straftaten eine Null-Toleranz und ein Null-Risiko-Denken. Längere Strafen und die lebenslängliche Verwahrung nach Art. 64 Abs. 1<sup>bis</sup> StGB tragen dazu bei, dass es mehr Insassen in den Institutionen gibt, die hinter den Gefängnismauern sterben werden.<sup>22</sup>

Aktuelle Untersuchungen<sup>23</sup> zeigen, dass inhaftierte Personen sich – ebenso wie die Menschen ausserhalb der Mauern des Straf- und Massnahmenvollzugs – mit ihrem Lebensende auseinandersetzen.<sup>24</sup> Auch die Inanspruchnahme von Suizidhilfe wird hierbei als eine Möglichkeit erachtet. Weitgehend ungeklärt sind freilich der Umgang mit dem Suizidwunsch und die Zulassung der Suizidhilfe, namentlich durch Sterbehilfeorganisationen, im Straf- und Massnahmenvollzug.<sup>25</sup> Die Problematik betreffend das Sterben im Vollzug bedarf einer intensiven rechtlichen und ethischen Diskussion.<sup>26</sup> Spätestens seit dem Bericht des Schweizerischen Fernsehens und dem Interview mit P.V., der im Gefängnis Bostadel verwahrt wird und mittels einer Suizidhilfeorganisation aus dem Leben scheidet

<sup>12</sup> Zum Ganzen: HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 16 f.

<sup>13</sup> Näher zur bedingten Entlassung vgl. Art. 86 ff. StGB.

<sup>14</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 65.

<sup>15</sup> Vgl. Art. 40 StGB, Art. 86 StGB.

<sup>16</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Ältere Gefangene am Lebensende, S. 8.

<sup>17</sup> Vgl. GRABER, S. 16 f.; für den Verwahrungsvollzug vgl. KÜNZLI/EUGSTER,/SCHULTHEISS, S. 23; HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 16 f.; GERNY, «Polizeidirektoren prüfen Sterbehilfe im Gefängnis».

<sup>18</sup> BfS, Straf- und Massnahmenvollzug, Stand: 9. November 2018.

<sup>19</sup> BfS, Einweisungen, Stand: 9. November 2018.

<sup>20</sup> BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 3.

<sup>21</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 129 f.; BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 4.

<sup>22</sup> BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 3.

<sup>23</sup> HANDIKE/WANGMO, S. 373 ff.; SHAW/ELGER, S. 479 ff.

<sup>24</sup> GRABER, S. 16 f.

<sup>25</sup> URWYLER/NOLL, Rz 5.

<sup>26</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 65; zum Ganzen: BÉRARD/QUELOZ.

möchte, rückte das Sterben dieser Personengruppe und insbesondere der Wunsch nach assistiertem Suizid in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Behörden.<sup>27</sup> Ob eine inhaftierte Person in der Schweiz ein «Anrecht auf Suizidhilfe» hat und falls ja, unter welchen Voraussetzungen eine solche stattfinden könnte, sollte daher geklärt werden.<sup>28</sup>

Das vorliegende Gutachten setzt sich mit der Suizidhilfe im Regime des Straf- und Massnahmenvollzugs auseinander. Es nimmt zu den diesbezüglichen Fragen des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Justizvollzug Stellung<sup>29</sup> und stützt sich dabei auch auf die Umfrage der einzelnen Kantone und ihre Antworten (Anhang). Gewisse Fragen überschneiden sich inhaltlich und wurden daher zusammenfassend beantwortet.

Wir danken den verschiedenen Behörden und Ämtern der Kantone für die Teilnahme und die Darlegung ihrer Sichtweise.

<sup>27</sup> Sendung Rundschau vom 10. Oktober 2018 <<https://www.srf.ch/news/schweiz/dem-leben-ein-ende-setzen-verwahrter-mit-todeswunsch-das-leben-hat-keinen-sinn-mehr>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>28</sup> HOSTETTLER et al., Lay Summary, S. 9 m.w.N.; QUELOZ, S. 38.

<sup>29</sup> Das Gutachten äussert sich nicht zu Fragen einer allfälligen Strafbarkeit von Vollzugsmitarbeitenden, wenn unzulässigerweise eine Suizidhilfeorganisation in die Institution eingelassen oder unzulässigerweise die Suizidhilfe unterstützt würde. Vielmehr konzentriert sich das Gutachten auf die gestellten Fragen des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug.

## 2 Fragestellungen

### 2.1 Kantonale Regelungen

*Welche Regelungen bestehen heute auf kantonaler Stufe in den Vollzugsanstalten?*

Die Gesetzgebung im Bereich des Strafrechts und im Bereich des Strafprozessrechts liegt in der Kompetenz des Bundes (Art. 123 Abs. 1 BV). Soweit der Bund von dieser Kompetenz keinen Gebrauch macht, sind die Kantone zuständig.<sup>30</sup> Der Straf- und Massnahmenvollzug hingegen fällt in die Kompetenz der Kantone (Art. 123 Abs. 2 BV). Dies hat zur Konsequenz, dass die Kantone die Urteile der Gerichte vollziehen und die hierfür notwendigen Anstalten betreiben müssen.<sup>31</sup> Es ist dem Bund jedoch nicht grundsätzlich verboten, Vorschriften zum Straf- und Massnahmenvollzug zu erlassen (Art. 123 Abs. 3 BV).<sup>32</sup> Derzeit ist aber kein nationales Strafvollzugsgesetz geplant. Vielmehr sollen weitere Harmonisierungen innerhalb der Strafvollzugskonkordate angestrebt werden.<sup>33</sup>

Der Bundesrat hat gemäss Art. 387 StGB die Befugnis, nach Anhörung der Kantone, ergänzende Bestimmungen zum Strafvollzug zu erlassen. So kann er gemäss Art. 387 Abs. 1 lit. c StGB Bestimmungen zum Vollzug von Strafen und Massnahmen bei kranken, gebrechlichen und betagten Personen erlassen. Von den allgemeinen Vollzugsregeln für diese Personengruppe kann abgewichen werden, wenn die gesundheitliche Situation es erfordert.<sup>34</sup>

Die drei in der Schweiz existierenden Strafvollzugskonkordate (Konkordat der lateinischen Schweiz, Konkordat der Nordwest- und Innerschweiz, Ostschweizerkonkordat) haben sich zu regionalen Vollzugsgemeinschaften zusammengeschlossen. Die Strafvollzugskonkordate verfolgen das Ziel, einen bedarfsgerechten, verfassungs- und gesetzeskonformen Straf- und Massnahmenvollzug zu gewährleisten.<sup>35</sup> Durch den Erlass interkantonalen Bestimmungen tragen die Strafvollzugskonkordate wesentlich zur Harmonisierung und Rechtsvereinheitlichung bei.<sup>36</sup> Neben den Konkordaten verfügen die Kantone über verschiedenste Regelungen zum Strafvollzug und damit auch zur intramuralen Medizin.<sup>37</sup> Teils existieren formelle Gesetze zum Strafvollzug, teils Verordnungen sowie zahlreiche Richtlinien, Hausordnungen oder Weisungen.<sup>38</sup>

<sup>30</sup> GÖKSU, Art. 123, Rz 3, 9.

<sup>31</sup> GÖKSU, Art. 123, Rz 21.

<sup>32</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 7; TAG, Gefängnismedizin, S. 465.

<sup>33</sup> GÖKSU, Art. 123, Rz 22.

<sup>34</sup> OMLIN, Art. 387, Rz 16.

<sup>35</sup> <<https://www.konkordate.ch/>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>36</sup> <<https://www.konkordate.ch/konkordatliche-erlasse>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>37</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 1 ff. m.w.N.

<sup>38</sup> TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 39; TAG, Gefängnismedizin, S. 468.

In 14 Kantonen<sup>39</sup> besteht ein formelles Gesetz über den Strafvollzug, in 22 Kantonen<sup>40</sup> wird der Strafvollzug auf Verordnungsebene festgelegt. Acht Kantone<sup>41</sup> kennen ein Gesetz und eine Verordnung zum Strafvollzug.

Die Kantone sind zudem für das öffentliche Gesundheitswesen verantwortlich (Art. 118 BV). Sie bestimmen auch über die Regelungen für die medizinische Versorgung der inhaftierten Personen. Bisher hat jedoch kein Kanton ein eigenes Regelwerk zur medizinischen Versorgung von gefangenen Personen erstellt.<sup>42</sup> Die Thematik ist vielmehr Teil einzelner Gesetze, Verordnungen oder Reglemente. Die Rückmeldungen im Rahmen der bei den Kantonen durchgeführten Befragung ergaben, dass derzeit auch keine expliziten Regelungen und Bestimmungen zur Suizidhilfe im Straf- oder im Massnahmenvollzug existieren. Eine Annäherung an die Thematik findet sich freilich im Erlass *Loi de Santé* (Canton Neuchâtel). In Art. 35a wird folgendes bestimmt:

«Toute personne capable de discernement a le droit de choisir les modalités et le moment de sa mort» (Art. 35a Ziff. 1) und «Les institutions reconnues d'utilité publique doivent respecter le choix d'une personne patiente ou résidente de bénéficier d'une assistance au suicide en leur sein, par une aide extérieure à l'institution, si les conditions suivantes sont remplies:

- a) la personne souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables;
- b) toute prise en charge thérapeutique envisageable en fonction de son état de santé, en particulier celle liée aux soins palliatifs, lui a été présentée et la personne a explicitement pris position à ce sujet;
- c) la personne n'a plus de domicile ou son retour dans son logement n'est pas raisonnablement exigible.» (Art. 35a Ziff. 2).

Darüber hinaus finden sich allgemeine Weisungen zum Vorgehen bei einem Todesfall in einer freiheitsentziehenden Institution. Verschiedenste Kantone verfügen über festgelegte Abläufe, wenn sich ein Suizid *intra muros*, d.h. innerhalb der Mauern einer geschlossenen Institution, ereignet. Zudem wird der Suizidprävention ein hoher Stellenwert eingeräumt. Darüber hinaus kann eine Annäherung an das Thema über die kantonalen Gesundheitsgesetze, über Bestimmungen zu unterschiedlichen

<sup>39</sup> AR: Gesetz über den Justizvollzug vom 22.9.2014; BL: Gesetz über den Vollzug von Strafen und Massnahmen vom 21.4.2005; BS: Gesetz über den Vollzug der Strafurteile vom 13.12.2007; BE: Gesetz über den Justizvollzug vom 23.1.2018; FR: Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 7.10.2016; GR: Gesetz über den Justizvollzug im Kanton Graubünden; JU: Loi sur l'exécution des peines et des mesures du 2.12.2013; LU: Gesetz über den Justizvollzug vom 14.9.2015; NE: Loi sur l'exécution des peines et des mesures pour les personnes adultes (LPMPA) du 24.5.2016; NW: Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 25.10.2006; SO: Gesetz über den Justizvollzug vom 13.11.2013; TI: Legge sull'esecuzione delle pene e delle misure per gli adulti (LEPM) del 20.4.2010; VD: Loi sur l'exécution des condamnations pénales (LEP) du 4.5.2006; ZH: Straf- und Justizvollzugsgesetz (StJV) vom 19.6.2006.

<sup>40</sup> AG: Verordnung über den Vollzug von Strafen und Massnahmen vom 9.7.2003; AR: Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug und die Bewährungshilfe vom 16.12.2014; AI: Ständekommissionsbeschluss über das Kantonsgefängnis vom 4.4.1995; BL: Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 11.6.1991; BE: Verordnung über den Justizvollzug vom 22.8.2018; FR: Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 5.12.2017; GE: Règlement sur l'exécution des peines et mesures vom 19.3.2014; GL: Verordnung über den Vollzug in den Bereichen Strafprozess, Straf- und Massnahmenvollzug und Opferhilfe vom 21.2.2006; GR: Verordnung über den Justizvollzug im Kanton Graubünden vom 19.12.2017; LU: Verordnung über den Justizvollzug vom 24.3.2016; NE: Verordnung über den Justizvollzug vom 24.3.2016; OW: Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 19.10.1989; SH: Justizvollzugsverordnung vom 19.12.2006; SH: Justizvollzugsverordnung vom 19.12.2006; SZ: Haft-, Straf- und Massnahmenvollzugsverordnung vom 19.12.2006; SO: Verordnung über den Justizvollzug vom 24.3.2014; SG: Verordnung über die Gefängnisse und Vollzugsanstalten vom 13.6.2000; TI: Regolamento sull'esecuzione delle pene e delle misure per gli adulti del 6.3.2007; TG: Verordnung des Regierungsrats über den Justizvollzug (Justizvollzugsverordnung) vom 12.12.2006; UR: Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug (VSMV) vom 20.12.2006; VS: Verordnung über die Rechte und Pflichten von inhaftierten Personen vom 18.12.2013; ZG: Justizvollzugsverordnung vom 20.3.2018; ZH: Justizvollzugsverordnung vom 6.12.2006.

<sup>41</sup> AR, BE, BL, FR, GR, LU, NE, ZH.

<sup>42</sup> BRÄGGER, Gefängnismedizin, S. 192.

Vollzugsmodalitäten, zu Zwangsmassnahmen im Falle eines Hungerstreiks oder der Handhabung von Patientenverfügungen erfolgen.<sup>43</sup>

Die aufgeworfene Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Suizidhilfe im Vollzug führt vor Augen, dass es aufgrund fehlender kantonaler Regelungen zu unterschiedlichen Auffassungen in Bezug auf die Zulässigkeit von Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug kommen mag.

## 2.2 Rechtliche Grundlagen zur Beurteilung der Zulässigkeit des assistierten Suizids

*Welche rechtlichen Grundlagen können beigezogen werden zur Beurteilung der Zulässigkeit des assistierten Suizids im Straf- und Massnahmenvollzug?*

### 2.2.1 Grundsatz

«Die Menschenwürde des Gefangenen oder des Eingewiesenen ist zu achten. Seine Rechte dürfen nur so weit beschränkt werden, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern» (Art. 74 StGB). «Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben. Der Strafvollzug hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen, die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten, schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken und dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen» (Art. 75 Abs. 1 StGB). Die im StGB niedergelegten Vollzugsgrundsätze<sup>44</sup> zielen auf die möglichst nahe Angleichung des Vollzugsalltags bzw. des Lebens im Vollzug an das Leben ausserhalb der Gefängnismauern. Der Staat hat z.B. dafür Sorge zu tragen, dass im Vollzug die gleichen Standards der medizinischen Versorgung und Behandlung wie in der allgemeinen öffentlichen Gesundheitsversorgung gewährleistet werden (Äquivalenzprinzip).<sup>45</sup> Dies gilt für alle Vollzugsformen und für alle inhaftierten Personen<sup>46</sup>, wobei es jedoch vollzugsbedingt Einschränkungen, namentlich der freien Arzt- oder Therapeutenwahl, gibt.<sup>47</sup> In Bezug auf das Lebensende verpflichten die Menschenwürde wie auch das Äquivalenzprinzip, das humane Sterben zu ermöglichen.<sup>48</sup> Eine positive Leistungspflicht des Staates auf Unterstützung beim Suizid wird jedoch in der Rechtsprechung allgemein abgelehnt<sup>49</sup>, was zur Folge hat, dass es keinen Rechtsanspruch auf einen begleiteten Suizid durch den Staat<sup>50</sup> gibt.<sup>51</sup> Davon unberührt bleibt die Frage, inwieweit Sterbehilfeorganisationen Zugang zu sterbewilligen, urteilsfähigen

<sup>43</sup> Siehe Anhang.

<sup>44</sup> Zur (entsprechenden) Anwendung auf die Verwahrung vgl. KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 16 ff.

<sup>45</sup> BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 4. Kritisch zur gegenwärtigen Praxis die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW zur Finanzierung medizinischer Leistungen im Gefängnis, S. 328 ff.

<sup>46</sup> CPT-Standards, Ziff. 38; EUGSTER, S. 127 m.w.H.; SAMW, Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, S. 7.

<sup>47</sup> BIGLER/GFELLER/BONIN, S. 345, Rz 929.

<sup>48</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Ältere Gefangene am Lebensende, S. 8.

<sup>49</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.2.3 (bezogen auf die Suizidhilfe extra muros).

<sup>50</sup> BGE 142 I 195, Erw. 3.4 (bezogen auf die Suizidhilfe extra muros).

<sup>51</sup> Nähere Ausführungen siehe Kapitel 2.4.2.

Personen, gewährt werden muss, die in einer staatlich geführten resp. finanzierten Institution leben und diese zum Zweck des Suizids nicht verlassen können resp. wollen.<sup>52</sup>

## 2.2.2 Bundesverfassung

### 2.2.2.1 Recht auf Leben

Neben den zentralen Bestimmungen der Menschenwürde (Art. 7 BV) und dem Gebot der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) ist das Grundrecht auf Leben und persönliche Freiheit (Art. 10 BV) im Kontext der Suizidhilfe von herausragender Bedeutung.<sup>53</sup>

Art. 10 Abs. 1 Satz 1 BV statuiert das Recht auf Leben, das jedem Menschen zukommt und die Unversehrtheit und Integrität des menschlichen Lebens schützt.<sup>54</sup> Das Recht auf Leben zieht jedoch keinen Anspruch nach sich, mit Hilfe des Staates oder mit Hilfe einer anderen Privatperson sterben zu können.<sup>55</sup> Insbesondere besteht keine Pflicht des Staates, die entsprechenden Medikamente (z.B. Natrium-Pentobarbital, NaP) rezeptfrei abzugeben.<sup>56</sup>

### 2.2.2.2 Selbstbestimmungsrecht

Das Recht auf Selbstbestimmung als zentraler Eckpfeiler der individuellen Persönlichkeitsentfaltung lässt dem Einzelnen grundsätzlich die Freiheit, über das eigene Leben und damit auch über sein Lebensende zu bestimmen.<sup>57</sup> Aus grundrechtlicher Perspektive ist daher die freiverantwortliche, individuelle Entscheidung, über die Fortführung des Lebens und – unter Berücksichtigung der gesetzlichen Schranken – die Art und den Zeitpunkt des eigenen Todes zu bestimmen, geschützt.<sup>58</sup> Diese Entscheidungsfreiheit wurzelt in dem Recht auf persönliche Freiheit (10 Abs. 2 BV) und dem Schutz der Privatsphäre (Art. 13 Abs. 1 BV).<sup>59</sup> In Art. 10 Abs. 2 BV sind die elementaren Erscheinungen der Persönlichkeitsentfaltung erfasst.<sup>60</sup> Beeinträchtigungen der persönlichen Freiheit müssen ein Mindestgewicht aufweisen, um in den Schutzbereich zu fallen.<sup>61</sup> Das Bundesgericht führt dazu aus, dass gemäss Art. 10 Abs. 2 BV alle elementaren Aspekte der Persönlichkeitsentfaltung garantiert sind und zumindest eine minimale Entfaltungsmöglichkeit mitumfasst.<sup>62</sup> Allerdings beinhaltet die persönliche Freiheit keine allgemeine Handlungsfreiheit, die gegen jede Handlung des Staates geltend gemacht werden könnte.<sup>63</sup> Grundrechtsträger von Art. 10 BV sind alle natürlichen Personen, unabhängig ihrer Staats-

<sup>52</sup> Näher Kapitel 2.4.2 sowie BGE 142 I 195.

<sup>53</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 5 ff.

<sup>54</sup> SCHWEIZER, Art. 10, Rz 12; KIENER, S. 274.

<sup>55</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.2.1; KIENER, S. 274.

<sup>56</sup> BGE 133 I 58; EGMR Haas v. Switzerland Nr. 31322/07 vom 20.1.2011.

<sup>57</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 35.

<sup>58</sup> KIENER, S. 275; BGE 142 I 195, Erw. 3.4.

<sup>59</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.1 und 6.2; zur Abgrenzung zwischen dem Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV) und der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) vgl. TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 5.

<sup>60</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 32.

<sup>61</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 34.

<sup>62</sup> BGE 138 IV 13, Erw. 7.1; BGE 133 I 110, Erw. 5.2; BGE 133 I 58, Erw. 6.1.

<sup>63</sup> BGer 8C\_648/2018 vom 7. Januar 2019, Erw. 9.2; BGer 2C\_66/2015 vom 13. September 2016, Erw. 3.4; BGE 142 I 195, Erw. 3.2.; BGE 133 I 58, Erw. 6.1.

angehörigkeit<sup>64</sup> und unabhängig davon, ob sie inhaftiert sind.<sup>65</sup> Inhaftierte stehen freilich zum Staat in einem Sonderstatusverhältnis<sup>66</sup>, was sich bereits daran zeigt, dass ihre persönliche Freiheit aufgrund der Inhaftierung eingeschränkt ist.

Wie jede grundrechtlich geschützte Freiheitsbetätigung kann auch die Freiheit, sich gegen das eigene Weiterleben zu entscheiden und hierbei Suizidhilfe<sup>67</sup> in Anspruch zu nehmen, grundsätzlich beschränkt werden.<sup>68</sup> Eine Einschränkung kann allerdings nur unter den Voraussetzungen von Art. 36 BV erfolgen.<sup>69</sup> Das Recht auf den eigenen Tod, d.h. die freiverantwortliche Beendigung des eigenen Lebens, stellt eine elementare Ausprägung der Persönlichkeitsentfaltung dar und ist nicht an eine zum Tod führende Krankheit gebunden. Der Bilanzsuizid, d.h. der Suizid als Folge eines selbstbestimmten, wohlerrungenen und dauerhaften Entscheids einer urteilsfähigen Person<sup>70</sup>, wird ebenfalls als Ausfluss der individuellen Selbstbestimmung bewertet.<sup>71</sup> Denn würde dem Individuum das Recht auf die freiverantwortliche Selbsttötung zugunsten seines Lebensschutzes abgesprochen, würde das Lebensrecht zu einer Lebenspflicht gerieren. Die Schutzpflicht und die Eingriffsbefugnis des Staates enden jedoch in der Regel dort, wo die Selbstbestimmung des Individuums beginnt.<sup>72</sup> Zum Schutz des Einzelnen vor Affektsuiziden oder Suiziden, die auf einer momentanen Verzweiflungssituation beruhen, ist gemäss der Rechtsprechung ein geeignetes Verfahren zu bestimmen, das sicherstellt, dass die Beendigung des Lebens auf freiem Willen basiert.<sup>73</sup> Grundsätzlich – mit Ausnahme von Art. 115 StGB aufgrund «selbstsüchtiger Beweggründe» – ist die Suizidhilfe in der Schweiz straflos und gesetzlich nicht reguliert.<sup>74</sup>

### 2.2.2.3 Grundrechtseinschränkungen

Die Einschränkung von Grundrechten im Allgemeinen sowie im Straf- und Massnahmenvollzug<sup>75</sup> ist zwar möglich, aber nur unter den von Art. 36 BV festgelegten Voraussetzungen und Grenzen. Für den Straf- und Massnahmenvollzug bedeutet dies, dass – abgesehen von Fällen ernster, unmittelbarer und nicht anders abwendbarer Gefahr – die Einschränkung einer gesetzlichen Grundlage bedarf und schwerwiegende Einschränkungen im Gesetz selbst vorgesehen sein müssen. Einschränkungen von Grundrechten müssen zudem durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt<sup>76</sup> und verhältnismässig sein. Ausserdem ist der Kerngehalt der Grundrechte unantastbar. Für den Straf- und Massnahmenvollzug bedeutet dies, holzschnittartig zusammengefasst, dass Einschränkungen der Freiheitsrechte der Inhaftierten nur so weit gehen dürfen, als dies

<sup>64</sup> BIAGGINI, Art. 10, Rz 5; SCHWEIZER, Art. 10, Rz 10.

<sup>65</sup> Näher dazu Kapitel 2.2.2.1 und 2.2.2.2.

<sup>66</sup> Näher dazu Kapitel 2.2.2.3.1.

<sup>67</sup> Siehe Kapitel 1.

<sup>68</sup> KIENER, S. 277.

<sup>69</sup> KIENER, S. 277.

<sup>70</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.3.5.1; NOLL, S. 69; MAUSBACH, Suizid, S. 159.

<sup>71</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 41.

<sup>72</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 42.

<sup>73</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.2.1.

<sup>74</sup> TSCHENTSCHER, Art. 10, Rz 44.

<sup>75</sup> GÄCHTER, S. 463, Rz 114; IMPERATORI, S. 225.

<sup>76</sup> Näher GÄCHTER, S. 457, Rz 88.



aufgrund des Freiheitsentzuges bzw. dem Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung erforderlich ist.<sup>77</sup> Dies ergibt sich explizit aus Art. 74 StGB.

### 2.2.2.3.1 Gesetzliche Grundlage

Das Recht ist die Grundlage sowie die Schranke des staatlichen Handelns (Art. 5 Abs. 1 BV). Das Legalitätsprinzip verpflichtet sowohl Individuen wie auch Behörden, Gesetze einzuhalten und schafft dadurch Rechtssicherheit, Berechenbarkeit und Voraussehbarkeit des staatlichen Handelns. Wird in die Grundrechte einzelner Personen eingegriffen, so müssen sich die Grundrechtseinschränkungen auf Rechtssätze stützen, die qualitativen Kriterien genügen und demokratisch genügend legitimiert sind.<sup>78</sup> Schwerwiegende Einschränkungen müssen in einer generell-abstrakten Norm auf Gesetzesstufe verankert sein. Je einschneidender der Eingriff ist, desto höher sind die Anforderungen an die Normstufe. Ein formelles Gesetz muss daher die Grundlage einer schweren Einschränkung sein (Art. 36 Abs. 1 Satz 2 BV).<sup>79</sup> Weniger schwerwiegende Grundrechtseingriffe können in Erlassen einer tieferen Stufe, insbesondere auch auf Verordnungsstufe, vorgesehen sein.<sup>80</sup>

Erst 1970er-Jahren<sup>81</sup> wurde den Personen, die sich in einem besonderen Näheverhältnis zum Staat, d.h. einem Sonderstatusverhältnis<sup>82</sup>, befinden, die Geltung ihrer Grundrechte zugesprochen. Dies bedeutet, dass sich seither auch Gefangene im Freiheitsentzug auf ihre Grundrechte erfolgreich berufen können.<sup>83</sup>

Grundrechtseingriffe bei Personen, die in einem Sonderstatusverhältnis zum Staat stehen, können jedoch unter modifizierten Anforderungen an die hierfür notwendige gesetzliche Grundlage erfolgen.<sup>84</sup> Aufgrund der Schwere des Eingriffs muss die zwangsweise Begründung des Sonderstatusverhältnisses auf einem Gesetz im formellen Sinne beruhen, wie das Strafgesetzbuch und die Strafprozessordnung. Im Strafgesetzbuch wird zudem festgehalten, dass die Menschenwürde des Gefangenen resp. des Eingewiesenen zu achten ist. Die Rechte der inhaftierten Personen dürfen nur soweit beschränkt werden, als dies der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Institution erfordern (Art. 74 StGB). Zur Untersuchungs- und Sicherheitshaft hält Art. 235 Abs. 1 StPO fest: «Die inhaftierte Person darf in ihrer persönlichen Freiheit nicht stärker eingeschränkt werden, als es der Haftzweck sowie die Ordnung und Sicherheit in der Haftanstalt erfordern.»

Die inhaltliche Ausgestaltung des Sonderstatusverhältnisses kann in der Regel<sup>85</sup> auf tieferer Normhierarchiestufe geregelt werden,<sup>86</sup> wobei die Anforderungen an die Bestimmtheit der Normen, die ein besonderes Rechtsverhältnis regeln, praxisgemäss gelockert sind.<sup>87</sup> Die Zulässigkeit der jeweiligen

<sup>77</sup> EUGSTER, S. 125 m.w.H.

<sup>78</sup> GÄCHTER, S. 561, Rz 102.

<sup>79</sup> SCHWEIZER, Art. 36, Rz 16; GÄCHTER, S. 462, Rz 107; BGE 136 II 415, Erw. 3.1.

<sup>80</sup> GÄCHTER, S. 462, Rz 108.

<sup>81</sup> BGE 118 Ia 64; BGE 107 Ia 148; BGE 99 Ia 262; BGE 97 Ia 45.

<sup>82</sup> Zum Sonderstatusverhältnis vgl. HÄFELIN/HALLER/KELLER/THURNHERR, Rz 328 ff.

<sup>83</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 5; TAG, Gefängnismedizin, S. 464; BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 4.

<sup>84</sup> GÄCHTER, S. 462, Rz 114.

<sup>85</sup> Abweichungen gelten, wenn es sich wiederum um schwere Eingriffe handelt, vgl. z.B. Art. 253 Abs. 2-4 StPO.

<sup>86</sup> GÄCHTER, S. 462, Rz 115.

<sup>87</sup> GÄCHTER, S. 463, Rz 116.

Grundrechtseinschränkung muss jedoch unter dem Aspekt des Zwecks des Sonderstatusverhältnisses bestimmt werden.<sup>88</sup> Eine Benutzungs- oder Hausordnung kann – je nach Bedeutung der zu regelnden Frage – eine hinreichend bestimmte Grundlage für einen Grundrechtseingriff im Strafvollzug darstellen.<sup>89</sup> Dennoch muss stets eine rechtsgleiche und willkürfreie Behandlung der Personen in diesem Sonderstatusverhältnis gewährleistet werden.<sup>90</sup>

### 2.2.2.3.2 Öffentliches Interesse

Voraussetzung eines Eingriffes in die Grundrechte ist ein legitimes Eingriffsinteresse. Gemäss Art. 36 Abs. 2 BV muss hierfür ein öffentliches Interesse oder der Schutz von Grundrechten Dritter geltend gemacht werden können.<sup>91</sup>

Ein öffentliches Interesse ist die grundlegende Voraussetzung jeden staatlichen Handelns, ist gleichzusetzen mit den Allgemeininteressen und steht dem privaten Nutzen oder partikularen Interessen einzelner Personen oder Gruppen gegenüber.<sup>92</sup> Der Begriff ist jedoch offen, unbestimmt und wandelbar.<sup>93</sup> Öffentliche Interessen sind solche der Gesellschaft und auch des Staates, der der Gesellschaft dient.<sup>94</sup> Ein öffentliches Interesse kann auch im Schutz von Polizeigütern bestehen, wie der öffentlichen Ordnung oder der öffentlichen Sicherheit. Die öffentliche Gesundheit kann als weiteres Beispiel öffentlicher Interessen genannt werden. Charakteristisch für öffentliche Interessen ist deren Wandelbarkeit, namentlich aufgrund der Änderungen gesellschaftlicher Anschauungen. Je nach örtlicher und zeitlicher Gegebenheit können öffentliche Interessen einen anderen Inhalt aufweisen.<sup>95</sup>

Vor dem Hintergrund, dass die gesetzeskonforme Suizidhilfe in weiten Teilen der Schweizer Gesellschaft anerkannt und in der Rechtsordnung unter den dort definierten Voraussetzungen straffrei ist, ist es naheliegend, dass diese Thematik auch im Straf- und Massnahmenvollzug diskutiert wird. Wird ein Wunsch nach Suizidhilfe von Inhaftierten mit Berufung auf die Menschenwürde und / oder das Selbstbestimmungsrecht geäussert, so führt das, namentlich aufgrund der Vollzugssituation und des Sonderstatusverhältnisses, dem die Inhaftierten unterstehen, zu schwierigen Fragen. Es ist insbesondere zu prüfen, ob dem Wunsch auf Suizidhilfe der Anspruch des Staates auf die Durchsetzung des Strafurteils und damit auf den Vollzug der Strafe oder Massnahme entgegenstehen. Zudem obliegt dem Staat aufgrund des Sonderstatusverhältnisses eine Garantenstellung zum Schutz von Leib und Leben gegenüber dem Inhaftierten, die in Fürsorge- und Obhutspflichten zu dessen Schutz resultieren.

In weiten Teilen der Gesellschaft wird die Strafe auch als eine Art Ausgleich und Genugtuung für das geschehene Unrecht gewertet.<sup>96</sup> Würde die Strafe oder die Massnahme nicht vollzogen, weil sich der

<sup>88</sup> EPINEY, Art. 36, Rz 39.

<sup>89</sup> GÄCHTER, S. 463, Rz 115.

<sup>90</sup> BGE 139 I 280, Erw. 5.3.

<sup>91</sup> GÄCHTER, S. 463, Rz 117; HÄFELIN/HALLER/KELLER/THURNHERR, Rz 313.

<sup>92</sup> SCHINDLER, Art. 5, Rz 42.

<sup>93</sup> GÄCHTER, S. 463, Rz 118.

<sup>94</sup> SCHINDLER, Art. 5, Rz 43.

<sup>95</sup> GÄCHTER, S. 464, Rz 118-119; SCHINDLER, Art. 5, Rz 46.

<sup>96</sup> JOSITSCH/EGE/SCHWARZENEGGER, § 1, S. 4.

Täter seiner Strafe oder der gegen ihn verhängten Massnahme durch Suizidhilfe «entzieht», kann argumentiert werden, dass damit dem Staat der Anspruch auf Durchsetzung der strafrechtlichen Sanktion aus der Hand genommen wird. Der Wunsch nach Suizidhilfe könnte zudem als Druckmittel eingesetzt werden, um bessere Haftbedingungen zu erreichen. Darüber hinaus betrifft die Inanspruchnahme von Suizidhilfe auch das Personal der Vollzugseinrichtung und die Mitgefangenen. Sie sind im Alltag die ersten Ansprechpersonen der inhaftierten Personen und mit dem beabsichtigten Suizid direkt konfrontiert.<sup>97</sup> Ein Todesfall oder ein Suizid stellt für die angestellten Personen, aber auch für die anderen inhaftierten Personen in der Vollzugseinrichtung in der Regel eine nicht unbedeutende psychische Belastung dar.<sup>98</sup>

### 2.2.2.3.3 Verhältnismässigkeit

Schliesslich muss die Einschränkung von Art. 10 Abs. 2 BV verhältnismässig sein (Art. 36 Abs. 3 BV). Die Verhältnismässigkeit ist im Einzelfall und anhand der konkreten Situation zu prüfen. Keinesfalls darf der Eingriff in Freiheitsrechte so weit gehen, dass ihr Kerngehalt verletzt wird.<sup>99</sup>

### 2.2.2.4 Schutz- und Fürsorgepflichten

Mit der Hilfeleistung zum Suizid rücken das Recht auf Leben (Art. 10 Abs. 1 BV) und die damit zusammenhängende Schutzpflicht des Staates und der ihm im jeweiligen Kontext unterstellten Personen in den Fokus. Dem Staat und den Mitarbeitenden von Einrichtungen des Straf- und Massnahmenvollzugs kommt die Pflicht zu, das Leben und die Gesundheit der inhaftierten Personen zu schützen, sie nehmen damit eine diesbezügliche Garantenstellung dem Inhaftierten gegenüber ein.<sup>100</sup> Hiermit verbunden ist grundsätzlich auch die Pflicht zur Suizidverhinderung.<sup>101</sup> Diese Schutzpflicht wird in Anbetracht des Höchstwertes des menschlichen Lebens als besonders weitgehend verstanden.<sup>102</sup> Denn der Inhaftierte befindet sich in einer besonderen organisatorischen und persönlichen Abhängigkeit von der Vollzugseinrichtung, was auch zu schädlichen Auswirkungen auf den Inhaftierten führen kann.<sup>103</sup> Dass es sich beim Tod im Freiheitsentzug daher um eine Begebenheit handelt, die besonderer Achtsamkeit bedarf, erklärt sich nahezu von selbst. Ihre Bedeutung spiegelt sich zudem in dem Umstand, dass Todesfälle im Freiheitsentzug grundsätzlich als aussergewöhnliche Todesfälle nach Art. 253 StPO qualifiziert werden und meldepflichtig sind.<sup>104</sup>

Aufgrund der besonderen freiheitseinschränkenden Lebenssituation im Vollzug obliegen der einweisenden und der vollziehenden Institution sowie den Vollzugsmitarbeitenden für diejenigen Kernbe-

<sup>97</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 98-99; zum Schutz von Grundrechten Dritter: EPINEY, Art. 36, Rz 51; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Frage 17.

<sup>98</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 98-99; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Frage 17.

<sup>99</sup> Art. 36 Abs. 4 BV; SCHWEIZER, Art. 36, Rz 44-45.

<sup>100</sup> BRÄGGER, Art. 75, Rz 10; EUGSTER, S.126 m.w.H.

<sup>101</sup> SCHWEIZER, Art. 10, Rz 22; BGE 133 I 58, Erw. 6.2.

<sup>102</sup> KIENER, S. 280.

<sup>103</sup> TAG, Gefängnismedizin, S. 461 ff.

<sup>104</sup> BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 7.

reiche der menschlichen Existenz, die nicht vom betroffenen Insassen selber wahrgenommen werden können, besondere Pflichten.<sup>105</sup> Art. 75 Abs. 1 StGB gibt dies eindrücklich wider. So hat der Strafvollzug gerade auch die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten und schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken.<sup>106</sup> Ist ein Insasse erkennbar psychisch erkrankt oder bestehen Hinweise auf eine akute Suizidgefahr, besteht eine Verpflichtung einzuschreiten und schützende Massnahmen zu ergreifen.<sup>107</sup> Die Suizidgefahr ist insbesondere in der Anfangszeit des Vollzuges und in der Untersuchungshaft<sup>108</sup> besonders gross. Darüber hinaus gibt es weitere spezielle haftpsychologische Krisen, die in Selbstschädigungen gipfeln können, die bis zur Selbsttötung reichen. Schliesslich ist die sog. «Haftpsychose» als erlebnisreaktiver Persönlichkeitswandel durch den Freiheitsentzug und die damit erzwungene Änderung des bisherigen Lebenszusammenhangs zu nennen. Es können sich neben depressiven Zuständen mit unterschiedlichen Ausprägungen auch weitere Störungen wie Auflehnung oder Demonstrationsbedürfnisse zeigen.<sup>109</sup> Aufgrund von Studien ist zudem bekannt, dass die Prävalenz psychischer Störungen im Straf- und Massnahmenvollzug im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist.<sup>110</sup> In diesen Situationen gilt es in besonderem Masse auf den Betroffenen einzugehen<sup>111</sup> und die damit zusammenhängenden Gefahren zu bannen. Aber auch ausserhalb dieser Situationen sind die Inhaftierten in einer vulnerablen Situation. Dem ist Rechnung zu tragen. Ob dies allerdings so weit gehen kann, dass die Suizidhilfe für Gefangene oder Verwahrte generell und ohne Berücksichtigung ihrer konkreten gesundheitlichen Situation ausgeschlossen ist,<sup>112</sup> wird kontrovers diskutiert.

## 2.2.3 Strafrechtliche Einordnung der Suizidhilfe

### 2.2.3.1 Sanktionen des Straf- und Massnahmenvollzugs

Das Sanktionenrecht des Strafgesetzbuches unterscheidet zwei Kategorien: Die Strafen und die Massnahmen. Liegt ein Verbrechen oder Vergehen vor, kann die Strafe in Form einer Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bestehen (Art. 34 StGB ff.). Die lebenslängliche Strafe (Art. 40 Abs. 2 StGB) kann unter den vom Gesetz geregelten Voraussetzungen verhängt werden. Allerdings wird auch hier die Möglichkeit der bedingten Entlassung nach 15 Jahren (Art. 86 Abs. 5 StGB) in vielen Fällen gewährt.<sup>113</sup> Nichtsdestotrotz ist es nicht von der Hand zu weisen, dass Inhaftierte z.T. eine lange Zeit ihres Lebens ausserhalb der Gesellschaft verbringen und sich in dieser Zeit schwerste und letale Krankheiten manifestieren können.

<sup>105</sup> BRÄGGER, Art. 75, Rz 10.

<sup>106</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 2, 9.

<sup>107</sup> EGMR-Entscheid, Keanan v. UK, Nr. 27229/95 vom 3. April 2001, Rz 90 ff.; BGer 1C\_633/2013 vom 23. April 2014, Erw. 4.5; EUGSTER, S. 126 m.w.H.; Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 25. Mai 2011, Anfrage (Suizidversuche in Haft / Psychopharmakonsum in Haft) KR-Nr. 96/2011 Nr. 3 und 4; URWYLER/NOLL, Rz 20; siehe auch Kapitel 2.6.

<sup>108</sup> BfS, Todesfälle.

<sup>109</sup> PETERMANN, Haftpsychose, S. 708.

<sup>110</sup> GRAF, Intramurale Medizin, 39 ff.; EYTAN et al, S. 13 ff.; <[https://www.nzz.ch/genf\\_gebraengnis\\_champ\\_dollon\\_studie\\_psychische\\_probleme-1.8917570](https://www.nzz.ch/genf_gebraengnis_champ_dollon_studie_psychische_probleme-1.8917570)> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>111</sup> URWYLER/NOLL, Rz 22.

<sup>112</sup> KIENER, S. 280.

<sup>113</sup> FINK, S. 73.

Eine therapeutische oder sichernde Massnahme wird unabhängig vom Verschulden des Täters ausgesprochen. Sie ist dann anzuordnen, wenn eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen (Art. 56 Abs. 1 lit. a StGB), ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert (Art. 56 Abs. 1 lit. b StGB) und die in Art. 56 Abs. 1 lit. c StGB genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Massnahme kann zusätzlich zu einer Strafe ausgesprochen werden (Art. 57 StGB).

In der Regel kennen Personen im Massnahmenvollzug den konkreten Termin ihrer Entlassung nicht,<sup>114</sup> da er namentlich vom Erfolg der therapeutischen Massnahme und von ihrem Gesundheitszustand abhängt. Zudem steigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einer Person im Straf- und Massnahmenvollzug kontinuierlich an.<sup>115</sup>

Die Freiheit wieder zu erlangen ist für die verwahrte Person an hohe Anforderungen geknüpft.<sup>116</sup> Dies ist nur möglich, wenn zu erwarten ist, dass sie sich in der Freiheit bewährt (Art. 64a Abs. 1 StGB) und die Voraussetzungen gemäss Art. 64b StGB erfüllt sind. Die Entlassung aus der lebenslangen Verwahrung ist strengsten Anforderungen unterworfen. So ist keine regelmässige Überprüfung der bedingten Entlassung möglich, sondern nur eine Prüfung, ob neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass der Täter so behandelt werden kann, dass er für die Öffentlichkeit keine Gefahr mehr darstellt (Art. 64c Abs. 1 StGB). Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die lebenslanglich verwahrten Straftäter eine sehr lange Zeit im Massnahmenvollzug verbringen werden, hat der Gesetzgeber folgendes bestimmt: «..., wenn der Täter infolge hohen Alters, schwerer Krankheit oder aus einem andern Grund für die Öffentlichkeit keine Gefahr mehr darstellt», kann er bedingt entlassen werden (Art. 64c Abs. 4 StGB i.V.m. Art. 64a StGB). Allerdings ist aus der Befragung der Kantone ersichtlich, dass diese Möglichkeiten und auch die Anwendung von abweichenden Vollzugsformen nach Art. 80 Abs. 1 lit. a StGB nur mit grösster Zurückhaltung in Betracht gezogen werden.

### 2.2.3.2 Suizidhilfe, Abgrenzung strafbares Verhalten

Die Suizidhilfe wirft nicht nur (straf-)rechtliche Fragen auf. Aufs engste mit der Suizidhilfe verbunden sind auch komplexe und vielschichtige ethische und philosophische Fragen. Alle Bereiche, insbesondere die strafrechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen sowie namentlich die möglichen Konsequenzen für die Ärztinnen und Ärzte sowie das Vollzugspersonal, sind von grosser praktischer Bedeutung.<sup>117</sup>

Nachfolgend wird in einem ersten Schritt zunächst allgemein die Rechtslage zur Suizidhilfe dargestellt, in einem zweiten Schritt wird die Frage geklärt, ob und wenn ja, welche Modifikationen sich im Straf- und Massnahmenvollzug ergeben.

<sup>114</sup> Es bestehen je nach Massnahme zeitliche Höchstgrenzen, vgl. z.B. Art. 59 Abs. 4 StGB.

<sup>115</sup> <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug/unterbringung-vollzugaufenthalt.html>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>116</sup> Zur Verwahrung in der Schweiz vgl. KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS.

<sup>117</sup> TAG, Sterbehilfe unter der Lupe, S. 49 ff.; ZIMMERMANN et al., S. 148, 150.

### 2.2.3.2.1 Strafrechtliche Verortung der Suizidhilfe

Die Suizidhilfe zeichnet sich holzschnittartig durch zwei Merkmale aus: Einerseits durch die tatherrschaftliche und freiverantwortliche Selbsttötung der suizidalen Person und andererseits durch die Hilfeleistung an der Selbsttötung durch eine Drittperson.<sup>118</sup>

Die Suizidhilfe ist nur dann strafbar, wenn seitens der unterstützenden Person selbstsüchtige Beweggründe vorliegen. Konkret erfasst Art. 115 StGB, d.h. die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord, zwei Tatvarianten: Zum einen die Verleitung zur Selbsttötung und zum anderen die Beihilfe zur Selbsttötung. Im Zusammenhang mit der Suizidhilfe ist vor allem die zweite Variante massgebend. Neben der tatherrschaftlich und eigenverantwortlich ausgeführten Selbsttötung verlangt das Gesetz einen kausalen Beitrag des Gehilfen.<sup>119</sup> Die Tatherrschaft muss bei der sterbewilligen, urteilsfähigen Person liegen. Sie allein bestimmt über die letzte, entscheidende Handlung und nimmt diese in Kenntnis der damit verbundenen Folgen selbst aktiv vor (z.B. die Einnahme eines tödlich wirkenden Präparates oder das Öffnen einer Infusion). Liegt die Tatherrschaft beim «Suizidhelfer», weil er über die Anwendung der todbringenden Handlung letztlich bestimmt, liegt keine Selbsttötung, sondern eine den Art. 111 ff. StGB unterstellte Fremdtötung vor.<sup>120</sup>

Der subjektive Tatbestand von Art. 115 StGB setzt mindestens Eventualvorsatz des Täters<sup>121</sup> voraus. Dieser erstreckt sich auf die tatherrschaftlich und eigenverantwortlich ausgeführte Suizidhandlung der urteilsfähigen, sterbewilligen Person und den eigenen Betrag hierbei. Zudem muss der Täter aus selbstsüchtigen Beweggründen handeln. Sie liegen vor, wenn der Täter mit der Tat einen persönlichen Vorteil (materieller oder ideeller Natur) verfolgt.<sup>122</sup>

Die Frage, ob Suizidbegleitungen durch Vereinigungen strafbar sind, wurde vom Bundesgericht entschieden. Die Suizidhelfer der Vereinigungen handeln straflos und nicht selbstsüchtig, wenn die Zahlungen der Suizidenten nur die administrativen Kosten und ihre Spesenentschädigungen decken.<sup>123</sup> Werden weitere Gebühren oder Kosten erhoben, besteht mindestens ein Anfangsverdacht, dass selbstsüchtige Beweggründe vorliegen.<sup>124</sup> Die bisherigen Bemühungen, die organisierte Suizidbeihilfe gesetzlich zu regeln, blieben ohne Erfolg.<sup>125</sup> Der Bundesrat sowie der National- und Ständerat sehen keinen Regelungsbedarf, der über den Umfang von Art. 115 StGB hinausgeht. Stattdessen wird der Fokus auf die Suizidprävention und auf den Ausbau der palliativen Massnahmen gerichtet.<sup>126</sup> Dies sind zum einen begrüssenswerte Ansätze, jedoch sind damit der Bereich der Suizidhilfe und die Anforderungen an die Suizidbegleitung nicht ausformuliert.

Lag die Herrschaft über die tödliche Handlung nicht beim Suizidenten selbst, sondern bei einer Drittperson, so liegt eine strafbare Fremdtötung vor (Art. 111 StGB ff.). Sie ist als Tötung bzw. direkte

<sup>118</sup> EICKER/FISCH, S. 591.

<sup>119</sup> Zu Gehilfenschaft vgl. Art. 25 StGB.

<sup>120</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 11; BGE 133 I 58, Erw. 6.3.4.

<sup>121</sup> Die Unterstützungshandlung wird in Art. 115 StGB zur Täterschaft erhoben.

<sup>122</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 13 und Rz 14; TRECHSEL/GETH, Art. 115, Rz 6; BGE 133 I 58, Erw. 6.3.4; BGE 136 II 415, Erw. 2.3.3.

<sup>123</sup> BGer 1B\_516/2011 vom 17. November 2011, Erw. 2.4.

<sup>124</sup> Urteil des Bezirksgerichts Uster GG 170037 vom 1. Juni 2018; SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 14.

<sup>125</sup> KOVACEVIC/BARTSCH, S. 3.

<sup>126</sup> <<https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/2012/mm-rk-n-2012-03-30.aspx>> (besucht am 25. Juli 2019).

aktive Sterbehilfe in der Schweiz unter Strafe gestellt.<sup>127</sup> Ebenfalls um eine strafbare, jedoch privilegierte Fremdtötung handelt es sich, wenn dieser ein eindringliches und ernsthaftes Verlangen der getöteten Person zu Grunde lag und zudem aus achtenswerten Beweggründen, wie z.B. Mitleid, getötet wurde (Art. 114 StGB).

Grundsätzlich straflos ist die indirekt-aktive Sterbehilfe,<sup>128</sup> z.B., wenn bei einem sich ankündigenden Sterbeprozess ein Medikament verabreicht wird, das Linderung verspricht, jedoch mit einer Verkürzung des Lebens als mögliche oder sichere Nebenfolge einhergehen kann.<sup>129</sup> Dieses Vorgehen wird als zulässig anerkannt, wobei die Grenze zwischen der dem Patienten dienenden (palliativen) Medizin und der strafbaren aktiven Tötung nicht immer einfach zu ziehen ist. Die Straflosigkeit beruht auf der normativen Überlegung, dass die Schutzbereiche der Delikte zum Schutz von Leib und Leben dieses Handeln nicht erfassen.<sup>130</sup> Auch die terminale Sedierung in der Sterbephase unterliegt diesem Bereich.<sup>131</sup> Wird sie mit wirksamer Einwilligung des Patienten resp. aufgrund einer wirksamen Patientenverfügung oder mit seinem mutmasslichen Willen vorgenommen, um seine Sterbephase zu erleichtern und Vernichtungsschmerzen, Atemnot und grosse Unruhe zu dämpfen oder zu vermeiden, handelt es sich zwar um ein aktives Tun, das zum vorzeitigen Tod des Patienten führen kann.<sup>132</sup> Sein Sinn ist aber nicht, das Leben zu beenden, sondern ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Grenze zu einem unerlaubten Verhalten fließend ist. Eine missbräuchliche Sedierung liegt z.B. vor, wenn die klinische Situation eine derart einschneidende Massnahme überhaupt nicht rechtfertigt.<sup>133</sup> Die SAMW hat sich in ihren im Mai 2018 vorgelegten, von der FMH jedoch nicht in das ärztliche Standesrecht übernommenen<sup>134</sup> medizinisch-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», unter Punkt 6.1.3. geäußert und zur Vermeidung einer Missbrauchsgefahr einzuhaltende Sorgfaltspflichten definiert. Das Ziel ist, dass die terminale Sedierung nur bei Sterbenden und unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit entsprechender Protokollierung eingesetzt und durchgeführt wird.

Die passive Hilfe zum Sterben ist durch Nichtaufnahme oder Einstellung einer lebenserhaltenden ärztlichen Behandlung gekennzeichnet. Sie ist, auch wenn dadurch der Sterbeprozess des Patienten beschleunigt wird, unter engen Voraussetzungen zulässig und damit nicht strafbar.<sup>135</sup> Die passive Sterbehilfe wird als ein Unterlassen<sup>136</sup> des Arztes oder Pflegepersonales gewertet, das den Eintritt des Todes des Patienten zur Folge hat. Zu den lebenserhaltenden Massnahmen, die eingestellt werden,

<sup>127</sup> Der Begriff der direkten aktiven Sterbehilfe wird in gewissen Ländern und Sprachen synonym mit dem Begriff der Euthanasie verwendet.

<sup>128</sup> Zum Ganzen vgl. ZIMMERMANN et al., S. 147 ff.

<sup>129</sup> JENAL, S. 102 ff.; zur Lebensverlängerung durch eine gute Schmerzkontrolle vgl. BORASIO, S. 67 ff., 155 ff.

<sup>130</sup> AEBI-MÜLLER et al., § 8 ,Rz 242 m.w.N.; zu weiteren Begründungsansätzen SCHWARZENEGGER, vor Art. 111, Rz. 62.

<sup>131</sup> Näher SCHUR et al., 2016.

<sup>132</sup> BOSSHARD et al., 2016; SCHMID et al., 2016.

<sup>133</sup> Näher z.B. CHERNY/RADBRUCH 2009; für Österreich vgl. Österreichische Leitlinie, 2017.

<sup>134</sup> BARNIKOL, S. 1392 ff.

<sup>135</sup> Bericht EJPD, Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?, Ziff. 4.2.1.; BGE 142 I 195, Erw. 3.

<sup>136</sup> Zur abweichenden Rechtslage in Deutschland, wonach die etwas willkürlich anmutende Unterscheidung zwischen Unterlassen und aktivem Tun im Bereich der Sterbehilfe aufgegeben wurde, vgl. BGH v. 25. 06.2010 2 StR 454/09 (NJW 2010 2963, S. 2967, Rz 33): «... Der Begriff der Sterbehilfe durch Behandlungsunterlassung, -begrenzung oder -abbruch setzt voraus, dass die betroffene Person lebensbedrohlich erkrankt ist und die betreffende Maßnahme medizinisch zur Erhaltung oder Verlängerung des Lebens geeignet ist. Nur in diesem engen Zusammenhang hat der Begriff der «Sterbehilfe» einen systematischen und strafrechtlich legitimierenden Sinn. Vorsätzliche lebensbeendende Handlungen, die außerhalb eines solchen Zusammenhangs mit einer medizinischen Behandlung einer Erkrankung vorgenommen werden, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung dagegen von vornherein nicht zugänglich...»

gehören insbesondere die künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, die künstliche Beatmung und die kardiopulmonale Reanimation etc.<sup>137</sup>

Rechtliche Probleme stellen sich, wenn der Patient zum Zeitpunkt, zu dem lebenserhaltende Massnahmen notwendig sind, endgültig nicht mehr urteils- und damit entscheidungsfähig ist. Soweit ein Inhaftierter in diese Situation kommt, ist die Frage, ob ihm passive Sterbehilfe geleistet werden darf, nach den allgemeinen Grundsätzen zu beantworten. Demnach haben bei urteilsunfähigen Personen, unter Vorbehalt der Beachtung des in einer allfälligen Patientenverfügung geäusserten Willens, deren gesetzliche resp. die von der betreffenden Person bestimmten Vertreter über die Anwendung bzw. Weiterführung lebensverlängernder Massnahmen zu befinden. Sie müssen sich hierbei an dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsfähigen Person ausrichten (Art. 378 Abs. 3 ZGB). In dringlichen Fällen ergreift der Arzt die medizinische Massnahme nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen des urteilsunfähigen Patienten (Art. 379 ZGB).

Ein spezielles Thema in diesem Bereich ist das sogenannte «Sterbefasten»<sup>138</sup>. Entschliesst sich der urteilsfähige Patient, keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich zu nehmen, um damit den Sterbeprozess einzuleiten, so ist diese Entscheidung extra muros von seinem Selbstbestimmungsrecht gedeckt. Ihn gegen seinen Willen zwangsweise zu ernähren oder mit Flüssigkeit zu versorgen ist unzulässig. Der Arzt ist jedoch verpflichtet, darüber aufzuklären, was das «Sterbefasten» für seinen körperlichen und gesundheitlichen Zustand bedeutet. Ist der Patient infolge seiner Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung urteilsunfähig geworden, ist für die Frage, ob eine ärztliche Intervention zu seiner Rettung erfolgen soll, auf eine allfällig vorhandene Patientenverfügung abzustellen. Fehlt eine solche oder ist sie nicht konkret genug, muss die gesetzliche Vertretung, unter Beachtung des mutmasslichen Willens des Patienten (Art. 378 Abs. 1 und 3 ZGB), entscheiden. Hat der Patient vor seiner Urteilsunfähigkeit und in Kenntnis der Folgen seiner Weigerung, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr unmissverständlich abgelehnt, so muss dies auch nun beachtet werden.

#### 2.2.3.2.2 Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug

Für den Bereich des Straf- und Massnahmenvollzuges könnte sich eine andere rechtliche Bewertung der dargelegten Überlegungen ergeben, je nachdem, wie das Selbstbestimmungsrecht des Inhaftierten und die staatliche Pflicht, die Strafe zu vollziehen, gewichtet werden.<sup>139</sup>

Gemäss Art. 1 StGB gilt der Grundsatz «Eine Strafe oder Massnahme darf nur wegen einer Tat verhängt werden, die das Gesetz ausdrücklich unter Strafe stellt». Stellt das Kernstrafrecht ein Verhalten nicht unter Strafe, kann es nicht durch eine analoge Anwendung zu Lasten des Täters ausgedehnt und sein Verhalten in den Bereich des Strafbaren gezogen werden.

<sup>137</sup> SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, Kommentar ad 3.2.

<sup>138</sup> Ausführlich dazu EYCHMÜLLER/AMSTAD, 2015; MENZEL, 2017; QUILL et al., 2017.

<sup>139</sup> Zum Hungerstreik im Strafvollzug vgl. BGer 6B\_599/2010, Arrêt du 26 août 2010; BGer 6B1022/2010 Arrêt du 7 décembre 2010; Rappaz contre la Suisse, EGMR du 26 mars 2013 (Nr. 73175/10); TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 26 ff.; KIND, S. 83 ff.; SALATHÉ, S. 65 ff.; GRAVIER et al., S. 1521 ff.; AMSTAD, S. 1 ff.; BRÄGGER, Zwangsernährung; für eine Zwangsernährung als ultima ratio MÜLLER/JENNI, S. 284 ff.



Die Straftatbestände zum Schutz des Lebens gelten gleichermaßen *intra muros* wie *extra muros*. Stellt das StGB den freiverantwortlichen Suizid resp. den Versuch hierzu nicht unter Strafe, gilt dies *intra* wie *extra muros*. Ebenso ist die Suizidhilfe, die nicht aus eigensüchtigen Beweggründen geleistet wird, *intra* wie *extra muros* straffrei.

Eine andere Betrachtung könnte sich jedoch unter zwei Aspekten ergeben: 1. Wenn dem Inhaftierten das Recht abgesprochen würde, im Straf- oder Massnahmenvollzug eine selbstbestimmte Entscheidung betreffend sein Lebensende zu fällen oder 2. wenn ihm zwar das Recht zur selbstbestimmten Entscheidung zugestanden wird, der getroffene Entscheid, aus dem Leben zu scheiden, aber von der Vollzugseinrichtung aufgrund der Vollzugsziele und ihrer Garantenstellung gegenüber dem Inhaftierten nicht respektiert werden kann resp. wird. Dies hätte zur Folge, dass die Vollzugseinrichtung Abwehrmassnahmen ergreift, um den Inhaftierten am Suizid zu hindern.

Würde dem Inhaftierten das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen im Vollzug abgesprochen, würde er keinen freiverantwortlichen Suizid begehen können mit der Konsequenz, dass eine Hilfeleistung dazu immer auch unter dem Aspekt der Fremdtötung gewürdigt werden müsste. Auch eine *intra muros* verfasste Patientenverfügung betreffend das so gestaltete Lebensende im Vollzug wäre nicht gültig. Eine solche These erweist sich jedoch als nicht haltbar.<sup>140</sup> Art. 74 StGB verdeutlicht, dass die Menschenwürde des Gefangenen resp. des Eingewiesenen zu achten ist und seine Rechte nur so weit beschränkt werden dürfen, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern. Art. 75 Abs. 1 StGB regelt den Angleichungsgrundsatz und verpflichtet die Vollzugsbehörde, den mit der Haft verbundenen schädlichen Nebenfolgen entgegenzuwirken. Diese Gewährleistungen unterstreichen, dass dem Inhaftierten im Straf- bzw. Massnahmenvollzug das Recht auf eine eigene persönliche Entscheidung und damit das Recht auf Selbstbestimmung auch in Bezug auf das Lebensende erhalten bleiben.<sup>141</sup> Art. 75 Abs. 3 StGB betont den Vollzugsplan und damit die Fürsorgepflicht der vollziehenden Institution, mit dem Inhaftierten den Strafvollzug zu besprechen und gemeinsame Ziele festzulegen.

Dieses Ergebnis wird durch etliche gesetzliche Regelungen bestätigt, so durch die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte und das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung und Strafe. Der in Art. 10 UNO Pakt II verbürgte Anspruch auf menschenwürdige Haftbedingungen ergänzt das Verbot der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung. Der Grundsatz, Inhaftierte «may not be subject to any hardship or constraint other than that resulting from the deprivation of liberty», bestätigt die in Art. 74 StGB normierten Vollzugsgrundsätze. Zudem hat das 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht die frühere Regelung von Art. 371 Abs. 1 ZGB nicht übernommen, wonach unter Vormundschaft jede mündige Person gehörte, die zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber verurteilt worden ist.

Damit bleibt die Frage zu beantworten, ob und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen, die Vollzugseinrichtung den selbstbestimmten Entscheid des Inhaftierten, aus dem Leben zu scheiden, respektieren muss.

<sup>140</sup> Vgl. bereits 2.2.2.2. des Gutachtens.

<sup>141</sup> BRÄGGER, Art. 75, Rz 9.

Ausgangspunkt der weiteren Überlegung ist Art. 74 StGB. Die Rechte der inhaftierten Personen dürfen nur soweit beschränkt werden, als dies der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Institution erfordern. Ein potenzielles Eingriffsinteresse kann darin gesehen werden, die vom Gericht verhängten Sanktionen durchzusetzen. Sowohl mit Blick auf die Strafzwecke als auch auf die Gleichbehandlung verurteilter Personen in Bezug auf die Durchsetzung der staatlichen Sanktionen spricht zunächst ein gewichtiges Interesse dafür, dass die Strafe vollzogen wird. Inhaftierte sollen sich weder durch ungerechtfertigte Hafterleichterungen, Haftunterbruch, auch nicht durch Selbsttötung der gegen sie verhängten Sanktion entziehen können, anderenfalls liefen die Vollzugsziele ins Leere. Diese Argumentation wird ergänzt durch die Pflicht des Staates, das Leben des unter seiner Fürsorge stehenden Inhaftierten zu schützen (Art. 10 Abs. 1 BV, Art. 2 Abs. 1 Satz 1 EMRK) und negativen Auswirkungen des Vollzuges entgegenzuwirken. Auch wenn dies im Falle der gewollten Suizidhilfe als aufgezwungene Fürsorge zum Weiterleben verstanden wird, hat sie eine grundsätzliche Berechtigung.

Die Situation wird noch komplexer, wenn man davon ausgeht, dass der Suizid – wenn auch unter Inanspruchnahme einer externem Suizidhilfeorganisation – in Räumlichkeiten der Vollzugseinrichtung erfolgen soll. Eine Konfrontation des Vollzugspersonals, ggf. auch der Mitgefangenen, mit dem Suizid resp. dessen Folgen ist kaum vermeidbar. Neben dem Unbehagen mit einer solchen belastenden Situation<sup>142</sup> kann dies auch mit der Gewissensfreiheit der Betroffenen (Art. 15 BV und Art. 9 EMRK), die bis zu einem bestimmten Grad auch in einem öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnis gilt,<sup>143</sup> kollidieren. Zugleich darf aber sowohl im Falle der Grundrechtskollision wie beim durch öffentliche Interessen gerechtfertigten Eingriff in Freiheitsrechte der Kerngehalt nicht angetastet werden (Art. 36 Abs. 4 BV). Um diese Gewährleistung in Bezug auf das Lebensende nicht leerlaufen zu lassen, muss die Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug zwar möglich, aber aufgrund der gewichtigen gegenläufigen Interessen und der Lebensschuttpflicht des Staates auf einen eng begrenzten Ausnahmebereich beschränkt bleiben.

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist

Ein solcher Ausnahmebereich liegt vor, wenn keine vorzeitige Haftentlassung in Betracht kommt, der Inhaftierte sich aus *medizinischer Sicht aufgrund einer infausten Prognose tatsächlich am biologischen Ende seines Lebens befindet*, die (Weiter-)Behandlung mit Palliativmedizin ablehnt und sich stattdessen für die Suizidhilfe entscheidet.<sup>144</sup> Denn in einer solchen Situation gibt es keine sachlichen Kriterien, die eine unterschiedliche Behandlung des selbstbestimmt gefassten Entschlusses des Betroffenen intra muros und extra muros<sup>145</sup> rechtfertigen würde. Dass der Inhaftierte über die Folgen seines Suizidwunsches unmissverständlich aufgeklärt sein muss und ihm jederzeit eine professionelle palliativmedizinische und menschliche Begleitung anzubieten und zu gewähren ist, sind Selbstverständlichkeiten. Ist der Inhaftierte in einem solchen eng definierten Ausnahmefall infolge der Einnahme des tödlichen Mittels urteilsunfähig geworden, ist für die weitere Betreuung auf seinen mutmasslichen Willen resp. seine gültige Patientenverfügung abzustellen. Das bedeutet, sein Entschluss zu sterben, ist weiterhin zu beachten. Es gibt keinen überzeugenden Sachgrund, der unter den genannten Vo-

<sup>142</sup> Vgl. z.B. die frühere Schweizer Aussenministerin Micheline Calmy-Rey im Interview 10 vor 10 am 16. Oktober 2010 zum Umgang mit Hungerstreik im Gefängnis: «Ein Gefängnis ist kein Ort zum Sterben».

<sup>143</sup> RIEMER-KAFKA/SHERIFOSKA, S. 307; ZÜRCHER, S. 319, Rz 151 ff.

<sup>144</sup> So auch ÜRWYLER/NOLL Rz 17.

<sup>145</sup> Vgl. SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 3.

raussetzungen im Strafvollzug etwas anderes gebieten würde als extra muros. Wird unter diesen Voraussetzungen die Suizidhilfe zugelassen, ist dabei auch die Situation zu regeln, wie vorgegangen wird, wenn die todbringende Handlung der betroffenen Person nicht unmittelbar zum Tode führt und sich Komplikationen während des Sterbeprozesses ergeben.

Zu diesem Bereich ist freilich ein Hinweis angebracht: Oftmals werden sich Personen mit diesem letalen Krankheitsstadium jedoch nicht mehr im Normalvollzug resp. in der normalen Verwahrung befinden. Im Sinne einer ultima ratio der Suizidhilfe im Vollzug müssen die Hafterstehungsfähigkeit geprüft oder andere abweichende Vollzugsformen, wie z.B. die Unterbringung in einem Hospiz, in Betracht gezogen werden.<sup>146</sup> Abweichende Vollzugsformen erlauben es von den geltenden bundesrechtlichen Vollzugsbedingungen abzuweichen (Art. 80 StGB). Art. 92 StGB erlaubt zudem den Unterbruch des Vollzugs von Strafen und Massnahmen «aus wichtigen Gründen».<sup>147</sup> Es handelt sich bei diesen Entscheiden stets um Einzelfallbetrachtungen, die voraussetzen, dass eine andere Vollzugsform erforderlich ist und im Interesse des Gefangenen liegt. Darüber hinaus muss der gesundheitliche Zustand eine Sonderbehandlung nötig machen. Diese ist dann gegeben, wenn die zur Verfügung stehende medizinische Einrichtung der Strafanstalt und die dort mögliche medizinische Betreuung den Bedürfnissen der erkrankten Person nicht gerecht werden kann und auch eine Verlegung in eine bewachte Spitalstation oder eine dortige palliative Versorgung nicht möglich ist. In dieser Konstellation ist der Gefangene nicht hafterstehungsfähig, wohl aber strafferstehungsfähig.<sup>148</sup> Auch wenn die Voraussetzungen für eine abweichende Vollzugsform gegeben sind, besteht keine Verpflichtung der zuständigen Behörde, eine entsprechende Anordnung vorzunehmen. Vielmehr ist sie dazu nach pflichtgemäsem Ermessen ermächtigt (Art. 80 Abs. 1 StGB). Eine Pflicht zur Anordnung abweichender Vollzugsformen kann allerdings dann angenommen werden, wenn dem Gefangenen anderenfalls ein kaum wiedergutzumachender gesundheitlicher Schaden droht. Mit der Anordnung anderer Vollzugsformen sind Überlegungen zur Sicherheit von Drittpersonen einzubeziehen und allenfalls sind die Gesundheitsinteressen der inhaftierten Person und die Sicherheitsinteressen von Dritten gegeneinander abzuwägen.<sup>149</sup>

Als weitere Möglichkeit wird diskutiert, dass der suizidwilligen Person Sachurlaub gewährt werden kann. Sachurlaub wird gewährt zur Besorgung von persönlichen, unaufschiebbaren, geschäftlichen oder rechtliche Angelegenheiten, welche die Anwesenheit der gefangenen Person ausserhalb der Institution verlangt.<sup>150</sup> Die Durchführung eines begleiteten Suizids ausserhalb der Institution kann als persönliche Angelegenheit verstanden werden. Unter Einbezug der nötigen Sicherheitsdispositionen ermöglicht der Sachurlaub die Suizidbegleitung in einer familiären Umgebung und der Einbezug von nahen Angehörigen. Inwiefern dies realisierbar ist, muss anhand des Einzelfalls beurteilt werden. Allerdings ist zu bedenken, dass die suizidwillige Person aus dem Sachurlaub nicht mehr zurückkehren wird und es sich daher im engeren Sinne nicht um einen Sachurlaub, der die Rückkehr voraussetzt, handelt. Auch die Unterbrechung des Vollzugs nach Art. 92 StGB zieht eine vergleichbare Prob-

<sup>146</sup> Vgl. auch Empfehlungen des Ministerkomitees R(98)7 Ziff. 51 (Gesundheitsversorgung in Vollzugsanstalten); Kommentar zu Ziff. 43 der Europäischen Strafvollzugsgrundsätze; KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 61.

<sup>147</sup> Dazu BGer 6B\_504/2013 vom 13. September 2013, Erw. 2.1.3 und 2.4.4.

<sup>148</sup> BAECHTOLD, Abweichende Vollzugsformen, S. 2; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 13 und 14.

<sup>149</sup> Antwort BR auf Anfrage 15.1073, Schwerkranke in schweizerischen Gefängnissen; BAECHTOLD, Abweichende Vollzugsformen, S. 3.

<sup>150</sup> Vgl. z.B. Ziff. 6.5 Hausordnung Untersuchungs- und Strafgefängnis Stans; § 74 Hausordnung Justizvollzugsanstalt Pöschwies.

lematik nach sich. Der Vollzug wird auf bestimmte oder unbestimmte Zeit sistiert und die betroffene Person wird in der Unterbrechungszeit vorläufig in Freiheit entlassen.<sup>151</sup>

Ob darüber hinaus Inhaftierten, die nicht aufgrund ihrer letalen Erkrankung vor dem nahen Lebensende stehen, Suizidhilfe geleistet werden darf und soll, wird kontrovers diskutiert.<sup>152</sup>

- SAMW-Richtlinie über den «Umgang mit Sterben und Tod», Fokussierung auf ein unerträgliches Leiden

So besteht die Ansicht, dass in Anlehnung an die von der FMH nicht in das Landesrecht übernommene SAMW-Richtlinie<sup>153</sup> über den «Umgang mit Sterben und Tod» vom 17. Mai 2018 eine Suizidhilfeorganisation von Inhaftierten in Anspruch genommen werden darf, wenn die Krankheitssymptome und / oder die Funktionseinschränkungen Ursache eines unerträgliches Leidens für die sterbewillige Person darstellen.<sup>154</sup>

Mit dieser neuen Formulierung ist die SAMW von ihrer bisherigen Richtlinie<sup>155</sup> abgewichen, die u.a. voraussetzte, dass die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigte, dass das Lebensende nahe ist. Diese Änderung wird damit erklärt, dass «es nicht der medizinisch objektivierbare Zustand [ist], der bei der Patientin zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliches Leiden. Dieses lässt sich nicht objektivieren, es kann aber im intersubjektiven Nachvollzug durch die behandelnde Ärztin plausibel gemacht werden. Um zu rechtfertigen, dass die Suizidhilfe überhaupt in den medizinischen Zuständigkeitsbereich fällt, müssen aber medizinisch fassbare Krankheitssymptome oder Funktionseinschränkungen vorliegen.»

Die neue auf das unerträgliches Leiden fokussierte Formulierung wurde von der FMH als zu weit erachtet und daher nicht in das ärztliche Landesrecht übernommen. Von Seiten der FMH wurde darauf verwiesen, dass die neue Formulierung keine objektivierbaren, vergleichbaren und messbaren Kriterien mehr enthält und zudem auch bei grundsätzlich behandelbaren physischen und psychischen Leiden Sterbehilfe möglich sei.<sup>156</sup> Darüber hinaus verlangt die SAMW-Richtlinie bezüglich dem Erfordernis des «unerträgliches Leidens» nur das Vorhandensein bestimmter Krankheitssymptome oder Funktionseinschränkungen. Das bedeutet, dass danach Suizidhilfe auch bei körperlichen Behinderungen, chronischen und auch heilbaren Krankheiten möglich ist, ohne dass eine bestimmte Diagnose oder Prognose gestellt werden muss. Ein Arzt wäre deshalb befugt, bei einem nur leicht erkrankten Patienten mit Funktionseinschränkungen oder Krankheitssymptomen Suizidhilfe zu leisten, sofern der Patient geltend macht, dass er unter diesen unerträglich leidet.<sup>157</sup> Dass die Unerträglichkeit

<sup>151</sup> BAECHTOLD, Unterbrechung des Vollzugs, S. 464 f.

<sup>152</sup> URWYLER/NOLL, Rz 19 ff.; BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 11 ff. In der durchgeführten Befragung wurde darauf hingewiesen, dass es sich um ein schwieriges Thema handle, das innerhalb wie auch ausserhalb des Justizkontextes kontrovers diskutiert würde. Siehe Anhang, z.B. Frage 18. Ebenfalls wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass es schwierig sei, herauszufinden, welche Absichten sich hinter dem Suizidwunsch befinden. Siehe Anhang, z.B. Frage 17.

<sup>153</sup> Zur Bedeutung der SAMW-Richtlinien als Expertise einer privatrechtlichen Expertenorganisation vgl. TAG, Gefängnismedizin, S. 468 ff.; TAG, Intramurale Medizin, 26 ff.; AEBI-MÜLLER et. al., § 1, Rz 55 ff.

<sup>154</sup> Schweizerisches Kompetenzzentrum, Der assistierte Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug, Grundlagenpapier, Juli 2019, 3.b.

<sup>155</sup> Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende aus dem Jahr 2013. Zu den Richtlinien im Einzelnen vgl. 2.7.1.3.

<sup>156</sup> Vgl. Sendung Puls vom 22. Oktober.2018 <<https://www.srf.ch/sendungen/puls/aerztestreit-ums-unertraegliche-leiden>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>157</sup> Näher BARNIKOL, S. 1392, 1396.

des Leidens «im intersubjektiven Nachvollzug durch die behandelnde Ärztin plausibel gemacht werden» ist zudem eine Vorgabe, die schwierig zu erfüllen ist. Ob jemand sein Leiden als erträglich empfindet, hängt von vielen, nur schwer fass- und messbaren Faktoren ab. Würde man Suizidhilfe intra muros an die weite Formulierung der 2018 verabschiedeten Richtlinie und damit das «unerträgliche Leiden» anknüpfen, hätte das je nach Fallkonstellation einen sehr weiten Anwendungsbereich zur Folge, was in dieser Allgemeinheit mit den Vollzugszielen nicht mehr in Einklang steht und daher abzulehnen ist.

- Unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung

Zudem wird für den Fall der unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung<sup>158</sup> die Zulässigkeit der Suizidhilfe in bejahendem Sinne diskutiert. Hierbei wird auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts<sup>159</sup> für die extra muros<sup>160</sup> durchgeführte Suizidhilfe verwiesen, wonach auch «eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ähnlich wie eine somatische ein Leiden begründen kann, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt».

Ob die Gleichbehandlung dieser Fallgruppe intra und extra muros aufgrund des Äquivalenzprinzips gerechtfertigt ist, muss kritisch betrachtet und kann nicht unbesehen auf den Straf- und Massnahmenvollzug übertragen werden.

Bei der Beurteilung von besonderen haftpsychologischen Krisenlagen sind mehrere Situationen zu unterscheiden. Zunächst stellt sich die Frage, ob Inhaftierte mit einer unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung überhaupt hafterstehungsfähig sind.<sup>161</sup> Geraten sie in Haft in eine schwere akute Krise, gilt es, die betroffene Person in eine geeignete Einrichtung einzuweisen und zu behandeln. In der Regel wird in einer solchen Situation die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person in Frage stehen. Bei leichteren Krisenerscheinungen, in denen die Urteilsfähigkeit noch gegeben ist, verlangt der Fürsorgegedanke, dafür Sorge zu tragen, dass unter ihrem Einfluss keine Entscheidungen mit irreversiblen, über die Haft hinausreichenden Folgen getroffen werden, die den Inhaftierten später reuen (würden).

Besteht hingegen dauerhaft die schwere psychische Beeinträchtigung, die dem betroffenen Patienten sein Leben im Vollzug auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt, besteht ein grosses Spannungsverhältnis, namentlich in Bezug auf die Feststellung der Urteilsfähigkeit<sup>162</sup> und die Schutzpflicht des Staates.

Aus dem Betreuungsprinzip der Vollzugsinstitution folgt eine besondere Fürsorgepflicht des Staates gegenüber den eingewiesenen Personen, deren Handlungsfähigkeit durch den Freiheitsentzug eingeschränkt ist.<sup>163</sup> Sie gewinnt bei Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen ein besonderes Gewicht. Aufgrund haftpsychologischer Einflüsse<sup>164</sup> auf die Entscheidungskriterien inhaftierter

<sup>158</sup> URWYLER/NOLL, Rz 17.

<sup>159</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.3.5.

<sup>160</sup> Vgl. SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 6.

<sup>161</sup> Näher BURZ, S. 146 ff.

<sup>162</sup> Vgl. Kapitel 2.7.1.

<sup>163</sup> Dazu KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 56.

<sup>164</sup> Zur Notwenigkeit, diesen Bereich durch methodisch fundierte, umfassende Studien besser auszuleuchten vgl. 2.5 des Gutachtens.

Personen muss der Staat dafür Sorge tragen, dass aus der psychologischen Anpassung an das Leben im Straf- und Massnahmenvollzug keine Entscheidungen hervorgehen, die nachteilige Folgen haben, die der Inhaftierte bei einer Entscheidung in Freiheit nicht in Kauf genommen hätte. Zusammengefasst bedeutet dies, dass bei schädigenden Handlungen inhaftierter Personen, deren Folgen über ihr Leben im Vollzug hinausreichen, nicht nur den Inhaftierten, sondern auch den Staat eine Verantwortung für die Konsequenzen einer solchen Entscheidung trifft. Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass nicht alle psychischen Beeinträchtigungen Inhaftierter erst im Strafvollzug entstehen, ist doch festzuhalten, dass durch den Vollzug Rahmenbedingungen gesetzt werden, die vorhandene psychische Beeinträchtigungen vertiefen oder neue entstehen lassen können. Beispiele hierfür sind schwere Depressionen im Zusammenhang mit Haftmüdigkeit oder der schwindenden Hoffnung auf Entlassung im Rahmen der lebenslangen Verwahrung. Aus ihnen können selbstschädigende Handlungen Inhaftierter hervorgehen. Liese man sie ungehindert zu, so würde die Vollzugsinstitution in Kauf nehmen, dass der Freiheitsentzug zur Mitursache einer Schädigung wird, die als solche keine positive Auswirkung auf das künftige Leben des Gefangenen hat.

Da der Staat die vollzugsbedingten Rahmenbedingungen schafft und beherrscht, kann es nicht überzeugen, wenn man ihn verpflichten würde, zuzusehen, wie aus ihnen absehbare Schäden bei den Inhaftierten – bis hin zu Suiziden – entstehen. Er hat vielmehr «schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken», sog. Gegensteuerungsgrundsatz (Art. 75 Abs. 1 Satz 2 StGB). Dem kommt er nach, wenn er die Risiken von Handlungen Inhaftierter, deren Folgen über das Leben im Vollzug hinausreichen, in unvermeidbaren Fällen verhindert. Selbstverständlich ist diese Aufgabe eine Gradwanderung mit Blick auf die Grundrechte des Inhaftierten und bedarf einer sorgfältigen Abwägung der involvierten Rechte und Interessen. Aus der grundrechtlichen Position des Inhaftierten ergibt sich aber kein Anspruch gegen die Vollzugseinrichtung, die Voraussetzungen zu schaffen, die nötig sind, um die von ihm erstrebte Selbstschädigung zu realisieren. Hat der Staat insoweit ein Ermessen, so ist der Fürsorgepflicht im Rahmen der Ermessensentscheidung Rechnung zu tragen.

Besteht die Möglichkeit, wieder in Freiheit leben zu können, was auch bei einer unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung, aber auch bei schwerer Haftmüdigkeit – anders als bei einer weit fort geschrittenen terminalen Erkrankung – grundsätzlich der Fall ist, ist auf dieses Ziel hinzuwirken, selbst wenn es Jahre dauern kann. Die Vollzugsanstalten sind auch bei den zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilten Gefangenen sowie verwahrten Personen<sup>165</sup> verpflichtet, auf deren Resozialisierung hinzuwirken und negativen Auswirkungen des Freiheitsentzugs und damit auch Persönlichkeitsveränderungen entgegenzuwirken. Hierzu kennt der Vollzug verschiedene Möglichkeiten, um im Rahmen des Möglichen und Vertretbaren auf die Situation des Inhaftierten einzugehen. Dass der Straf- und Massnahmenvollzug in der Schweiz ein auf den Inhaftierten ausgerichteter Behandlungsvollzug ist, zeigt sich in vielen Bereichen, u.a. auch an der Vollzugsplanung, die auf den Inhaftierten abgestimmt sein muss. Es ist Aufgabe des Staates, im Rahmen des Zumutbaren die geeigneten Massnahmen zu treffen, um beim Inhaftierten und idealerweise mit ihm zusammen, dieses Vollzugsziel zu erreichen. Es liegt soweit möglich auch in der Verantwortung der Inhaftierten, an der Erreichung, namentlich der Wiedereingliederung, mitzuarbeiten. Zwar kann der Inhaftierte die Mitwirkung, z.B. an Massnahmen der Resozialisierung, verweigern, selbst wenn dies für ihn Nachteile im Vollzug mit sich bringt. Dies bedeutet aber nicht, dass er sich dem Leben im Vollzug insgesamt verweigern und als Ausweg Suizidhilfe in Anspruch nehmen kann. Denn sie beendet das Leben und

<sup>165</sup> Dazu KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 40.

damit auch den Vollzug endgültig, während die Ablehnung, an Massnahmen der Resozialisierung teilzunehmen, in der Regel temporär und damit reversibel ist. Ist der Vollzug der Strafe resp. die Verwahrung wegen fortdauernder Gefährlichkeit des Inhaftierten notwendig und verbietet sich aus diesem Grunde eine Wiedererlangung der Freiheit, kann grundsätzlich nichts anderes gelten.

### 2.2.3.3 Nötigung und Erpressung

Die Äusserung des Wunsches zu sterben, namentlich, wenn einer vorhergehenden Forderung nach Vollzugslockerungen nicht entsprochen wurde,<sup>166</sup> kann aus der Sicht der Gesellschaft auch als Nötigung (Art. 181 StGB) oder Erpressung (Art. 156 StGB) wahrgenommen werden. Eine Erpressung wird jedoch sehr selten vorliegen, da der Tatbestand auf eine unrechtmässige Bereicherung abzielt. Der Nötigungstatbestand hingegen kann im Einzelfall in Betracht kommen. Er lautet wie folgt:

«Wer jemanden durch Gewalt oder Androhung ernstlicher Nachteile oder durch andere Beschränkung seiner Handlungsfreiheit nötigt, etwas zu tun, zu unterlassen oder zu dulden, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.» Weitere Voraussetzung ist, dass der mit der Nötigung verfolgte Zweck oder das zu seiner Erreichung verwendete Mittel rechtswidrig ist oder gegen die guten Sitten verstösst.<sup>167</sup> Vollendet ist die Nötigung, wenn sich das Opfer, zumindest teilweise, nach dem Willen des Täters verhält.<sup>168</sup>

Das Nötigungsmittel, nämlich die mögliche Androhung des Inhaftierten, die eigene Gesundheit zu schädigen verbunden mit dem späteren Eintreten des Todes, bedeutet für die Leitung der Anstalt die Androhung ernstlicher Nachteile. Dabei fällt zwar der Nachteil zunächst dem Inhaftierten zu.<sup>169</sup> Die Anstaltsleitung kann jedoch die staatliche Fürsorge, zu welcher sie verpflichtet ist, nicht mehr oder nur durch Einsatz von Zwang gewährleisten. Diese Zwangslage kann durch die angedrohte Selbstschädigung noch verschärft werden, namentlich, wenn damit ein erhöhter Druck durch Einbezug der Öffentlichkeit erfolgen soll.

Die Feststellung, welche Absichten die inhaftierte Person leiten mögen, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, ist nicht immer einfach. Im Rahmen des Hungerstreiks im Strafvollzug wird allerdings angenommen, dass mit ihm nicht in erster Linie Todesabsichten verfolgt werden, sondern eine Verbesserung der Haftbedingungen.<sup>170</sup> Der Wunsch nach Suizidhilfe hingegen kann auf unterschiedlichen Motivlagen beruhen, so z.B., dass einer infausten Krankheit ein Ende gesetzt werden soll oder dass der Betreffende keinen Sinn in einem Leben in Unfreiheit sieht.<sup>171</sup>

Um zu verhindern, dass Lebenssatttheit resp. Haftmüdigkeit dazu führt, durch Suizid dem eigenen Leben im Vollzug ein Ende zu setzen, ist es Aufgabe des Staates, im Rahmen der Beachtung der Vollzugsziele und des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit, Hilfe anzubieten, wie z.B. die Unterbrin-

<sup>166</sup> TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 26, 41 m.w.H.

<sup>167</sup> BGE 96 IV 58, S. 60; BGE 101 IV 298 S. 301.

<sup>168</sup> BGE 96 IV 58, S. 62 f.; BGE 106 IV 125 S. 129.

<sup>169</sup> DELNON/RÜDY, Art. 181, Rz 25.

<sup>170</sup> Zur kontroversen Diskussion vgl. TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 33 f.; Siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang.

<sup>171</sup> Siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Frage 17.

gung in einer geeigneten Abteilung mit entsprechender psychiatrischer oder psychologischer Unterstützung. Die Sterbehilfe ist hierzu namentlich mit Blick auf die Fürsorgepflicht des Staates und das Gesamtgefüge des Strafvollzuges jedoch nicht der geeignete Weg.<sup>172</sup>

### 2.2.4 Patientenverfügungen, Vorsorgevollmacht

Jede urteilsfähige Person kann – auch im Straf- oder Massnahmenvollzug – eine Patientenverfügung verfassen und festlegen, welche medizinischen Massnahmen im Fall der Urteilsunfähigkeit angewendet oder unterlassen werden sollen (Art. 370 Abs. 1 ZGB). Die urteilsfähige Person kann auch eine Person bestimmen, die im Falle der Urteilsunfähigkeit in Absprache mit dem behandelnden Arzt oder mit der behandelnden Ärztin im Namen der betroffenen Person entscheiden soll (Art. 370 Abs. 2 ZGB). Von dieser Möglichkeit machen denn auch etliche inhaftierte Personen Gebrauch<sup>173</sup> und bestimmen, welche medizinischen Massnahmen bei Urteilsunfähigkeit durchgeführt werden sollen. Die Verfügung ist bindend, es sei denn, sie verstösst gegen gesetzliche Vorschriften oder dass sich der Wille des Insassen in der nachfolgenden Zeit verändert hat.<sup>174</sup> Aus der Befragung der Kantone ist ersichtlich, dass im Zusammenhang mit dem Hungerstreik verschiedene Kantone Bezug auf die Patientenverfügung nehmen.<sup>175</sup>

Im Hinblick auf die Suizidhilfe im Freiheitsentzug stellt sich die Problematik der Anwendbarkeit der Patientenverfügung im gleichen Masse wie ausserhalb. Die Person muss urteilsunfähig sein, damit die im Zustand der Urteilsfähigkeit erstellte, gültige Patientenverfügung ihre Wirkung entfaltet. Liegt Urteilsunfähigkeit vor, dann kann die Suizidhilfe, auch wenn sie in der Patientenverfügung festgehalten ist, nicht mehr in Anspruch genommen werden. Denn beim letzten Akt, z.B. der Einnahme eines todbringenden Präparates, muss die betroffene Person urteilsfähig und sich der Konsequenzen ihres Tuns vollumfänglich bewusst sein.<sup>176</sup> Dreh- und Angelpunkt ist demnach die Urteilsfähigkeit, die bei der finalen Handlung und im Entscheidungsprozess zur Inanspruchnahme der Suizidhilfe vollumfänglich vorliegen muss. Die inhaftierte Person hat in der Patientenverfügung aber z.B. die Möglichkeit, den Wunsch zu äussern, ob sie bei irreversiblen tödlichem Krankheitsverlauf passive Sterbehilfe wünscht oder wo sie ihr Lebensende im Rahmen der Institution verbringen möchte. D.h. es kann der Wunsch nach dem Sterbeort innerhalb der gesicherten Anstalt, einer gesicherten äusseren Räumlichkeit, geäussert werden,<sup>177</sup> ob ihm entsprochen werden kann, wird massgebend durch die betrieblichen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung bedingt.

<sup>172</sup> Vgl. z.B. der Fall in Belgien, wo die Suizidhilfe abgelehnt wurde <<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-in-belgien-sexualstraftaeter-van-den-bleeken-stirbt-nicht-a-1011575.html>> (besucht am 25. Juli 2019), wenngleich jeder Fall einzeln anhand der konkreten Umstände zu würdigen ist.

<sup>173</sup> GRABER, S. 16 f.; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Frage 6.

<sup>174</sup> WYSS, Art. 370, Rz 3.

<sup>175</sup> Z.B. Kanton Neuchâtel, Art. 95 Abs. 4 LPMPA; Kanton Bern, Art. 61 Abs. 2 SMVG; Kanton Zug, § 6 Abs. 3 JVV, Kanton Graubünden, Art. 27 Ziff. 2 JVG; Kanton Luzern, Art. § 39 Ziff. 2 JVG; Kanton Obwalden Art. 20d lit. g Ziff. 2 Strafvollzugsverordnung; Kanton Solothurn § 27 Ziff. 2 JUVG; Kanton Glarus, Art. 47 Ziff. 2 Gesetz über das Gesundheitswesen; Kanton Wallis, Art. 49 Ziff. 3 Verordnung über die Rechte und Pflichten von inhaftierten Personen.

<sup>176</sup> AEBI-MÜLLER et al., § 5, Rz 123; TAG, Lebensende, S. 50; ZIMMERMANN et al., S. 140.

<sup>177</sup> Siehe Kapitel 2.12.



### 2.2.5 SAMW-Richtlinien

Etliche, aber nicht alle SAMW-Richtlinien sind in das ärztliche Standesrecht übernommen worden und damit für die der FMH angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte bindend. Die SAMW Richtlinie «Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten bei inhaftierten Personen»<sup>178</sup> enthält keine speziellen Regelungen zur Suizidhilfe im Vollzug. Allerdings sind Ausführungen zur Urteilsfähigkeit und zur Suizidhilfe in den Richtlinien «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis»<sup>179</sup>, «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende»<sup>180</sup> und «Umgang mit Sterben und Tod»<sup>181</sup> zu finden. Zudem hat die SAMW Richtlinien zu «Zwangsmassnahmen in der Medizin»<sup>182</sup> und zu «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»<sup>183</sup> erlassen.

### 2.3 Ausserkantonale Einweisungen und Anstaltssitz

*Welches Recht ist anwendbar bei ausserkantonalen Einweisungen und / oder wenn der die Anstalt betreibende Kanton abweicht vom Kanton des Anstaltssitzes (Beispiel: Interkantonale Strafanstalt Bostadel)?*

Das Strafgesetzbuch sieht zwei Möglichkeiten vor, wie die interkantonale Zusammenarbeit ausgestaltet werden kann: Es ist möglich über gemeinsame Errichtung und Betrieb von Anstalten und Einrichtungen Vereinbarungen zu treffen oder das Mitbenutzungsrecht an Anstalten oder Einrichtungen anderer Kantone zu sichern (Art. 378 Abs. 1 StGB). Über die Betreuungs- und Behandlungsangebote der Einrichtungen wird laufend informiert und die Angebote werden bei der Zuteilung der inhaftierten Personen berücksichtigt (Art. 378 Abs. 2 StGB). Eine gemeinsame Errichtung und den gemeinsamen Betrieb haben die Kantone Basel-Stadt und Zug realisiert. Die interkantonale Strafanstalt Bostadel<sup>184</sup> in Menzingen wird gemeinsam betrieben. Dem Kanton Uri stehen in Stans (Nidwalden) einige Zellen zur Durchführung der Untersuchungshaft und kurzer Freiheitsstrafen zur Verfügung.<sup>185</sup> Darüber hinaus werden Mitbenutzungsrechte in den drei Konkordaten geregelt.

Die Konkordate bestimmen, dass der einweisende Kanton die geeignete Vollzugseinrichtung bestimmt, die Planung des Vollzugs koordiniert und über Vollzugsöffnungen entscheidet (Art. 10 lit. a-c Ostschweizerkonkordat; Art. 14 und 16 Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz; Art. 17 Konkordat der lateinischen Schweiz). Eine Versetzung kann durch die Leitung der Vollzugseinrichtung (z.B. Art. 12 Ostschweizerkonkordat; Art. 16 Abs. 4 Konkordat der lateinischen Schweiz) und/ oder auf Antrag der Vollzugsbehörde veranlasst werden (Art. 14 Abs. 2 Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz). Bei hoher Dringlichkeit kann die Vollzugseinrichtung die Versetzung selbst vornehmen. Die Vollzugsbehörde ist hierüber umgehend zu informieren (Art. 14 Abs. 2

<sup>178</sup> Von der FMH übernommen, vgl. Anhang 1 der Standesordnung.

<sup>179</sup> Von der FMH (noch) nicht übernommen, vgl. Anhang 1 der Standesordnung.

<sup>180</sup> Diese SAMW-Richtlinie von 2012 ist gemäss Beschluss der Ärztekammer vom 23. April 2013 Bestandteil der FMH-Standesordnung und bleibt bis auf weiteres deren Bestandteil, auch wenn die Richtlinie im Juni 2018 von der SAMW zurückgezogen und durch die Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod» vom 17. Mai 2018 ersetzt wurde.

<sup>181</sup> Diese Richtlinie ist nicht Teil der ärztlichen Standesordnung.

<sup>182</sup> Von der FMH übernommen, vgl. Anhang 1 der Standesordnung.

<sup>183</sup> Von der FMH übernommen, vgl. Anhang 1 der Standesordnung.

<sup>184</sup> <<https://www.zg.ch/behoerden/weitere-organisationen/strafanstalt-bostadel/strafanstalt-bostadel>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>185</sup> <<https://www.ur.ch/dienstleistungen/3708>> (besucht am 25. Juli 2019).

Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz). Der Vollzug bestimmt sich nach den Vorschriften der einzelnen Vollzugseinrichtungen (Art. 9 Ostschweizerkonkordat; Art. 15 Abs. 2 Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz).

Der Vollzugseinrichtung obliegt die Pflicht, die zugewiesene Person im Rahmen der vorhandenen Kapazität aufzunehmen und auf Anordnung des einweisenden Kantons wieder zu entlassen (Art. 10 lit. b Ostschweizerkonkordat; Art. 15 Abs. 1 Konkordat der lateinischen Schweiz; Art. 15 Abs. 1 Strafvollzugskonkordat der Nordwest- und Innerschweiz).

Es wird deutlich, dass die Einweisungsbehörde bzw. der Urteilskanton in der gesamten Vollzugszeit für die Vollzugsplanung und für die wichtigen und massgebenden Entscheidungen in der gesamten Vollzugszeit verantwortlich ist, soweit keine Delegation der Vollzugskompetenz an die Vollzugseinrichtung stattgefunden hat. Äussert eine inhaftierte Person den ernsthaften Wunsch, Suizidhilfe in Anspruch nehmen, könnte dies zu drei Konstellationen führen:

1. Die einweisende Behörde bewilligt die Suizidhilfe und führt die inhaftierte Person zur Durchführung der Suizidhilfe in ihren Kanton zurück. Die Suizidhilfe geschieht in diesem Kanton gemäss den dort herrschenden rechtlichen Vorgaben.
2. Die einweisende Behörde bewilligt die Suizidhilfe und die inhaftierte Person kann die Suizidhilfe im Kanton des Anstaltssitzes durchführen lassen (sofern der Anstaltskanton die Suizidhilfe zulassen würde). Die einweisende Behörde müsste den Anstaltskanton ersuchen, dass die am Anstaltssitz geltenden rechtlichen Vorschriften angewendet werden.
3. Die einweisende Behörde bewilligt die Suizidhilfe nicht und die inhaftierte Person kann keine Suizidhilfe in Anspruch nehmen (auch wenn der Kanton des Anstaltssitzes sie zulassen würde).

Aufgrund der Bedeutung der Entscheidung, ob Suizidhilfe zugelassen wird oder nicht, ist die einweisende Behörde des jeweiligen Kantons die Entscheidungsträgerin und muss dementsprechend gemäss ihrem Recht in der Sache entscheiden. Allerdings kann sie die Vollzugsanstalt nicht verpflichten, gemäss ihrem Entscheid zu handeln, z.B., wenn die kantonalen Regelungen des Anstaltssitzes von denen der einweisenden Behörde abweichen. Hier muss eine einvernehmliche Regelung getroffen werden resp. der Inhaftierte muss wieder in den Einweisungskanton zurückgeführt werden.

## 2.4 Eingang eines Gesuchs und Einlass Sterbehilfeorganisation

*Wie beurteilen Sie die Zuständigkeiten und die Entscheid-Kompetenzen der Einweisungsbehörde, der Vollzugsinstitution und des Anstaltsarztes<sup>186</sup> bei Eingang eines Gesuchs um Sterbehilfe sowie beim Entscheid darüber, ob der Sterbehilfeorganisation Einlass in die Institution zu gewähren ist? Wie ist mit Meinungsverschiedenheiten der einzelnen Stellen zu verfahren?*

### 2.4.1 Zuständigkeit und Entscheid-Kompetenz der Einweisungsbehörde, der Vollzugsinstitution und des Anstaltsarztes

Aus den Bestimmungen der Konkordate und ihren Richtlinien sowie aus den bundesrechtlichen Bestimmungen ist ersichtlich, dass entweder die Einweisungsbehörde oder die kantonale Vollzugsbehörde für die Koordination, Planung und für wichtige Entscheidungen, z.B. bzgl. bedingter Entlassung aus dem Vollzug oder Vollzugslockerungen, zuständig sind.<sup>187</sup>

In einigen Kantonen<sup>188</sup> ist ein Vollzugsgericht für die Beurteilung der Vollzugsentscheidungen zuständig. Art. 10 Abs. 1 lit. a-l Legge sull'esecuzione delle pene e delle misure per gli adulti (LEPM) hält fest, dass der Richter oder die Richterin Vollzugsentscheide u.a. über die Unterbrechung des Vollzugs entscheidet (Art. 92 StGB) und auch die Beurteilung der Nichtbewährung gemäss Art. 46 StGB vornimmt (Art. 18). Des Weiteren kennt der Kanton Waadt in Art 26 Abs. 1 lit. a-e Loi sur l'exécution des condamnations pénales (LEP) die richterliche Kompetenz über Bewährungsentscheide zu befinden. Diese Kompetenzen und Befugnisse, die zahlreiche und wichtige Vollzugsentscheidungen betreffen, lassen darauf schliessen, dass in den Kantonen, die ein Vollzugsgericht vorsehen, auch der Entscheid über die Zulassung der Suizidhilfe konsequenterweise gerichtlich beurteilt werden müsste. Inwieweit diese Vorgehensweise sachgerecht wäre oder ob die Beurteilung und Entscheidung an ein anderes Fachgremium übergeben werden könnten, müsste im Rahmen einer jeweiligen kantonalen Abklärung erfolgen.

Als Planungsinstrument bezeichnet, führt der Vollzugsplan durch die Zeit des Strafvollzugs bzw. durch den Massnahmenvollzug (Art. 75 Abs. 3 und Art. 90 Abs. 2 StGB). Dazu werden die massgebenden Eckpunkte des Inhaftierten, wie Lebensverhältnisse oder der Gesundheitszustand, erfasst. In diesem Rahmen müssen ebenfalls gesundheitliche Aspekte diskutiert werden, hierzu gehören auch Fragen zum Lebensende.<sup>189</sup> Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn eine Krankheit vorhanden ist, die während des Vollzuges zum Tod führen könnte oder es sich um ältere inhaftierte Personen handelt. Fragen zum Sterben und zum Tod sollten eine eigene Thematik der Vollzugsplanung darstellen. Eine derartige Auseinandersetzung zeigt einen transparenten und bewussten Umgang mit dem Thema «Tod» im Vollzug und hilft, Unsicherheiten zu minimieren.<sup>190</sup> Der ernsthafte Wunsch, mit Hilfe einer Suizidhilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden, ist als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Betroffenen in der Vollzugsplanung zu vermerken.

<sup>186</sup> In den nachfolgenden Ausführungen werden die Begriffe «Gefängnisarztes/Gefängnisärztin» und «Anstaltsärztin/Anstaltsarzt» als Synonyme verwendet.

<sup>187</sup> Z.B. Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich.

<sup>188</sup> Kantone der Westschweiz und der Kanton Tessin.

<sup>189</sup> GRABER, S. 16 f.

<sup>190</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 59.

Das eidgenössische Recht kennt zudem verschiedene Meldepflichten für Ärztinnen und Ärzte.<sup>191</sup> Auch die Kantone sehen Anzeigepflichten des Arztes vor (z.B. beim aussergewöhnlichen Todesfall, § 15 Abs. 3 lit. a GesG des Kantons Zürich). Neben den Meldepflichten existieren auch schlichte Melde-rechte. Erlangt die Ärztin oder Arzt vom Wunsch auf Suizidhilfe der inhaftierten Person Kenntnis, stellt sich die Frage, ob sie hierüber die vorgesetzte Stelle informieren muss. Grundsätzlich gilt auch im Vollzugsdreieck die ärztliche Schweigepflicht,<sup>192</sup> wenn die inhaftierte Person dem Arzt ihren Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, anvertraut oder er sonst im Rahmen der Behandlung hiervon Kenntnis erlangt. Ist die betroffene Person nicht akut suizidal, so besteht für den Arzt oder die Ärztin grundsätzlich<sup>193</sup> keine Verpflichtung den Suizidwunsch ungeachtet des Arztgeheimnisses weiterzu-leiten. Eine Mitteilung soll in Absprache mit der betroffenen gefangenen Person erfolgen.

Unabhängig davon, welchen Hintergrund der konkrete Wunsch auf Suizidhilfe hat, ist ein entspre-chendes Gesuch der suizidwilligen Person an die zuständige einweisende Behörde zu richten. Erlangt die Anstaltsleitung, die psychologisch betreuende Person oder der Anstaltsarzt Kenntnis des Vorha-bens, ist ungeachtet der grundsätzlich auch im Vollzug geltenden ärztlichen Schweigepflicht<sup>194</sup> die Anstaltsleitung zu informieren, wobei diese die einweisende Behörde informiert. Mitarbeitende der Anstalt oder der Anstaltsarzt sind passive Ansprechpartner, nehmen jedoch keine aktive beratende Rolle ein, sondern übermitteln das Gesuch an die zuständigen Stellen. Darüber hinaus sollte der Voll-zugsinstitution und dem Anstaltsarzt<sup>195</sup> keine weitere massgebende Rolle zukommen. Denn der Wunsch und damit das Gesuch zur Suizidhilfe sollen nicht zu einem eigentlichen Teil des Strafvoll-zugs werden. Der Entscheid über die Durchführung hat konsequenterweise bei der Einweisungsbe-hörde zu liegen, denn sie entscheidet in der Regel auch über Vollzugslockerungen zugunsten der inhaftierten Person. Handelt es sich um ein Gesuch einer Person, die ein Anlassdelikt nach Art. 64 Abs. 1 StGB begangen hat, so sind die Fachkommissionen der Konkordate einzubeziehen, die die Gefährlichkeit der Person beurteilen und eine Empfehlung im Hinblick auf eine Vollzugsöffnung, in welchem der begleitete Suizid durchgeführt werden könnte, abgeben (Art 75a StGB).<sup>196</sup> Vollzugslo-ckerungen oder eine bedingte Entlassung von verwahrten Personen sind stets der Fachkommission vorzulegen.<sup>197</sup> Soll der begleitete Suizid ausserhalb der Anstaltsräume durchgeführt werden, ist na-mentlich das Sicherheitsinteresse von grossem Belang. Die Fachkommissionen geben auf Antrag der einweisenden Behörde Empfehlungen ab. Daraus kann geschlossen werden, dass die Informationen an die Einweisungsbehörde gemeldet, die involvierten beteiligten Stellen, Mitarbeitenden und An-staltsärzte angehört werden und die Einweisungsbehörde über die Erfüllung der Voraussetzungen der Suizidhilfe entscheidet.

Geht ein Gesuch um Suizidhilfe bei der einweisenden Behörde ein, könnte folgendes Vorgehen er-wogen werden: Zunächst sollte zeitnah eine Anhörung mit der suizidwilligen Person angesetzt wer-den. In diesem Gespräch sollten die Voraussetzungen erläutert und Alternativen aufgezeigt werden. Hält die betroffene Person an ihrem Wunsch fest, so müssen – wenn nötig unter Entbindung des Be-rufsgheimnisses – die Institution, der Anstaltsärzte oder die -ärztin und weiteren Betreuungsperso-nen um Darlegung ihrer Sichtweise ersucht werden. Gestützt auf sämtliche Abklärungen und des

<sup>191</sup> Z.B. gemäss Art. 12 EpG; TRECHSEL/VEST, Rz 40 mit weiteren Beispielen.

<sup>192</sup> Art. 321 StGB; AEBI-MÜLLER et al., § 9 ,Rz 65 ff.; MAUSBACH, Ärztliche Schweigepflicht, S. 45, 205 ff.

<sup>193</sup> Allfällige Spezialregelungen vorbehalten.

<sup>194</sup> OBERHOLZER, Art. 321, Rz 9; zum Ganzen MAUSBACH, Ärztliche Schweigepflicht.

<sup>195</sup> Zur Rolle des Gefängnisarztes vgl. TAG, Gefängnismedizin, S. 471 ff.

<sup>196</sup> HEER, Art. 75a, Rz 4; <<https://www.konkordate.ch/organisation/konkordatliche-fachkommission-kofako>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>197</sup> HEER, Art. 75a, Rz 5; ROHNER, S. 76, Rz 180.

nötigen multidisziplinären somatisch-psychiatrischen Gutachtes würde die einweisende Behörde eine begründete anfechtbare Verfügung erlassen. Eine ablehnende Verfügung sollte mündlich eröffnet und eingehend begründet werden. Sowohl bei einer ablehnenden als auch bei einer gutheissenden Verfügung sollten alternative Möglichkeiten aufgezeigt und besprochen werden. Erst wenn diese rechtlichen Voraussetzungen geklärt sind, kann mit einer Suizidhilfeorganisation in Kontakt getreten und das weitere Vorgehen besprochen werden.

#### 2.4.2 Einlass Suizidhilfeorganisation

Einige Kantone haben Regelungen zum Einlass von Suizidhilfeorganisationen in Pflege-, Altersheimen oder Spitälern erlassen. In der Stadt Zürich wird der Einlass in Alters- oder Krankenheimen in der Regel gewährt, wobei es im Kanton Zürich keine einheitliche Praxis gibt.<sup>198</sup> Der Kanton Waadt und der Kanton Neuenburg bestimmten Voraussetzungen, unter welchen in öffentlich finanzierten Pflegeeinrichtungen und Spitälern von einer externen Organisation Suizidhilfe geleistet werden darf.<sup>199</sup> Denn Bewohnerinnen und Bewohner betrachten das Alter- oder Pflegeheim als ihr Zuhause und möchten in der vertrauten Umgebung sterben.<sup>200</sup> Auch inhaftierte Personen äussern diesen Wunsch.<sup>201</sup>

Das Bundesgericht hat sich in BGE 142 I 195 im Rahmen einer Beschwerde mit der Suizidhilfe bezogen auf Art. 35a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg befasst. Es stellte fest, dass gemeinnützige Institutionen im Rahmen gültiger<sup>202</sup> kantonaler Vorgaben, den begleiteten Suizid bei sich dulden müssen.<sup>203</sup> Das Bundesgericht erklärte weiter, dass es sich bei der Diskussion um die Suizidhilfe um ethische, philosophische, theologische Überlegungen handelt und hierbei sowohl politische wie auch gesellschaftliche Entscheidungen getroffen werden. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte hat die Legislative des Kantons Neuenburg Art. 35a erlassen. Diese Bestimmung klärt die Rechtslage für die Beihilfe zum Suizid in gemeinnützig anerkannten Institutionen<sup>204</sup> und garantiert in diesem Rahmen den Bewohnerinnen und Bewohnern das Recht, über die Art und den Zeitpunkt des Lebensendes zu bestimmen.<sup>205</sup> Art. 35a legt dem Staat jedoch keine Pflicht auf, an der Durchführung der Suizidhilfe mitzuwirken.

Es stellt sich die Frage, inwiefern dieser Entscheid für die Suizidhilfeproblematik im Straf- und Massnahmenvollzug Geltung erlangt.

<sup>198</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 19; ERNST, S. 293.

<sup>199</sup> Art. 27d Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (LSP, 800.1).

<sup>200</sup> Exit-Info, Freitodbegleitungen in Heimen, 2017, S. 6; Intercura, Assistierter Suizid, S. 3.

<sup>201</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 95.

<sup>202</sup> Zu den Voraussetzungen der abstrakten Normenkontrolle sowie zur Verfassungsgemässheit von Art. 35a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg i.d.F.v. 1. März 2017; vgl. BGE 142 I 195, Erw. 2.

<sup>203</sup> BGE 142 I 195, Erw. 6.4.

<sup>204</sup> BGE 142 I 195, Erw. 4.

<sup>205</sup> Der Grundsatz der Gewaltenteilung besagt, dass die Verantwortung für die Umsetzung der Grundrechte, z.B. Art. 10 Abs. 2 BV, eher beim Gesetzgeber oder bei der Exekutive als beim Gericht liegt (BGE 142 I 195, Erw. 4.). Suizidhilfe in öffentlichen Institutionen zu dulden, verlangt eine gesellschaftliche Auseinandersetzung und ggf. eine kantonale (oder nationale) gesetzliche Grundlage. Kantonale öffentliche Institutionen können ohne gesetzliche Grundlagen nicht dazu verpflichtet werden, Suizidhilfe in ihren Räumen zuzulassen. Kantonale Gesetze berücksichtigen die kantonalen Gegeben- und Eigenheiten des Kantons (z.B. Kanton Neuenburg: Pflegeheime gehören nicht den Gemeinwesen, siehe BGE 138 II 191, Erw. 4.1).

Kantonale Strafanstalten sind Teil des Verwaltungszweigs des Kantons und werden als unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalten ohne eigene Rechtspersönlichkeit qualifiziert.<sup>206</sup>

Zwar legen kantonale Verordnungen und Hausordnungen sowohl für Pflegeheime und Spitäler wie auch für Institutionen des Justizvollzugs die Rahmenbedingungen für das Zusammenleben fest. Diese können das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen einschränken, wobei dieses jedoch soweit als möglich gewahrt werden muss. Dieser Grundsatz gilt auch für die Institutionen des Justizvollzugs. Sie schränken naturgemäss das Selbstbestimmungsrecht, insbesondere im Hinblick auf die Wahl des Aufenthaltsortes, stark ein.

Bewohner oder Bewohnerinnen eines Pflege- oder Altersheims treten aber in der Regel freiwillig ein und es steht der jeweiligen Person auch grundsätzlich frei, diese Institution zu jeder Zeit wieder zu verlassen. Diese Möglichkeit bleibt Insassen des Straf- und Massnahmenvollzugs verwehrt, denn aufgrund des ergangenen Urteils ist die Strafe zu vollziehen sowie die sichernde Massnahme durchzuführen.

Spricht man sich dafür aus, dass unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Vorgaben in eng begrenzten Ausnahmefällen Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug möglich sein sollte, bedeutet dies auch, dass für solche Fälle die Einrichtung über geeignete Räumlichkeiten verfügen muss.<sup>207</sup> Ob der Einlass von Suizidorganisationen in die Strafanstalt oder in die Massnahmeninstitution mit dem Einlass in ein Alters- oder Pflegeheim den gleichen Grundsätzen folgen soll, wurde auch in der Umfrage in den Kantonen kritisch beantwortet. Hierbei spielten die Gewährleistung der Sicherheit für das Personal der Vollzugseinrichtung und der Suizidhilfeorganisation sowie die Fluchtproblematik eine wesentliche und ausschlaggebende Rolle.<sup>208</sup> Es stellt sich zudem die Frage, wer den Entscheid über den Einlass fällen muss: die einweisende Behörde, da sie über die wesentlichen Vollzugsfragen entscheidet oder die vollziehende Institution, der das Hausrecht zusteht? Diese Thematik sollte auf Konkordatebene einheitlich und transparent gelöst werden. Sollte die Suizidhilfe in den Strafvollzugsanstalten möglich sein, so erscheint es zwingend notwendig, dass hierfür nur Institutionen in Frage kommen, welche über die nötige Infrastruktur verfügen. Der Entscheid über die Durchführung der Suizidhilfe bzw. über den Einlass der Organisation sollte trotz des Hausrechtes der Vollzugseinrichtung mit der einweisenden Behörde einvernehmlich abgesprochen werden.<sup>209</sup> Die einweisende Behörde kann freilich keine ausserkantonale Institution verpflichten, Suizidhilfe in deren Räumen durchzuführen zu lassen.

Den Entscheid über den Einlass der Suizidhilfeorganisation allein durch die Vollzugseinrichtung fällen zu lassen, scheint aufgrund der hier vertretenen grundsätzlichen Trennung der Suizidhilfe und des Strafvollzugs nicht sachgerecht. So müsste sich jede Anstalt mit der Frage auseinandersetzen und es würde – neben der Belastung einer derartigen Situation – zu unterschiedlichen Handhabungen kommen. Die Regelung, dass die einweisende Behörde mitentscheidet, lagert die Frage vom unmittelbaren Vollzugsalltag aus.

<sup>206</sup> HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, S. 371, Rz 1667.

<sup>207</sup> So auch URWYLER/NOLL, Rz 29; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 11 und 12.

<sup>208</sup> Siehe Anhang.

<sup>209</sup> Siehe Kapitel 2.3.

Der Einlass von Mitarbeitenden einer Suizidhilfeorganisation für Vorgespräche würde sich grundsätzlich an den Besucherregelungen der jeweiligen Anstalt orientieren, wobei die vollziehende und die einweisende Institution über das Ergebnis der Gespräche zeitnah und in geeigneter Form informiert werden müssten.

### 2.4.3 Umgang mit Meinungsverschiedenheiten

Obwohl der einweisenden Behörde die Entscheidungskompetenz bei Gesuchseingang zukommen soll, muss ihr Entscheid unter Beachtung der Einschätzungen der Vollzugseinrichtung, des Anstaltsarztes sowie einer externen medizinisch-psychologischen Begutachtung erfolgen. Auch allfällige Gefängnisseelsorger sollten, soweit von dem Inhaftierten gewünscht, beigezogen werden. Somit können die bisherigen Erfahrungen und Besonderheiten im Umgang mit dem Inhaftierten in den Entscheidungsprozess mit einfließen. Sind dabei unterschiedliche Standpunkte auszumachen resp. Widersprüche zu erkennen, muss die Möglichkeit geschaffen werden, in den Austausch zu treten. Die einzelnen Standpunkte sollten geklärt und nachvollziehbar begründet werden. Idealerweise würde die Möglichkeit des Austausches bzw. die konkrete Vorgehensweise in einer Richtlinie innerhalb der einzelnen Konkordate festgehalten werden, um eine Gleichbehandlung der Fälle und ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten. Der Umgang mit Meinungsverschiedenheit richtet sich nach der gängigen Praxis und wird sich anhand der künftigen konkreten Fälle konkretisieren.

### 2.5 Sühnegedanken des Strafrechts und assistierter Suizid

*Wie ist mit dem Sühnegedanken des Strafrechts im Hinblick auf den assistierten Suizid umzugehen, falls der oder die Betroffene die Grundstrafe im Straf- oder Massnahmenvollzug zum Zeitpunkt des Wunsches nach Sterbehilfe noch nicht verbüsst hat (sich also nicht in einer sichernden Massnahme befindet)?*

Es würde den Rahmen des vorliegenden Gutachtens sprengen, würde es sich mit den verschiedenen Straftheorien im Detail auseinandersetzen. Holzschnittartig kann folgendes festgehalten werden: Das Strafrecht hat die Aufgabe, die elementaren Werte des Gemeinschaftslebens zu schützen. Schuldausgleich, Sühne und Vergeltung, Prävention und Resozialisierung des Täters sind Aspekte einer angemessenen Sanktion.<sup>210</sup> Das Schrifttum und die Rechtsprechung versuchen, sämtliche Strafzwecke in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander zu bringen. Demgemäss wird der Schuldausgleich betont, aber auch die anderen Strafzwecke, namentlich die Vergeltung als Ausgleich aus Opfersicht und auch die Sühne aus der Täterperspektive, werden anerkannt.<sup>211</sup> Drittpersonen sollen zudem aufgrund der Bestrafung und des Vollzugs abgeschreckt werden und letztlich soll verhindert werden, dass sie Straftaten begehen.<sup>212</sup> Darüber hinaus dient der Vollzug auch der Abschreckung der verurteilten Person. Sie soll davon abgehalten werden, künftig weitere Delikte zu begehen.<sup>213</sup>

<sup>210</sup> DONATSCH/TAG, S. 8.

<sup>211</sup> JOSITSCH/EGE/SCHWARZENEGGER, § 1, S. 19 ff. m.w.H.; BGE 120 IV 1, Erw. 2.b).

<sup>212</sup> KILLIAS/KUHN/AEBI, Rz 1004.

<sup>213</sup> JOSITSCH/EGE/SCHWARZENEGGER, § 1, S. 12 ff.; DONATSCH/TAG, S. 8; KILLIAS/KUHN/AEBI, Rz 1101 ff.; BGE 120 IV 1, Erw. 2.

Seit dem späten 20. und 21. Jahrhundert wurde darüber hinaus der Fokus verstärkt auf das soziale Verhalten der Gefangenen gerichtet. Ihr Verhalten soll soweit verbessert werden, dass die Rückfallgefahr minimiert und sie so befähigt werden, straffrei zu leben. Dies kommt in dem Satz zum Ausdruck, dass der heutige Straftäter der «künftige bessere Nachbar» sein wird.<sup>214</sup> Zeichen dessen sind die heutigen Strukturen des Strafvollzugs, die den gemeinschaftlichen Charakter stärker betonen und leben.<sup>215</sup> Die Strafe wird vollzogen mit dem Fokus auf die Zukunft und auf das Leben als Teil der Gesellschaft. Sühne und Strafcharakter der Strafe stellen einen Anteil des Vollzugs dar. Unter dem Blickwinkel der Zukunftsorientierung sind in der Regel die Massnahmen des Strafgesetzbuches zu verstehen (mit Ausnahme der Verwahrung). Wird eine Massnahme, z.B. eine therapeutische Massnahme, angeordnet, soll sie es dem Straftäter ermöglichen, nach seiner Entlassung wieder straffrei zu leben. Die Rückfallgefahr der Straftäter soll mit einer Massnahme reduziert werden.<sup>216</sup> Insbesondere die therapeutischen Massnahmen zielen vor allem<sup>217</sup> auf eine Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit des Gefangenen ab, der sein Leben in Freiheit wieder aufnehmen soll. Das allgemeine Vollzugsziel der Resozialisierung ist auf die Zeit nach der Entlassung ausgerichtet.<sup>218</sup>

Der Schuldausgleich, die Sühne und die präventiven Zielsetzungen sind Bestandteile der heutigen Strafe.<sup>219</sup> Die negativen Gesichtspunkte der Generalprävention lassen sich herkömmlicherweise mit dem Begriff der Abschreckung anderer umschreiben, die in Gefahr sind, ähnliche Straftaten zu begehen. Das öffentliche Interesse an der konkreten Strafvollstreckung kann jedoch nur durch schwerwiegende, dem Einzelfall entnommene Gründe gerechtfertigt werden, nicht schon durch den blossen Gedanken der Abschreckung anderer von der Begehung ähnlicher Straftaten. Ob das Verbot der Suizidhilfe im Strafvollzug dazu führen könnte, potenzielle Täter von Straftaten abzuhalten, mithin eine abschreckende Wirkung zu entfalten, kann nicht beantwortet werden. Denn dazu fehlt es an den entsprechenden speziellen Untersuchungen. Inwieweit die allgemeinen empirischen Untersuchungen zur Abschreckungsproblematik herangezogen werden können, ist fraglich. Im konkreten Fall könnte ein generelles Verbot der Suizidhilfe jedoch nicht auf die negative Generalprävention abgestützt werden, da anderenfalls der Inhaftierte zur Förderung des allgemeinen Wohls «funktionalisiert» würde. Der Strafzweck der negativen Spezialprävention durch Sicherung vor dem einzelnen Täter würde durch die Suizidhilfe nicht beeinträchtigt werden.<sup>220</sup> Die intramurale Suizidhilfe widerspricht aber dem Resozialisierungsgedanken, d.h. der positiven Spezialprävention, wenn sie Inhaftierten zugänglich gemacht wird, die grundsätzlich die Chance haben, ihre Freiheit wieder zu erlangen. Darauf, ob der einzelne darauf verzichten möchte, die resozialisierenden Unterstützungsangebote anzunehmen, kann es nicht ankommen. Denn die Resozialisierung ist nicht nur ein Teil des individuellen Vollzugs, sondern auch ein Grundgedanke des schweizerischen Strafvollzuges, über den der Einzelne nicht disponieren kann.<sup>221</sup>

<sup>214</sup> FEHR, Justizvollzug heute, S. 3.

<sup>215</sup> FINK, S. 126.

<sup>216</sup> DONATSCH/TAG, S. 8.

<sup>217</sup> Näher URWYLER, S. 1478 ff.

<sup>218</sup> HEER, Art. 90, Rz 5; BRÄGGER, Strafvollzug, S. 437.

<sup>219</sup> Zur Übersicht JOSITSCH/EGE/SCHWARZENEGGER, § 1, S. 7; STRATENWERTH, § 2, Rz 3 ff.

<sup>220</sup> Zu den relativen Strafzwecken JOSITSCH/EGE/SCHWARZENEGGER, § 1, S. 12 ff.

<sup>221</sup> Siehe dazu Art. 2 Abs. 1 StPO. Gemäss dem Grundsatz des staatlichen Straf- und Justizmonopols liegt die Durchsetzung des materiellen Strafrechts allein im Aufgabenbereich des Staates. Private können nicht in diese Aufgaben eingreifen (STRAUB/WELTERT, Art. 2, Rz 1). Die Strafrechtspflege ist den durch Gesetz bestimmten Behörden vorbehalten (STRAUB/WELTERT, Art. 2, Rz 6 und 7).



Der positive Aspekt der Generalprävention liegt in dem Erhalt und der Stärkung des Vertrauens in die Bestandskraft und Durchsetzungskraft der Rechtsordnung. Es gehört zu den Aufgaben der Strafe, das Recht gegenüber dem vom Täter begangenen Unrecht durchzusetzen, um so die Rechtstreue der Bevölkerung zu stärken. Zwar gibt es auch keine Untersuchungen, inwieweit die Suizidhilfe im Strafvollzug die positive Generalprävention in Frage stellen könnte. Hingegen gibt es hinreichend sichere Anhaltspunkte dafür, dass die Androhung, die Verhängung und der Vollzug von Strafen für den Rang von Bedeutung sind, den das allgemeine Rechtsbewusstsein den strafrechtlich geschützten Rechten und Interessen zuspricht. Das trägt wesentlich zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung bei. Ob die Möglichkeit, der Verbüssung der angeordneten Strafe durch Suizidhilfe zu entgehen, der positiven Generalprävention entgegensteht, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Es sprechen jedoch im Grundsatz gute Gründe dafür, da durch den Suizid des Inhaftierten das öffentliche Interesse an einem gerechten Schuldausgleich nicht mehr oder nicht mehr vollständig realisiert werden kann bzw. dass das Normvertrauen der Gesellschaft durch den Straf- oder Massnahmenvollzug nicht bestätigt wird.<sup>222</sup> Andererseits gilt auch hier die Regel, dass die Abwägung immer anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles zu erfolgen hat und es legitime Gründe geben kann, wonach das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen im Ausnahmefall höher als das öffentliche Interesse am gerechten Schuldausgleich zu gewichten ist. Dies ist dann der Fall, wenn eine urteilsfähige inhaftierte Person an einer schweren Krankheit mit einem raschen letalen Verlauf leidet. Würde einer solchen Person aus generalpräventiven Gründen ihr ernsthafter Wunsch nach Suizidhilfe abgelehnt, würde das ihre besondere Lebenssituation in unverhältnismässiger Weise ausser Acht lassen.

Es kann die Frage aufgeworfen werden, ob im Rahmen des präventiv ausgerichteten Sanktionensystems Überlegungen dazu, ob sich der resp. die Inhaftierte durch Selbsttötung dem Straf- oder Massnahmenvollzug entziehen darf, einen Einfluss auf die Zulässigkeit des Suizids in Gefangenschaft haben sollten. Diese Frage wird kontrovers diskutiert. Wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung des Entschlusses, sich selbst zu töten, bei Inhaftierten im Straf- und Massnahmenvollzug nur unter engen Bedingungen zugelassen werden soll, so schlagen URWYLER/NOLL<sup>223</sup> vor, dass eine Begrenzung nach der Art des Freiheitsentzugs erfolgen sollte. Sie argumentieren wie folgt: «Wenn eine Person eine Freiheitsstrafe zu verbüssen hat, wäre jener Teil der Strafe das schuldausgleichs- und generalpräventive Minimum, welcher bis zum frühestmöglichen Entlassungszeitpunkt anfällt. Dies wäre bei endlichen Freiheitsstrafe 2/3 der Strafdauer, bei der lebenslangen Freiheitsstrafe 15 Jahre (vgl. Art. 86 StGB). Ab diesem Zeitpunkt erfüllt die Inhaftierung präventive Zwecke, d.h. der Täter gelangt nur dann nicht in Freiheit, wenn er für die Gesellschaft als gefährlich eingestuft wird. Hat der Täter sowohl eine Strafe als auch eine freiheitsentziehende therapeutische Massnahme verwirkt, drängt sich Analoges auf. Eine Selbsttötung wäre mit den Zwecken des Schuldausgleichs und der Generalprävention vereinbar, wenn zwei Drittel der parallel ausgesprochenen Strafe verbüsst sind. Keine Mindestfristen aus Gründen des Schuldausgleichs oder der Generalprävention liessen sich bei einer rein präventiv begründeten, massnahmenrechtlichen Sanktionierung (stationäre Massnahme, Verwahrung) aufstellen: In diesen Konstellationen könnte einem Täter das Recht auf Selbsttötung mangels parallel existenter Strafe nicht durch das Argument verweigert werden, es stünden Gesichtspunkte des Schuldausgleichs oder der Generalprävention entgegen».

<sup>222</sup> So zusammenfassend URWYLER/NOLL, Rz 26; SHAW/ELGER, S. 484. SCHABER, «Suizid hinter Gittern: Wenn Häftlinge sterben wollen»; HÄSSIG, «Der Strafvollzug verändert jeden Menschen».

<sup>223</sup> Die Verfasser halten fest, dass es legitime Gründe für die Annahme gibt, dass das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen höher zu gewichten sei, insbesondere im Zusammenhang mit den Überlegungen der Entziehung vom Straf- oder Massnahmenvollzug durch Suizid. Insofern ist bezieht sich ihr Vorschlag auf den Fall, dass das Recht auf Selbsttötung gesetzlich eingeschränkt werden soll, siehe URWYLER/NOLL, Rz 28.

Es ist freilich festzuhalten, dass es hierzu unterschiedliche Ansichten gibt. Eine am frühestmöglichen Entlassungszeitpunkt orientierte und damit auch schematische Entscheidung greift stark in die Grundfesten des geltenden Straf- und Massnahmenvollzugsrechts ein. Primär darauf abzustellen, dass mit dem frühestmöglichen Entlassungszeitpunkt die Strafe gesühnt ist, kann darauf hinaus laufen, dass die weiteren Strafzwecke und namentlich auch der Gegensteuerungsgrundsatz, Art. 75 Abs. 1 StGB, zu sehr in den Hintergrund treten. Voraussetzung einer Massnahme ist u.a., dass eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen, ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert (Art. 56 StGB). Der Gedanke der Sühne spielt dabei eine untergeordnete Rolle<sup>224</sup>, so dass er in diesem Bereich – isoliert betrachtet – zwar nicht als zentrales Argument gegen die Suizidhilfe angeführt werden kann. Aber auch bei Personen, die gegebenenfalls ihr gesamtes künftiges Leben in einer Vollzugseinrichtung verbringen werden, hat eine Vollzugsplanung zu erfolgen, die den Zugang zu sinnvollen Tätigkeiten und geeigneten Programmen ermöglicht. Die Entlassung zumindest als Fernziel ist anzustreben, es ist daher zu versuchen, dies mit einer geeigneten Behandlung zu erreichen.<sup>225</sup> Da sich im Verwahrungsvollzug viele Personen mit psychischen Krankheiten befinden, ist namentlich Art. 64 Abs. 4 StGB von Bedeutung, welcher besagt, dass die verwahrte Person psychiatrisch betreut wird, «wenn dies notwendig ist». Hierbei gilt das Äquivalenzprinzip (Art. 75 Abs. 1 StGB). D.h. gerade auch im Massnahmenvollzug ist eine menschenrechtskonforme Unterbringung anzustreben, psychisch kranke Inhaftierte sind primär in forensischen Kliniken unterzubringen, bei einer Inhaftierung in einer Justizvollzugsanstalt ist die psychiatrische Versorgung durch entsprechendes Fachpersonal zu besorgen.<sup>226</sup> Würde hier als Alternative die Suizidhilfe möglich sein, so hätte das für die auf die Zukunft ausgerichtete Vollzugsplanung eine negative Signalwirkung. Sollte eine gesetzliche Regelung zur Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug im Raum stehen, obliegt es freilich dem gesetzgeberischen Ermessen, darüber zu befinden, ob und inwiefern die Suizidhilfe nach Art des Freiheitsentzugs und der zugrunde liegenden Krankheit differenziert werden sollte.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass der Schwere der physischen Krankheit und das nahe biologische Lebensende für die Zulässigkeit der vom urteilsfähigen Inhaftierten dauerhaft und ernsthaft erstrebten Suizidhilfe massgebliche Bedeutung zukommen,<sup>227</sup> sei es im Straf- oder Massnahmenvollzug. Wird die Suizidhilfe derart begrenzt, können die bisherige Haftverbüßung und die damit zusammenhängenden Überlegungen zum Sühnegedanken nicht von ausschlaggebender Bedeutung für die Zulässigkeit der Suizidhilfe sein.

<sup>224</sup> URWYLER, S. 1479 ff m.w.H.

<sup>225</sup> KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 3, 34 f.

<sup>226</sup> KÜNZLI/EUGSTER/SCHULTHEISS, S. 61.

<sup>227</sup> Vgl. bereits 2.2.3.2. am Ende der Ausführungen.

## 2.6 Besprechung des Sterbewunsches

*Wer ist zuständig für die (erstmalige) Besprechung des Sterbewunsches mit dem oder der Betroffenen und welche Grundsätze sind zu beachten?*

Soweit ersichtlich gibt es keine abschliessenden Regelungen zur Zuständigkeit der erstmaligen Besprechung des Sterbewunsches. Ausgangspunkt ist jedoch der Vollzugsplan, der nach Art. 75 Abs. 3 StGB gemeinsam mit der inhaftierten Person zu erstellen ist und in dem Fragen zur Gesundheit oder zur Gesundheitsversorgung wichtige Bestandteile sind. Soweit Wünsche zum Lebensende vorhanden sind, so sind diese dort festzuhalten.<sup>228</sup> Ein persönlicher Wunsch, wozu der Sterbewunsch zählt, wird in der Regel Vertrauenspersonen mitgeteilt. In einer geschlossenen Institution könnten dies ein Mitarbeiter oder Personen der psychologischen oder sozialen Betreuung sein. Suizidäusserungen, ob akut oder im Sinne eines geplanten Suizids, sind stets ernst zu nehmen. Schutzvorkehrungen sind zu treffen und ein konkreter Ablauf und die Ansprechpersonen sind zu definieren. Wird der ernsthafte Wunsch nach Suizidhilfe geäussert, müssen auch alle anderen involvierten Stellen (z.B. Einweisungsbehörde) informiert werden.

Wird das Betreuungspersonal mit dem Sterbewunsch konfrontiert, muss es soweit geschult sein, dass Hinweise und Äusserungen aufgenommen und an die zuständige Fachperson weitergegeben werden können. Es gilt Risikofaktoren und Warnsignale wahrzunehmen, um den Fachpersonen ein möglichst genaues erstes Bild der Sachlage zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind einerseits regelmässige Schulungen zu Risikofaktoren, Warnsignalen, Verhalten bei Verdacht auf Suizidalität und zu rechtlichen Aspekten durchzuführen, damit Äusserungen der inhaftierten Personen eingeordnet werden können. Andererseits muss das Vertrauen der Betreuungspersonen in die eigene Wahrnehmung gestärkt werden. Denn diese kann einer fachlichen Beurteilung entgegenstehen, die sich nur auf Äusserungen des Momentes beziehen, während das Betreuungspersonal die inhaftierte Person in alltäglichen Situationen erlebt. Verdichten sich die Anzeichen, dass es sich um einen unverrückbaren Wunsch nach Suizidhilfe handelt, muss eine eingehende Besprechung des Sterbewunsches durch eine externe psychiatrische Fachperson vorgenommen werden. Die Zusammenarbeit und die inhaltliche Überlieferung der Informationen setzen einen offenen und engmaschigen Austausch zwischen den einzelnen Ansprechpersonen voraus, damit sich ein gesamthafte Bild zusammenfügt.<sup>229</sup> Es ist abzuschätzen, ob der Wunsch nach Suizidhilfe mit einer akuten Suizidalität einhergeht, d.h. ob zu befürchten ist, dass die inhaftierte Person dem Wunsch nach Suizidhilfe zuvorkommt und selber die todbringenden Handlungen vornimmt. Daher sollte ein Monitoring vorgenommen und die inhaftierte Person regelmässig kontrolliert und beobachtet werden.<sup>230</sup> Der sterbewilligen Person ist zudem mitzuteilen, dass die Suizidhilfe nur in engen, physisch bedingten Ausnahmefällen<sup>231</sup> im Straf- und Massnahmenvollzug zulässig ist.

<sup>228</sup> Zur Patientenverfügung in der Abteilung 60 plus vgl. GRABER, S. 16 f.

<sup>229</sup> NOLL/ENDRASS, S. 10.

<sup>230</sup> NOLL/ENDRASS, S. 11.

<sup>231</sup> Nach der hier im Gutachten vertretenen Ansicht.

## 2.7 Beurteilung der Urteilsfähigkeit

*Wie beurteilen Sie die Zuständigkeiten und das Verfahren zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit des oder der Betroffenen (dies insbesondere bei Vorliegen einer psychopathologischen Symptomatik, welche mit dem Sterbewunsch verknüpft sein könnte)?*

### 2.7.1 Urteilsfähigkeit

#### 2.7.1.1 Bedeutung

Eine autonome Entscheidung setzt zwingend die Urteilsfähigkeit der entscheidenden Person voraus. Art. 16 ZGB bestimmt, dass jede Person urteilsfähig ist, die nicht wegen ihres Kindesalters, geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände vernunftgemäss handeln kann. Das Vorliegen der Urteilsfähigkeit entspricht dem Normalzustand und wird vermutet.<sup>232</sup> Als biologisch-psychologische Eigenschaft beschrieben, erlaubt sie dem Urteilsfähigen, sich im Rechtsleben frei und selbstverantwortlich zu bewegen.<sup>233</sup> Die Urteilsfähigkeit ist auch bei der Beurteilung, ob ein freiverantwortlicher Suizid geplant ist, von massgebender Bedeutung.

Die Willensbildungsfähigkeit ist eine elementare Grundlage der Urteilsfähigkeit. Sie ist grundsätzlich jedem Menschen zuzuschreiben.<sup>234</sup> Der Begriff der «Urteilsfähigkeit» ist relativ und bedeutet, dass er in den unterschiedlichen Situationen und Fragen neu beurteilt werden muss.<sup>235</sup> Die Urteilsfähigkeit wird demnach immer für eine bestimmte Entscheidung abgeklärt und auf einen bestimmten Zeitpunkt bezogen. Das Dichotomie-Konzept besagt, dass die Urteilsfähigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegt oder vollständig fehlt. Eine Zwischenstufe der Urteils(un)fähigkeit existiert nicht.<sup>236</sup> Ein Entscheid, der für Drittpersonen nicht nachvollziehbar ist und als unvernünftig erscheint, begründet keine Urteilsunfähigkeit. Vielmehr ist die konkrete Einzelsituation individuell zu beurteilen.<sup>237</sup> Die Urteilsfähigkeit setzt sich aus mentalen Fähigkeiten zusammen. Es gilt, eine Situation korrekt aufzufassen, zu verstehen und eine sinnvolle Entscheidung nach den eigenen Werten zu treffen.<sup>238</sup> Dabei spielen emotionale, motivationale und voluntative Faktoren eine Rolle. Die Erkenntnisfähigkeit verlangt, dass wichtige Informationen mindestens in den Grundzügen verstanden werden. Die in Frage gestellte Situation muss unter Berücksichtigung anderer Optionen persönlich gewertet werden können. Es muss der betreffenden Person möglich sein, aufgrund Erfahrungen, vorhandener Informationen und Wertvorstellungen, einen Entscheid zu fällen und diesen kund zu tun.<sup>239</sup> Das Bundesgericht führt dazu aus, dass es ausschlaggebend sei, ob die betroffene Person die Bedeutung ihres Verhaltens verstehe und einen Entschluss eigenverantwortlich und aufgrund ihres frei gebilde-

<sup>232</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 4; SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 8.

<sup>233</sup> BAUR/GONÇALVES/WOHLWEND, Rz 7.

<sup>234</sup> KIENER, S. 281.

<sup>235</sup> KIENER, S. 281.

<sup>236</sup> HÜRLIMANN/TRACHSEL, S. 605.

<sup>237</sup> TAG, Hungerstreik im Freiheitsentzug, S. 44.

<sup>238</sup> SAWM, Zwangsmassnahmen in der Medizin, S. 11.

<sup>239</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 8.

ten Willens fassen könne.<sup>240</sup> Die Annahme von Urteilsunfähigkeit muss auf einer signifikanten Einschränkung der mentalen Fähigkeiten beruhen, die den Kategorien gemäss Art. 16 ZGB zugeordnet werden müssen.<sup>241</sup>

Personen in Haft befinden sich in der Regel in einer Ausnahmesituation ihres Lebens. Verschiedene Freiheiten sind weitgehend eingeschränkt. In Bezug auf die Tat, auf das gesprochene Urteil des Gerichts und über den Vollzug zeigen sich verschiedenste Gefühle, die sich auch über die Dauer des Vollzugs verändern können. Es kann daher in Frage gestellt werden, ob der freie Wille im unfreien Zustand auch uneingeschränkt gefasst und gelebt werden kann. Aufgrund der einengenden Faktoren des Freiheitsentzuges sowie der vulnerablen Situation des Inhaftierten ist besondere Bedachtsamkeit notwendig, wenn es darum geht, die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit und der in Freiheit verfassten Patientenverfügungen, die Anweisungen und Wünsche im Hinblick auf die Behandlung im Krankheitsfall und allenfalls auf Suizidhilfe enthalten, auf die Ausnahmesituation der Haft zu übertragen.<sup>242</sup>

Personen in Haft können bestimmte Persönlichkeitsdispositionen aufweisen, die sie zu Handlungen oder Äusserungen führen können, die wenig geplant und nur beschränkt auf rationalen Überlegungen basieren.<sup>243</sup> Bereits daraus ist ersichtlich, dass die Abklärung der Urteilsfähigkeit mit grösster Sorgfalt vorgenommen werden muss und klarer Voraussetzungen bedarf. Die für den Suizidwunsch möglicherweise verantwortlichen psychischen Zustände, insbesondere depressive Zustände, sind in der Beurteilung der Urteilsfähigkeit bezüglich des Suizidwunsches besonders sorgfältig zu prüfen.<sup>244</sup>

### 2.7.1.2 Beurteilung durch Fachperson

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit hängt massgeblich von der Komplexität der Entscheidungen ab. Je weitreichender und dauerhafter sich die Konsequenzen einer Entscheidung darstellen, desto eingehender ist zu prüfen, ob die Urteilsunfähigkeit vorliegt. Dies trifft insbesondere auch dann zu, wenn die Folgen endgültig sein werden – wie zum Beispiel bei einer Handlung, die mit grosser Wahrscheinlichkeit zum Tode führen wird.<sup>245</sup> Die Urteilsfähigkeit kann nicht durch ein einfaches Testverfahren abgeklärt werden. Nach einer orientierenden Abklärung, die formlos erfolgt, und die Hinweise auf eine mögliche Urteilsunfähigkeit gibt, wird eine eingehendere Evaluation durchgeführt.<sup>246</sup> Die Evaluation erfolgt durch klinische Beurteilung, Kriterienkataloge und Gesprächsleitfäden. Massgebend ist die Selbstbestimmung des Betroffenen, das Vorgehen wird durch seinen Willen mitgeprägt. Die Herausforderung für die Fachperson stellt sich in der Wertung des aktuell geäusserten Willens. Werden unterschiedliche Äusserungen getätigt und eine Ambivalenz aufgezeigt, dann sind dies jedoch nicht ohne weiteres Beweis für die Urteilsunfähigkeit.<sup>247</sup>

<sup>240</sup> BGer 6B\_1024/2018 vom 7. Februar 2019, Erw. 2.2.

<sup>241</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 8.

<sup>242</sup> Restriktiv BREITSCHMID, S. 146 f.

<sup>243</sup> NOLL/MURISSET, S. 80.

<sup>244</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 5.

<sup>245</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 9.

<sup>246</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 10.

<sup>247</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 11.

Der gesundheitliche Zustand und die Urteilsfähigkeit sind von einer ärztlichen Fachperson zu begutachten, wobei der Anstaltsarzt nicht gleichzeitig die Rolle des Gutachters und Therapeuten einnehmen kann.<sup>248</sup> Dies bedeutet, dass der Anstaltsarzt oder die psychologische bzw. psychiatrische Betreuungsperson der Institution nicht an dieser Abklärung teilnehmen darf. Die Feststellung der Urteilsunfähigkeit ist zu dokumentieren und die Gründe, die zu diesem Schluss führen, müssen nachvollziehbar sein. Dies schliesst ebenfalls ein, dass die Einwände oder entgegengesetzten Punkte in die Argumentation eingebunden werden.<sup>249</sup> Das Ergebnis dieser Begutachtung der Urteilsfähigkeit ist der Anstaltsleitung, dem Anstaltsarzt und der einweisenden Behörde mitzuteilen.

Steht die Urteilsfähigkeit in Bezug auf den Wunsch, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, fest, sind zudem alternative Möglichkeiten und Hilfeleistungen, z. B. die in Frage kommenden therapeutischen Massnahmen und palliative Angebote, anzubieten und zu besprechen.<sup>250</sup> Auch ist abzuklären, dass der Wunsch, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, freiwillig und ohne äusseren Druck zustande gekommen und dauerhaft ist. Hierbei sind die besonderen Bedingungen des Freiheitsentzuges sorgfältig mit in die Betrachtung einzubeziehen.

### 2.7.1.3 Voraussetzungen gemäss SAMW-Richtlinie

Gemäss der in das Landesrecht der FMH übernommenen SAMW Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende»<sup>251</sup> sowie der nicht übernommenen Richtlinie aus dem Jahre 2018 «Umgang mit Sterben und Tod» darf der Arzt Suizidhilfe, unter Einhaltung der rechtlichen Vorgaben, leisten. Er ist jedoch nicht dazu verpflichtet. Der Arzt hat die Urteilsfähigkeit abzuklären und zu eruieren, ob der Wunsch wohlwogen ist, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft ist.<sup>252</sup>

Der Arzt nimmt auf Wunsch des Patienten eine Prüfung der kognitiven Funktionen vor und kann eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit für alltägliche Entscheidungen ausstellen lassen.<sup>253</sup>

Diese Beurteilung wird von einer zusätzlichen unabhängigen Drittperson geprüft. Diese Drittperson muss allerdings kein Arzt sein.<sup>254</sup> Unter Berücksichtigung, dass der behandelnde Anstaltsarzt oder die behandelnde Anstaltsärztin keine begutachtenden Aufgaben zukommen sollen, müssten im Rahmen der Suizidhilfe im Vollzug zwei externe Begutachtungen der Urteilsfähigkeit vorgenommen werden. Notwendig ist ein multidisziplinäres psychiatrisch-somatisches Gutachten. Neben den externen Begutachtungen sind auch die Beobachtungen und die Einschätzung der involvierten Personen im direkten alltäglichen Kontakt, z. B. Anstaltsarzt und weitere Mitarbeiter, einzubeziehen.

<sup>248</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 16; SAMW, Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, S. 7.

<sup>249</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 9.

<sup>250</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 16; SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 9; SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, S. 25.

<sup>251</sup> Sie wurde von der Richtlinie Umgang mit Sterben und Tod 2018 abgelöst, diese wurde jedoch von der FMH nicht in das Landesrecht übernommen.

<sup>252</sup> SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 9; SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, S. 25.

<sup>253</sup> SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, S. 26.

<sup>254</sup> SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 9; SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, S. 25-26.

Die zurückgezogene, jedoch im Rahmen des Standesrechtes der Ärzte immer noch Gültigkeit entfaltende SAMW-Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» nennt die folgenden Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn der Arzt Beihilfe zum Suizid leisten möchte:<sup>255</sup>

1. Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
2. Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
3. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Ist der Arzt überzeugt, dass diese Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen, darf er ein Medikament verschreiben oder aushändigen, das zum Tode führt.<sup>256</sup>

Die 2018 verabschiedete SAMW-Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod»<sup>257</sup> nennt folgende Kriterien,

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:

1. Der Patient ist in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig. Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat. 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 evaluiert.
2. Der Wunsch ist wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwoogen.
3. Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.
4. Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder werden vom diesbezüglich urteilsfähigen Patienten als unzumutbar abgelehnt.
5. Der Wunsch des Patienten, 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.

Die ersten beiden Voraussetzungen müssen zudem von einer unabhängigen Drittperson überprüft worden sein, wobei diese nicht zwingend eine Ärztin bzw. ein Arzt sein muss.

<sup>255</sup> SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 9. Diese Richtlinie ist zwar von der SAMW zurückgezogen worden, sie hat jedoch im Rahmen der FMH-Standesordnung immer noch Gültigkeit. Die SAMW-Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod», welche die Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» ersetzen sollte, wurde nicht in die FMH-Standesordnung überführt. Siehe auch Stellungnahme FMH, S. 3.

<sup>256</sup> SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, S. 9.

<sup>257</sup> SAMW, Umgang mit Sterben und Tod, S. 25-27.

## 2.7.2 Psychische Erkrankung

Das Bundesgericht hält fest, dass bei einem Sterbewunsch aufgrund psychischer Erkrankung Zurückhaltung angebracht ist.<sup>258</sup> Es muss geklärt werden, wo der Sterbewunsch seinen Ursprung hat: Ist er Ausdruck einer psychischen Erkrankung, für die eine entsprechende Behandlung möglich ist? Oder handelt es sich um einen durch Urteilsfähigkeit erlangten, wohlwogenen und dauerhaften Wunsch, den es zu respektieren gilt?<sup>259</sup> Unter Bezugnahme auf die Suizidforschung unterstreicht das Bundesgericht, dass ein Suizidwunsch sehr oft Ausdruck existenzieller Krisensituationen sei und sich in seltenen Fällen aufgrund eines abgeklärten und gefestigten Willens entwickle. Der Sterbewunsch scheine vielmehr von der erlebten Qualität der Pflege und der sozialen Gegebenheiten abhängig zu sein.<sup>260</sup> Die Suizidhilfeorganisationen führen mit grosser Zurückhaltung eine Begleitung von urteilsfähigen Personen mit psychischen Leiden durch. Grundsätzlich ist eine Begleitung möglich und wird auch geprüft. Kann die Urteilsfähigkeit jedoch nicht mit Eindeutigkeit festgestellt werden, wird die Begleitung abgelehnt.<sup>261</sup> Die Voraussetzungen einer solchen Begleitung sind hoch. Es muss sich um eine langjährige psychische Erkrankung handeln, die adäquat behandelt wurde.<sup>262</sup> Zudem muss in einem vertieften psychiatrischen Fachgutachten die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person geprüft und festgestellt sein.<sup>263</sup>

Suizidhilfe für inhaftierte Personen mit einer anerkannten psychischen Störung ist eine besondere Herausforderung.<sup>264</sup> Inhaftierte Personen sind öfter von psychischen Störungen betroffen als die Bevölkerung in Freiheit.<sup>265</sup> Teilweise besteht eine psychische Krankheit, die mit dem Delikt verbunden ist oder Ursache des Deliktes darstellt.<sup>266</sup> P.V. argumentiert denn auch mit seiner psychiatrischen Diagnose und hält fest, dass er an einer nicht therapierbaren Persönlichkeitsstörung leide und jeglichen Besserung ausgeschlossen sei. Daher sehe er keine Lebensperspektive mehr.<sup>267</sup> Die Suizidhilfe bei psychisch erkrankten Personen in Freiheit wird zu Recht mit Blick auf die hohen Anforderungen an die Beurteilung der Urteilsfähigkeit mit grosser Zurückhaltung durchgeführt. Denn der Suizidwunsch kann in einem direkten Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen. Die Suizidalität ist in diesen Fällen als Symptom der psychischen Erkrankung zu betrachten und ist behandlungsbedürftig.<sup>268</sup> Das Bundesgericht hat dazu zwar festgestellt, dass «unter Umständen» psychisch erkrankten Personen das Natrium-Pentobarbital verschrieben werden dürfe.<sup>269</sup> Damit hat sich das

<sup>258</sup> BGE 133 I 58 Erw. 6.3.5.1

<sup>259</sup> SAMW, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, S. 18-19.

<sup>260</sup> BGE 136 IV 415, Erw. 2.3.4

<sup>261</sup> Broschüre Exit, S. 15.

<sup>262</sup> <<https://exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>263</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.3.5.2. Diese Vorgabe wurde im Fall von Preisig von der Sterbehelferin ausser Acht gelassen, vgl. NZZ vom 9. Juli 2019 <<https://www.nzz.ch/schweiz/sterbehelferin-von-vorsatzlicher-toetung-freigesprochen-ld.1494767?reduced=true>>, und <<https://www.nzz.ch/schweiz/suizidhilfe-kein-freipass-fuer-erika-preisig-ld.1494929>> (besucht am 25. Juli 2019). Ihr wurde vor Gericht vorgeworfen, «schwerwiegend fahrlässig» gehandelt zu haben, da sie ohne psychiatrisches Fachgutachten einer depressiven Frau Sterbehilfe leistete.

<sup>264</sup> Vgl. Kapitel 2.2.3.2.2.

<sup>265</sup> EYTAN et al, S. 13 ff.; <[https://www.nzz.ch/genf\\_gefaengnis\\_champ\\_dollon\\_studie\\_psychische\\_probleme-1.8917570](https://www.nzz.ch/genf_gefaengnis_champ_dollon_studie_psychische_probleme-1.8917570)> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>266</sup> NOLL/MURISSET, S. 80.

<sup>267</sup> <<https://www.srf.ch/news/schweiz/dem-leben-ein-ende-setzen-verwahrter-mit-todeswunsch-das-leben-hat-keinen-sinn-mehr>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>268</sup> HOFF, S. 601.

<sup>269</sup> BGE 133 I 58, Erw. 6.3.5.1.



Bundesgericht allerdings weder abschliessend noch im strafrechtlichen Kontext mit den Voraussetzungen der straffreien organisierten Suizidbeihilfe bei psychisch kranken Personen auseinandergesetzt.<sup>270</sup>

Dieser Befund wirft weitreichende Fragen zu den Anforderungen an die Suizidhilfe im Freiheitsentzug aufgrund psychischer Beeinträchtigungen auf. Aufgrund der mannigfaltigen Persönlichkeitsstrukturen und des Umstandes der Inhaftierung sind psychische Erkrankungen äusserst schwierig einzuschätzen und von den Rahmenbedingungen der Haft schwierig zu trennen. In diesem Kontext die Frage der Urteilsfähigkeit mit Bestimmtheit festzulegen, stellt eine grosse Herausforderung für die betrauten Gutachter dar. Zudem gewinnen die Fürsorgepflicht des Staates und der Gegensteuerungsgrundsatz hier einen besonderen Stellenwert.<sup>271</sup> Nimmt man das alles zusammen ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die Thematik Suizidhilfe bei psychisch erkrankten Inhaftierten, selbst wenn man sie nur als ultima ratio in Erwägung gezogen wird, mit grossen Unsicherheiten behaftet ist. Will man diese Möglichkeit von Seiten des Gesetzgebers dennoch weiterverfolgen, braucht es solide Untersuchungen, die sich namentlich mit medizinisch-psychiatrischen Fragen im Rahmen der Suizidhilfe im Vollzug und den Gegensteuerungsmassnahmen des Staates auseinandersetzen. Aufgrund dieser Erkenntnisse könnten rechtliche Konsequenzen und Überlegungen angeknüpft werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist aber von Suizidbegleitungen und -hilfe im Vollzug aufgrund psychischer Erkrankungen abzusehen.

### 2.7.3 Physische Erkrankung

Verschiedenste körperliche Erkrankungen können eine Person im Leben ereilen. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies im letzten Drittel des Lebens oder gegen das Lebensende passiert ist gross. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebserkrankungen sind bei 65-84-Jährigen und Männern über 85 Jahre die häufigste Todesursache.<sup>272</sup> Terminale Erkrankungen sind dauerhafte, schwere und unheilbare Krankheiten. Sie führen zum baldigen Tode der betroffenen Person und sind oft mit grossen Leiden verbunden. Diese letzte Phase einer Krankheit ist namentlich durch Bettlägerigkeit, stark abnehmende körperliche Kräfte, Probleme bei der Nahrungsaufnahme sowie durch einen rasanten Gewichtsverlust gekennzeichnet.<sup>273</sup> Für eine geschlossene Anstalt stellt eine umfassende Betreuung und Behandlung eine grosse Herausforderung in personeller und infrastruktureller Hinsicht dar. Dies darf jedoch keinen Grund darstellen, die Suizidhilfe auch als Lösung allfälliger Probleme bei fehlenden oder nicht genügend ausgebauten organisatorischen intramuralen Rahmenbedingungen im Bereich der Palliativversorgung zu betrachten.

Soll die Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug möglich sein, ist u.E. eine Einschränkung der möglichen Krankheiten, die eine Suizidhilfe rechtfertigen können, vorzunehmen. Nicht jede Krankheit oder jedes altersbedingte Gebrechen darf Rechtfertigung für Suizidhilfe darstellen. Wie bereits unter Kapitel 2.2.3.2.2 dargelegt, sollte die Suizidhilfe nur bei inhaftierten urteilsfähigen Personen mit einer terminalen physischen Erkrankung und nahem Lebensende in Frage kommen. Zuvor überwiegt

<sup>270</sup> BGE 136 II 415, Erw. 2.3.5.

<sup>271</sup> Vgl. 2.2.3.2.2 Unterpunkt unheilbare psychische Erkrankungen

<sup>272</sup> BfS, Sterblichkeit 2016, S. 1; TAG, Gefängnismedizin, S. 461 ff.

<sup>273</sup> <<https://flexikon.doccheck.com/de/Terminalstadium>> (besucht am 25. April 2019).

das Interesse an einem zu vollziehenden Freiheitsentzug<sup>274</sup>, das Selbstbestimmungsrecht über das eigene Leben sowie die Beendigung desselben tritt zurück.

#### 2.7.4 Haftmüdigkeit

Neben diesen zwei vorgestellten Fallgruppen gibt es inhaftierte Personen, die weder an einer terminalen körperlichen Erkrankung noch an einer psychischen Erkrankung leiden, sondern der Haft müde geworden sind. Weder das Bundesgericht noch die SAMW-Richtlinien geben zu dieser Problematik Anhaltspunkte zur Beurteilung. In solchen Konstellationen ist zu klären, ob die Perspektivlosigkeit des Freiheitsentzugs Leiden hervorruft, die mit der Intensität von terminalen Erkrankungen verglichen werden können.<sup>275</sup> Wird der Zugang zur Suizidhilfe einer Person mit einer psychischen Krankheit verwehrt, so ist es konsequent, wenn Personen, die der Haft müde sind, kein Zugang gewährt werden soll, auch wenn die Urteilsfähigkeit gegeben ist.

### 2.8 Plausibilitätskontrolle des Leidens

*Wie beurteilen Sie die Zuständigkeit und das Verfahren zur Plausibilitätskontrolle des geltend gemachten Leidens des oder der Betroffenen sowie gegebenenfalls zur Prüfung der rechtsgenügenden Haftbedingungen und der Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität?*

Das geltend gemachte Leiden<sup>276</sup> wird in der Regel durch einen (Haus-)Arzt abgeklärt und im Bestätigungsfall wird daraufhin ein Rezept für das NaP ausgestellt. Die Suizidhilfeorganisation löst das Rezept auf den Namen der sterbewilligen Person ein und bewahrt das Mittel auf. Die sterbewillige Person bestimmt den Zeitpunkt der Aushändigung und es kommt bei der Person zuhause oder in den Räumlichkeiten der Organisation zum eigenhändig ausgeführten Suizid. Die Urteilsfähigkeit wird vor der Ausstellung des Rezeptes, in den Vorgesprächen sowie kurz vor der Einnahme des NaP überprüft.<sup>277</sup>

Im Vollzug müsste der Rollentrennung der beteiligten Personen ausreichend Rechnung getragen werden. Dies würde bedeuten, dass der behandelnde Arzt oder Ärztin, d.h. i.d.R. der Anstaltsarzt bzw. die Anstaltsärztin, nicht in die Abklärung einbezogen werden. Die Plausibilitätskontrolle soll denn auch der Rollentrennung, der Abgrenzung, der Vermeidung von Störquellen dienen und eine sachliche Sichtweise auf den Suizidwunsch und auf das geltend gemachte Leiden ermöglichen.<sup>278</sup>

<sup>274</sup> Zum Gedanken des Schuldausgleichs weiterführend: BGer 6B\_504/2013 vom 13. September 2013, Erw. 2.1.3. und Erw. 2.4.4. Es erachtete im Falle eines 89-jährigen, krebserkrankten Täters mit einer Lebenserwartung von acht bis zehn Monaten, der wegen sexuellen Missbrauchs seiner Adoptivtochter zu einer 10-jährigen Freiheitsstrafe verurteilt worden war, in Abwägung der Schwere der begangenen Delikte und der erst zu einem kleinen Teil abgesessenen Freiheitsstrafe die Voraussetzungen des Haftunterbruchs gemäss Art. 92 StGB als nicht gegeben.

<sup>275</sup> URWYLER/NOLL, Rz 18.

<sup>276</sup> Es wird darauf hingewiesen, dass das Gutachten davon ausgeht, dass das unerträgliche Leiden im Sinne der 2018 verabschiedeten SAMW-Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod» nicht für die Suizidhilfe im Vollzug anzuwenden ist. Vielmehr ist eine allfällige Suizidhilfe auf den Fall, die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist (vgl. Kapitel 2.2.3.2.1.), zu beschränken.

<sup>277</sup> Broschüre Exit, S. 16.

<sup>278</sup> Zur Plausibilitätskontrolle vgl. DUTTGE, S. 347.

Damit würde diese Plausibilitätskontrolle durch eine externe medizinische Fachperson erfolgen, wobei die Urteilsfähigkeit der betreffenden Person, die Dauerhaftigkeit und Wohlerwogenheit des Suizidwunsches von einer weiteren externen Fachperson eingeschätzt werden müsste.<sup>279</sup> Die Fachpersonen, die eine solche Beurteilung vornehmen, müssten über Erfahrung und entsprechendes Fachwissen im Bereich der Gefängnismedizin und der forensischen Begutachtung haben. Die entsprechenden Anforderungen müssten definiert werden. Die Erkenntnisse werden mit den Beobachtungen und den alltäglichen Einschätzungen des behandelnden Anstaltsarztes und der psychologischen Betreuung der Institution zusammengeführt. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation würde eine Empfehlung an die einweisende Behörde abgegeben werden.

Ergeben sich in der medizinischen Abklärung Hinweise, dass die Hafterstehungsfähigkeit nicht mehr gegeben sein könnte, ist diese Rechtsfrage durch die Justizvollzugsbehörden zu klären. Dass der Suizidwunsch und die entsprechenden Abklärungen immer auch einen Anhaltspunkt bieten, die Haftbedingungen und Möglichkeiten zur Verbesserung von Lebensqualität zu überprüfen, erscheint naheliegend. Hierbei sind jedoch die regulären gesetzlichen Voraussetzungen heranzuziehen und die Situation ist losgelöst von einem Suizidwunsch zu beurteilen. Ansonsten ergibt sich eine Verknüpfung des Suizidwunsches, der in den Bereich der persönlichen Selbstbestimmung fällt, und dem Strafvollzug. Auch wenn diesbezüglich keine Nötigungssituation im Raum steht, ist zu beachten, dass nicht nur der Inhaftierte, sondern auch der Vollzug sich in einer sensiblen Position befindet. Daher ist auch hier möglichst eine Trennung von Strafvollzug und der Beurteilung sowie der allfälligen Umsetzung des Suizidwunsches anzustreben.

## **2.9 Feststellung des nachhaltig gefestigten Todeswunsches**

*Wie beurteilen Sie die Zuständigkeit und das Verfahren zur Feststellung des nachhaltig gefestigten Todeswunsches bei Vorliegen aller anderen Voraussetzungen?*

Gerne verweisen wir auf die Ausführungen in Kapitel 2.8.

<sup>279</sup> Siehe Kapitel 2.7.1.2.

## 2.10 Rechte und Pflichten der Gefängnismedizin

*Wie beurteilen Sie die Rechte und Pflichten der Gefängnismedizin (Gefängnisarzt und Pflegepersonal) bei der Verschreibung des Sterbehilfepräparates? Wie gestaltet sich das Verhältnis vom Gefängnisarzt zum «Sterbehilfe-Arzt»?*

### 2.10.1 Grundsätzliche Rechte und Pflichten

Das Arzt-Patienten-Verhältnis *intra muros* ist kein gewöhnliches Auftragsverhältnis, sondern wird von der Gegebenheit geprägt, dass das medizinische Fachpersonal nicht nur die medizinischen oder pflegerischen Aufgaben übernimmt, sondern nach den Auflagen der Justizbehörden und der Gefängnisverwaltung arbeitet.<sup>280</sup> Die Anstaltsleitung ist für die Gesundheit der inhaftierten Personen verantwortlich. Sie wird entsprechend vom Gefängnisarzt resp. -ärztin beraten.<sup>281</sup> Der Arzt hat eine neutrale Haltung zu wahren, um dem Risiko der Instrumentalisierung seiner Entscheidungen entgegenzuwirken.<sup>282</sup>

Dem Gefängnisarzt resp. -ärztin obliegt die Aufgabe, die gesundheitliche Betreuung und medizinische Versorgung der Gefangenen sicherzustellen.<sup>283</sup> Die medizinischen Befunde spielen im Kontext von unheilbaren und schweren Erkrankungen physischer und psychischer Art eine wichtige Rolle. Sie dienen der Vollzugsbehörde sowie den Fachkommissionen als Grundlage für wegweisende Entscheidungen im weiteren Vollzug.<sup>284</sup>

Der Anstaltsarzt kümmert sich in der Anstalt um die Behandlung der Gefangenen und veranlasst die Verlegung in gesicherte Abteilungen der öffentlichen Spitäler, wenn eine stationäre Behandlung oder Pflege nötig ist. Die entsprechende Abteilung des öffentlichen Spitals hat die Vollzugsbehörde und die Anstalt über den Verlauf der medizinischen Behandlungen zu informieren. Liegen schwerwiegende medizinische Problematiken vor, dann wird die Frage der Hafterstehungsfähigkeit gestellt, die oftmals eng mit der Frage der möglichen nötigen Langzeitpflege in Beziehung steht.<sup>285</sup> Der Anstaltsarzt und je nach Situation die medizinischen Fachpersonen der gesicherten Abteilungen der öffentlichen Spitäler geben aus ihrer Sicht Empfehlungen für das weitere Vorgehen an die Vollzugsbehörde, die Einweisungsbehörde und ggf. an die Fachkommission ab.<sup>286</sup> Die Tätigkeit des Anstaltsarztes befindet sich im sogenannten Vollzugsdreieck zwischen Patient und Strafvollzugsinstitution und ist durch zwei unterschiedliche Adressatengruppen geprägt: Einerseits gewährleistet er die medizinische Versorgung der Gefangenen und andererseits beantwortet er medizinische und vollzugsbezogene Fragen der Auftraggeber (Anstalt, Einweisungsbehörde, Fachkommission etc.). Der Anstaltsarzt hat demnach unterschiedliche Aufgabengebiete und unterschiedliche Auftraggeber, denen er verpflichtet ist.<sup>287</sup>

<sup>280</sup> Namentlich zum Vollzugsdreieck, Gefängnisarzt – Vollzugsleitung – Insasse TAG, Gefängnismedizin, S. 471 ff.; TAG., Intramurale Medizin, S. 2 ff.

<sup>281</sup> BRÄGGER, Gefängnismedizin, S. 194.

<sup>282</sup> SAMW, Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, S. 9.

<sup>283</sup> BIGLER/GFELLER/BONIN, S. 346, Rz 931.

<sup>284</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 61-62.

<sup>285</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 61-62.

<sup>286</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 63.

<sup>287</sup> Ausführlich TAG, Gefängnismedizin, S. 471 ff.; BIGLER/GFELLER/BONIN, S. 346, Rz 931.

## 2.10.2 Abgabe Natrium-Pentobarbital

Grundsätzlich liegt die Verschreibung von Medikamenten in der Verantwortlichkeit des Arztes und muss zumindest durch diplomiertes Pflegepersonal bereitgestellt werden. Die korrekte Abgabe von Medikamenten im Gefängnis soll auch durch eine Doppelkontrolle der Abgabe erfolgen.<sup>288</sup> In einigen kantonalen Regelungen wird der Aufgabenbereich des Anstaltsarztes genauer festgelegt und bestimmt, dass die nötige Behandlung und Medikamentenabgabe sowie -verteilung durch den Anstaltsarzt vorgenommen werden müssen.<sup>289</sup>

Grundsätzlich ist die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Jeder Arzt und jede Ärztin ist in der Entscheidung frei, auf den Suizidwunsch des Patienten einzugehen.<sup>290</sup> Suizide im Rahmen der organisierte Suizidhilfe werden in der Regel unter zur Hilfenahme von Natrium-Pentobarbital (NaP) durchgeführt. Das Heilmittel- und das Betäubungsmittelgesetz bestimmen in Art. 9 ff. BetmG i.V.m. Art. 24 ff. HMG, dass das Präparat nur mit einer ärztlichen Verschreibung abgegeben werden darf. Die Verschreibung des Mittels ist ausschliesslich dem zugelassenen Arzt erlaubt. Jegliche andere Mitwirkung am Suizid ist ihm untersagt.<sup>291</sup>

Dies gilt auch *intra muros*. Unter dem Trennungs- und Transparenzprinzip darf eine Mitwirkung, namentlich im Sinne der Verschreibung eines Mittels NaP, jedoch nicht Aufgabe eines Gefängnisarztes sein,<sup>292</sup> einerlei, ob der begleitete Suizid innerhalb oder ausserhalb der Gefängnismauern erfolgt. Obwohl es jedem Arzt unter gewissen Voraussetzungen im Grundsatz frei steht<sup>293</sup>, das NaP zu verschreiben, ist es mit der Rolle und dem Aufgabenbereich eines Gefängnisarztes nicht vereinbar, den inhaftierten Personen ein entsprechendes Rezept auszustellen oder in einer anderen Weise Beihilfe zum Suizid zu leisten.<sup>294</sup> Dies bedeutet auch, dass sich eine externe Fachperson mit dem Vorliegen der Voraussetzungen der Suizidhilfe auseinandersetzen und sie beurteilen müsste und in der Folge ein externer Arzt resp. eine externe Ärztin die Rezeptausstellung vornehmen muss. Dabei hat er resp. sie sich, unabhängig der Beurteilung des Gefängnisarztes, ein Bild über den gesundheitlichen Zustand sowie das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen zu machen. Der Beizug einer weiteren Fachperson in diesen Ablauf erscheint unabdingbar, um die Unabhängigkeit der Institution zu unterstreichen, sodass weder der Anschein entstehen könnte, die Institution verlasse resp. fördere Suizidhilfe oder verhindere eine im Ausnahmefall zulässige Suizidhilfe. Diesbezüglich erscheint es von grosser Bedeutung, dass die internen Abläufe bzgl. der Abgabe des NaP und des Vorgehens insgesamt vom Grundsatz der Transparenz getragen werden und für die Gesellschaft und die aussenstehenden Personen nachvollziehbar sind.

<sup>288</sup> BRÄGGER, *Gefängnismedizin*, S. 195.

<sup>289</sup> Art. 150 Abs. 2 *Règlement des Etablissements de la plaine de l'Orbe* du 20 janvier 1982, *État de Vaud*.

<sup>290</sup> SAMW Richtlinie, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, S. 9; SAMW Richtlinie, *Umgang mit Sterben und Tod*, S. 16, 20, 25.

<sup>291</sup> ZIEGLER, S. 94-95.

<sup>292</sup> KEPPLER, S. 11.

<sup>293</sup> SAMW, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, S. 9; SAMW, *Umgang mit Sterben und Tod*, S. 25-26.

<sup>294</sup> NOLL/ENDRASS, S. 9.

## 2.11 Rechte und Pflichten des Aufsichtspersonals

*Welches sind die Rechte und Pflichten des Aufsichtspersonals in Bezug auf die Thematik der Sterbehilfe im Vollzug?*

Das Grundverhältnis von Mitarbeitenden der Institutionen zu den Gefangenen ist geprägt durch einen Zwangsgedanken. Die Gefangenen müssen sich den Regeln unterwerfen. Das Aufsichtspersonal ist beauftragt, diese Regeln durchzusetzen und die innere Ordnung einer Institution aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig sind sie oft erste Ansprechpersonen und auch Betreuer für die Inhaftierten.<sup>295</sup> Ihnen wird Vertrauen entgegengebracht. Weigerungen, die zum Teil sehr strikten Regeln zu befolgen bis hin zu Hungerstreik oder Suizid sowie der Umgang mit der heterogenen Insassenpopulation sowie den Personen, die teilweise bereits eine lange Zeit im Vollzug verbringen, stellen grösste Herausforderungen für das Personal dar. Die Entscheidungsfreiheit der Insassen – soweit sie möglich ist und mit den Vollzugsinteressen in Einklang steht – kann dieses schwierige Grundverhältnis in der Regel etwas entschärfen.<sup>296</sup> Der Spagat zwischen Aufsicht und Betreuung ist freilich fester Bestandteil der Arbeit von Vollzugsmitarbeitenden. Bei älteren Gefangenen oder gesundheitlich angeschlagenen Personen tritt bei den Mitarbeitenden vermehrt der Aspekt der Bezugsperson in den Vordergrund. Als Bezugsperson gehen sie auf die Bedürfnisse der Betroffenen stärker ein und häufig stellt sich eine Art Vertrauensverhältnis ein, wobei stets ein Balanceakt zwischen der nötigen Zuwendung und der nötigen Distanz besteht.<sup>297</sup>

Die Forschung zeigt, dass ein Todesfall im Vollzug auch für Mitarbeitende als ein belastendes Ereignis im Gefängnisalltag erlebt wird.<sup>298</sup> Generell sollte die Anstaltsleitung den Tod eines Inhaftierten zeitnah und in angemessener Weise kommunizieren, um Transparenz zu gewährleisten. Wird nicht informiert oder sind die Informationen für die Gefangenen nicht nachvollziehbar, so führt dies zu Misstrauen und Unsicherheit. Auch könnte der Eindruck entstehen, dass das Leben und der Tod nicht den gleichen Stellenwert wie im Leben ausserhalb der Mauern einnehmen.<sup>299</sup>

Aufgrund der vielschichtigen Aufgaben des Vollzugspersonals sollte bzw. darf das Personal einer Vollzugsinstitution zu keinem Zeitpunkt an der Durchführung eines Suizides bzw. der Suizidhilfe mitwirken.<sup>300</sup>

Die Suizidbegleitung soll gemäss dem hier vertretenen Trennungsprinzip nicht die Aufgabe des Aufsichtspersonals sein. Es wird sich jedoch nicht vermeiden lassen, dass, wenn eine Suizidbegleitung innerhalb der Anstalt stattfindet oder die betroffene Person dafür die Anstalt verlassen muss, das Aufsichtspersonal mit der Situation konkret konfrontiert sein wird. Es sollte jedoch deutlich festgehalten werden, dass das Aufsichtspersonal, auch wenn es möglicherweise die Vertrauensperson der inhaftierten sterbewilligen Person ist, sich zurückhaltend verhalten soll. Um mit der Situation der Suizidhilfe professionell und sachgerecht umgehen zu können, ist es nötig, das Vollzugspersonal im

<sup>295</sup> Vgl. Justizvollzug heute, S. 19. Zum Spagat zwischen Aufsicht und Betreuung vgl. <<https://stories.prison.ch/de/beruf-justizvollzug/>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>296</sup> FINK, S. 127.

<sup>297</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 77-78.

<sup>298</sup> URWYLER/NOLL, Rz 29; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 10 und 12.

<sup>299</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 114-115.

<sup>300</sup> SCHWARZENEGGER, Art. 115, Rz 16.

angemessenen Umgang mit einer solchen Situation zu schulen. Zudem ist er nötig, ihm die Möglichkeit einer Supervision anzubieten, in welcher die psychisch herausfordernde Situation der Suizidhilfe intra muros besprochen werden kann.

## 2.12 Sterbeort

*Welches sind die Möglichkeiten und Anforderungen an den Sterbeort? Wie kann einem würdigen Sterben in Unfreiheit Rechnung getragen werden?*

Nicht allein der Sterbewunsch steht im Zentrum der Überlegungen zum Lebensende eines Inhaftierten, sondern auch Wünsche zum Ort des Sterbens. Diese Wünsche sind jedoch weniger als Wunsch, an einem bestimmten Ort zu sterben, zu verstehen, sondern vielmehr als Wunsch die Umstände des Sterbens zu bestimmen. Dabei scheint eine gefühlte Freiheit eine Rolle zu spielen. Die Personen möchten – wie auch die meisten Menschen extra muros – möglichst schmerzfrei und im Beisein einer Vertrauensperson sterben.<sup>301</sup> Der psychiatrische Dienst, die Seelsorge, Gesundheitsdienste oder der Sozialdienst sind Anlaufstellen der Institutionen, um Fragen zum Ende des Lebens mit den Inhaftierten zu besprechen und zu klären.<sup>302</sup>

Zur Frage, wo der Suizid mit den Sterbebegleitenden stattfinden könnte, gibt es prinzipiell zwei naheliegende Möglichkeiten: in den Räumlichkeiten der entsprechenden Anstalt oder ausserhalb der Institution. Bisher verfügt keine Anstalt über spezielle Räumlichkeiten, die genutzt werden, wenn der Tod bei einem Insassen absehbar ist<sup>303</sup>, z.B. bei einer palliativen Situation, falls keine Verlegung in ein Spital oder ein Sterbehospiz erfolgt, oder wenn Suizidhilfe durchgeführt würde. Eine solche Räumlichkeit könnte – ungeachtet des begleiteten Suizids – auch für andere inhaftierte Personen ein Sterben in Würde ermöglichen.<sup>304</sup> Ein Sterben in Würde bedeutet auch das Sterben im vertrauten Umfeld. Wie auch Personen ausserhalb des Vollzugs möchten schwerstkranke inhaftierte Personen im Vollzug nicht immer versetzt werden, sondern in der vertrauten Umgebung bleiben. Dies hat – wie bereits mehrfach erwähnt – auch Auswirkungen auf das Vollzugspersonal und deren Ausbildung für diese Situationen. Auch muss es Zeit und Raum, um Abschied zu nehmen, geben.<sup>305</sup> Die zweite Möglichkeit besteht in der Nutzung von Räumlichkeiten ausserhalb der Anstalt. Die betroffene inhaftierte Person würde – begleitet durch das entsprechende Sicherheitsdispositiv – zum entsprechenden Ort gebracht und während des gesamten Aufenthalts in den Räumlichkeiten der Organisation überwacht werden. Die Anforderungen an die Sicherheit müssten vergleichbar mit den Sicherheitsvorkehrungen bei einer sonstigen (kurzzeitigen) Abwesenheit aus der vollziehenden Institution sein (z.B. bei der medizinischen Notwendigkeit der Durchführung eines CT oder MRI).

Eine Fachkommission wird grundsätzlich durch die Vollzugsbehörde konsultiert, wenn dem Täter, der ein qualifiziertes Anlassdelikt gemäss Art. 64 StGB<sup>306</sup> verübt hat, eine Vollzugslockerung, die

<sup>301</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 95-96.

<sup>302</sup> Siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 9.

<sup>303</sup> Siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 11 und 12.

<sup>304</sup> BRÄGGER, Sterben hinter Gittern, S. 12.

<sup>305</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 117.

<sup>306</sup> HEER, Art 62d, Rz 17.

Aufhebung einer stationären Massnahme oder die Umwandlung der Verwahrung in eine stationäre therapeutische Massnahme gewährt werden soll.<sup>307</sup> Das StGB führt jedoch nicht aus, wie der Einbezug der Fachkommissionen konkret ausgestaltet werden muss oder welche Funktionen ihr zukommen.<sup>308</sup> Es wird allerdings deutlich, dass die Fachkommissionen u.a. Begutachtungs- und Beratungsfunktionen haben und eine Kontrollfunktion wahrnehmen.<sup>309</sup> Bei der Verlegung in eine andere Institution oder in externe Räumlichkeiten einer Suizidhilfeorganisation handelt es sich im Kern um Vollzugslockerungen. Sicherheitsüberlegungen, die mit dem Täter und den möglichen Lockerungen verbunden sind, sind von grosser Relevanz und bedürfen daher der Beratung- bzw. Begutachtung durch die Fachkommission.

Aus den Rückmeldungen der Kantone ergab sich, dass keine der befragten Institutionen bisher über solche speziellen Räumlichkeiten verfügt. Ausserdem besteht keine Einigkeit darüber, ob es in Institutionen überhaupt solche Räumlichkeiten geben sollte.<sup>310</sup> In einigen Kantonen wäre es denkbar, dass in der Krankenabteilung oder in einer Abteilung «Alter und Gesundheit» ein entsprechender Rückzugsort eingerichtet werden könnte. Es wurde allerdings mehrmals darauf hingewiesen, dass Inhaftierte, die sich nahe am Lebensende befinden, möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung, d.h. in der Wohnzelle, verbleiben möchten. Zudem ist ersichtlich, dass die vorhandenen Räumlichkeiten oft als ungeeignet für einen solchen Ort erachtet werden. So müsste die ganze Bandbreite an Sicherheitsanforderungen erfüllt und die Betreuung durch vollzug- und pflegeerfahrenes Personal sichergestellt werden.

Eine Möglichkeit der Einrichtung eines Sterbeorts könnte auch an die drei Strafvollzugskonkordate angebunden werden. Es wird vorgeschlagen, dass in jedem Strafvollzugskonkordat in je einer Anstalt entsprechende Räumlichkeiten eingerichtet werden, das nötige professionelle Fach- und Aufsichtspersonal ausgewählt wird und durch die Bedingungen der Anstalt der Sicherheitsaspekt gewährleistet ist.<sup>311</sup> Dieser Vorschlag hat den Vorteil, dass der Ort bzw. die Anstalt bestimmt ist, die Sicherheitsvorkehrungen garantiert sind und das spezialisierte Personal dort tätig sein kann. Es würde allerdings auch ein hoher Flexibilitätsanspruch an die betreffende Anstalt und hohe persönliche und fachliche Anforderungen an das hierfür nötige Personal gestellt werden.

## 2.13 Kosten des assistierten Suizids

*Wie gestaltet sich die Kostentragung des assistierten Suizids in einer Vollzugseinrichtung?*

### 2.13.1 Kostenübernahme gemäss den Konkordaten

Art. 41 Abs. 1 lit. b BV sieht vor, dass sich sowohl Bund wie auch die Kantone einsetzen müssen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Grundsätzlich tragen die Kantone die Kosten des Straf- und Massnahmenvollzugs (Art. 380 Abs. 1 StGB), wobei der Verurteilte an den Kosten angemessen teilhat (Art. 380 Abs. 2 StGB). Interkantonal werden die Kosten durch die Kantone

<sup>307</sup> ROHNER, S. 76, Rz 181.

<sup>308</sup> ROHNER, S. 77, Rz 182 f.

<sup>309</sup> ROHNER, S. 77, Rz 184 ff.; ROHNER, S. 80, Rz 194 ff.

<sup>310</sup> So auch die Feststellung von BRÄGGER, *Sterben hinter Gittern*, S. 12.

<sup>311</sup> MAURER, *Sterben hinter Gittern*, <<https://www.tagblatt.ch/schweiz/suizidzellen-fur-haftlinge-ld.1066738>> (besucht am 25. Juli 2019).



innerhalb der Konkordate für den Straf- und Massnahmenvollzug festgelegt. Die Konkordate bestimmen dabei die Ansätze. Im Konkordat der Nordwest und Innerschweiz wird bestimmt, dass im Grundsatz der einweisende Kanton dem vollziehenden Kanton die Vollzugskosten für die verurteilte Person zu bezahlen hat (Art. 17 Abs. 1 Konkordat Nordwest- und Innerschweiz, Art. 13 Ostschweizerkonkordat). Ein Kostgeld wird unter Berücksichtigung der Aufgaben der einzelnen Vollzugseinrichtungen festgelegt. Es obliegt der Konferenz, welche Leistungen mit dem Kostgeld abgegolten werden (Art. 17 Abs. 2 Konkordat Nordwest- und Innerschweiz, Art. 13 Ostschweizerkonkordat). Die Vollzugseinrichtung versichert die Insassen im Rahmen des Kostgelds gegen Unfall. Darüber hinaus sorgt die Vollzugseinrichtung für den Abschluss und die Fortführung der Krankenversicherung gemäss dem KVG. Subsidiär, wenn keine anderen Kostenträger vorhanden sind, gehen die Kosten zu Lasten der Vollzugseinrichtungen (Art. 18 Konkordat Nordwest- und Innerschweiz). Auch das Konkordat der lateinischen Schweiz hält in Art. 24 fest, dass die gefangenen Personen dem KVG unterstehen (Art. 24 Abs. 1 Konkordat der lateinischen Schweiz) und für diejenigen gefangenen Personen, die nicht dem KVG unterstehen, die Behandlungskosten vom Urteilkanton bzw. vom Kanton, der für die gefangene Person verantwortlich ist, übernommen werden (Art. 24 Abs. 3 Konkordat der lateinischen Schweiz).

Nebenkosten in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Vollzug, z.B. Anfahrt für Besuche von Ärzten und Therapeuten ausserhalb der Institution, gehen ebenfalls zulasten des Einweisungskantons, sofern sie z.B. nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.<sup>312</sup>

### 2.13.2 Übernahme von Gesundheitskosten

Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG und Art. 1 Abs. 1 KVV gibt es ein Versicherungsobligatorium für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Das Obligatorium gilt demnach auch für die Personen im Straf- und Massnahmenvollzug.<sup>313</sup> Die Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Diagnose oder Behandlungen einer Krankheit und ihren Folgen (Art. 25 KVG). Sie leistet einen Beitrag an Pflegeleistungen aufgrund ärztlicher Anordnung (Art. 25a KVG) und übernimmt weitere Kosten gemäss Art. 26 KVG ff. unter den Voraussetzungen nach Art. 32-34 KVG.

Rund ein Drittel aller Häftlinge in den Schweizer Gefängnissen – insgesamt 2000 Personen – haben aber keinen festen Wohnsitz und sind daher auch keiner Krankenkasse angeschlossen. Bei Häftlingen ohne Krankenversicherung bezahlen in der Regel die Kantone oder die Gemeinden die Gesundheitskosten. Die Richtigkeit dieser Regelung ist umstritten. Drei wichtige interkantonale Organisationen – die Konferenzen der Justiz- und Polizeidirektoren KKJPD, der SozialdirektorInnen SODK und die Konferenz für Sozialhilfe SKOS – fordern, dass sich die Häftlinge neu an den Arztkosten beteiligen, wenn sie Vermögen haben oder im Gefängnis Lohn erhalten.<sup>314</sup>

Hierzu äussert sich die Zentrale Ethikkommission (ZEK) in ihrer Stellungnahme zur Finanzierung medizinischer Leistungen im Gefängnis vom 15. Februar 2019 ausführlich. Sie betont die besondere Fürsorgepflicht des Staates gegenüber inhaftierten Personen und dessen Verpflichtung, eine ausreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Sämtliche inhaftierten Personen hätten Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung, die jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist, unabhängig da-

<sup>312</sup> DOMEISEN/MAURER, Art. 380, Rz 2.

<sup>313</sup> TAG, Intramurale Medizin, S. 6.

<sup>314</sup> <<https://www.srf.ch/news/schweiz/behandlungskosten-im-gefaengnis-wer-zahlt-fuer-krank-gefaengnisse>> (besucht am 25. Juli 2019).

von, ob sie dem KVG unterstellt seien oder nicht. Der Leistungskatalog des KVG dürfe nicht unterschritten werden. Aktuell hätten die Kantone unterschiedliche Systeme zur Kostenträgerschaft, was eine Ungleichbehandlung darstellen könne. Die ZEK empfiehlt, künftig alle inhaftierten Personen dem Krankenversicherungsobligatorium zu unterstellen. Die Gesundheitsversorgung müsse für die inhaftierten Personen niederschwellig zugänglich und grundsätzlich kostenfrei sein. Eine Kostenbeteiligung solle nur in Ausnahmefällen (erhebliches Einkommen oder Vermögen) verlangt werden. Diese herabgesetzte finanzielle Eigenverantwortung könnte jedoch dazu führen, dass eine inhaftierte Person besser gestellt werden könnte als eine nicht inhaftierte Person – dies müsse aber aufgrund der besonderen Schutz- und Fürsorgepflicht des Staates gegenüber Menschen im Freiheitsentzug hingenommen werden.<sup>315</sup>

### 2.13.3 Kosten des assistierten Suizids

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müssen staatliche, d.h. öffentlich-rechtliche Institutionen wie auch private, welche staatliche Subventionen erhalten, Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zulassen.<sup>316</sup> Daraus wird auch abgeleitet, dass Gefängnisse und Justizvollzugsanstalten diese zulassen müssen.<sup>317</sup> Der Justizvollzug als Ganzes und so auch das Gesundheitssystem in den Anstalten orientiert sich am Resozialisierungsprinzip – anstaltsinterne Gesundheitsdienste sind grundsätzlich aber auf Therapie und Prävention ausgerichtet, geriatrische Langzeitpflege und palliative Pflege sind bisher ungenügend verankert, assistierter Suizid ist nicht vorgesehen. In den letztgenannten Bereichen fehlt es an Ressourcen, also Infrastruktur und Personal.<sup>318</sup>

Der eingangs zitierte Entscheid des Bundesgerichtes<sup>319</sup> bezieht sich auf den begleiteten Suizid im gemeinnützigen, staatlich subventionierten Pflegeheim, welches aufgrund kantonaler Regelung zu dulden hatte, dass in seinen Räumlichkeiten Suizide begleitet werden. Pflegeheiminsassen und (langjährige) Häftlinge haben gemein, dass sie nur in Ausnahmefällen über einen anderen Wohnsitz verfügen und/oder ihr Bewegungsspielraum, sei es faktisch oder rechtlich, eingeschränkt ist. Damit sind beide Gruppierungen auf die Duldung der Institution, einen assistierten Suizid in ihren Räumlichkeiten durchzuführen, mehr oder minder angewiesen. Folgt man dieser Argumentation und spricht man sich dafür aus, dass in eng begrenzten Ausnahmefällen<sup>320</sup> Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug möglich sein sollte, bedeutet dies auch, dass für solche Fälle die Einrichtung auch über geeignete Räumlichkeiten verfügen muss.<sup>321</sup>

Die Kosten für assistierte Suizide werden nicht von den Krankenversicherungen gedeckt. Nur die Bestattungskosten sind von Art. 37 Abs. 1 UVG, also der Unfallversicherung, abgedeckt, soweit die verstorbene Person zum versicherten Personenkreis gehört. Die eingewiesenen Personen werden im Vollzug unfallversichert. Diese Kosten werden über das Kostgeld, das der einweisende Kanton dem

<sup>315</sup> Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK), S. 328-329.

<sup>316</sup> BGE 142 I 195 E. 6.

<sup>317</sup> BRÄGGGER, Sterben hinter Gittern, S. 11-12.

<sup>318</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 57 f.

<sup>319</sup> BGE 142 I 195 E. 6.

<sup>320</sup> Siehe hierzu Kapitel 2.2.3.2.2 und 2.7.3.

<sup>321</sup> So auch URWYLER/NOLL, Rz 29; siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Fragen 11 und 12.

vollziehenden Kanton vergütet abgegolten.<sup>322</sup> Andernfalls bestehen allgemeine kantonale Regelungen, welche die Bestattungskosten, z.B. der Wohngemeinde, übertragen.<sup>323</sup> Organisierte Suizidbegleitungen existieren zumeist in Form eines Vereins.<sup>324</sup> Die Sterbehilfeorganisationen stellen auf ihren Websites bzw. in ihren Statuten die Informationen zu den Kosten zur Verfügung.<sup>325</sup> Die Kostentragung des assistierten Suizids ist grundsätzlich Privatsache. Dies gilt sowohl innerhalb wie ausserhalb des Strafvollzuges (Äquivalenzprinzip). Einige Gefangene treten vor ihrem Eintritt in die Institution einer Suizidhilfeorganisation bei.<sup>326</sup> Die Kosten für das Verfahren der Vollzugs- oder Einweisungsbehörde sind vom Staat zu tragen.

Die Rechtslage stellt sich somit so dar, dass die direkten Kosten eines assistierten Suizides – mit Ausnahme der Bestattungskosten – weder über das KVG noch das UVG gedeckt sind, unabhängig davon, ob er inner- oder ausserhalb der Gefängnismauern stattfindet. Diese Kosten müssten von der inhaftierten Person, wie auch jeder Person ausserhalb des Strafvollzuges, selbst getragen werden. Die Kosten könnten vom Teil des Arbeitsentgelts, das gemäss Art. 83 Abs. 2 StGB zur freien Verfügung steht und die Bezahlung von persönlichen Auslagen ermöglichen soll, bezahlt werden. Das restliche Entgelt soll als Rücklage für die Zeit nach der Entlassung dienen und wird auf ein sog. Sperrkonto einbezahlt. Die Gefangenen können über den Betrag auf dem Sperrkonto nicht verfügen. In Ausnahmefällen kann es zulässig sein, für die Deckung von Gesundheitskosten auf den angesparten Betrag des Sperrkontos zuzugreifen, wenn kein anderer Kostenträger vorhanden ist.<sup>327</sup> Eine Möglichkeit könnte zudem sein, dass Personen, die noch nicht lange im Freiheitsentzug sind, daher nur wenig von dem ihnen zur Verfügung stehenden Arbeitsentgelt ansparen konnten und von einer Krankheit mit letalem Verlauf betroffen sind, auch auf das Sperrkonto zurückgreifen dürfen, um die Kosten der Suizidbeihilfe zu decken. Dieser Ansatzpunkt könnte auch für verwarnte Personen in Betracht gezogen werden, wenn sie in ihrem Leben mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht mehr über den Betrag auf dem Sperrkonto verfügen können.

Es erscheint wichtig, dass die Suizidhilfe in finanzieller Hinsicht voll und ganz von der betroffenen inhaftierten Person oder einem Dritten, wie z.B. einem Verein, der in solchen Notlagen hilft, getragen wird. Der Staat hat sich hier strikt zu enthalten, nicht nur, aber gerade auch um bereits dem Anschein entgegenzutreten, dass durch die Bezahlung der Suizidhilfe über die Hintertüre eine «freiwillige Todesstrafe» eingeführt werden würde.

<sup>322</sup> Merkblatt, Gesundheitskosten im Straf- und Massnahmenvollzug, Ostschweizer Strafvollzugskonkordat, Ziff.2; Vollzugskosten- und Gebührentarif, Strafvollzugskonkordat Nordwest- und Innerschweiz, S. 2.

<sup>323</sup> Z.B. § 45 ff. der Bestattungsverordnung des Kantons Zürich.

<sup>324</sup> Z.B. Exit.

<sup>325</sup> Z.B. Exit: <<https://pv.exit.ch/register>> (besucht am 25. Juli 2019); Dignitas: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf>>, Kostenfrage ab S. 14 (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>326</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 51.

<sup>327</sup> SCHÄRER, S. 42-43; siehe dazu z.B. Ostschweizer Strafvollzugskommission, Richtlinien Arbeitsentgelt, S. 2; oder z.B. Justizvollzugsverordnung des Kantons Zug, § 29 Abs. 1.

### 3 Schlussfolgerungen

Die verschiedenen Institutionen des Straf- und Massnahmenvollzugs müssen sich mit dem Thema «Tod im Gefängnis» und den zusammenhängenden Problematiken befassen. Fragen nach dem menschenwürdigen Sterben im Justizvollzug werden zunehmend Teil des Vollzugsalltags werden.<sup>328</sup> In dieser Schlussbetrachtung werden die wichtigsten Erkenntnisse der Expertise dargelegt und kurz erläutert.

#### 3.1 Aktuelle Situation in der Schweiz

Kein Kanton verfügt über explizite Regelungen zur Suizidhilfe im Vollzug. Der Kanton Waadt kennt in seinem Gesundheitsgesetz Regelungen zur Suizidhilfe in öffentlich finanzierten Gesundheitseinrichtungen.<sup>329</sup>

Die Suizidhilfe ist mit Ausnahme von Art. 115 StGB nicht strafbewehrt.<sup>330</sup> Obwohl ein Grossteil der Gesellschaft,<sup>331</sup> der Lehre und das Bundesgericht die Suizidhilfe in den rechtlichen Schranken anerkennen, stellt sich die Frage, ob in einer freiheitsentziehenden Institution und wenn ja, unter welchen Vorgaben, Suizidhilfe in Anspruch genommen werden darf. Der Wunsch, mit Hilfe einer Suizidhilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden, wird von Inhaftierten geäussert.<sup>332</sup> Öffentlich bekannt ist in der Schweiz ein Fall aus dem interkantonalen Gefängnis Bostadel, in welchem die Inanspruchnahme von Suizidhilfe gewünscht wird und dieser Wunsch an eine Suizidhilfeorganisation gerichtet wurde.<sup>333</sup> Ein weiterer Fall ereignete sich in Belgien.<sup>334</sup>

#### 3.2 Grundsätze der Trennung und Transparenz

Um die Suizidhilfe im Freiheitsentzug zu verorten, sind neben der Selbstbestimmung die Aufgaben, Ziele und Grundsätze des Vollzugs von entscheidender Bedeutung. Der Freiheitsentzug beruht auf verschiedenen Vollzugszielen und -grundsätzen und zielt namentlich auf die Wiedereingliederung der inhaftierten Person in die Gesellschaft ab. Die Person soll befähigt werden straffrei zu leben. Dazu gehört, dass der Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen hat und schädlichen Folgen des Vollzuges entgegenzuwirken ist. Darüber hinaus soll die Bevölkerung vor dem Täter geschützt werden (Art. 75 Abs. 1 StGB).<sup>335</sup> Des Weiteren prägen das Fürsorge- und

<sup>328</sup> HOSTETTLER/MARTI/RICHTER, Lebensende im Justizvollzug, S. 67.

<sup>329</sup> Art. 27d Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (LSP, 800.1).

<sup>330</sup> Unberührt bleiben die Bestimmungen des BetmG und des HMG.

<sup>331</sup> Siehe dazu: SCHWARZENEGGER/MANZONI/STUDER/LEANZA.

<sup>332</sup> SHAW/ELGER, S. 479.

<sup>333</sup> <<https://www.srf.ch/news/schweiz/dem-leben-ein-ende-setzen-verwahrter-mit-todeswunsch-das-leben-hat-keinen-sinn-mehr>> (besucht am 25. Juli 2019); siehe dazu Ergebnisse der Befragung der Kantone: Anhang, Frage 4.

<sup>334</sup> Hier wurde die bereits erteilte Genehmigung zur aktiven Sterbehilfe von der Institution wieder zurückgezogen, der Insasse wurde in eine andere Anstalt verlegt. <<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-in-belgien-sexualstraftaeter-van-den-bleeken-stirbt-nicht-a-1011575.html>> (besucht am 25. Juli 2019).

<sup>335</sup> ANASTASIADIS, S. 271.

Sicherungsprinzip den Alltag der Haft. Diese Prinzipien stehen in Bezug auf die Suizidhilfe in einem Spannungsverhältnis bzw. in einem Zielkonflikt.<sup>336</sup>

Da sowohl im Falle der Grundrechtskollision wie beim durch öffentliche Interessen gerechtfertigten Eingriff in Freiheitsrechte der Kerngehalt nicht angetastet werden darf (Art. 36 Abs. 4 BV), muss die Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug zwar möglich sein, aber auf einen eng begrenzten Ausnahmbereich beschränkt bleiben. Dieser liegt vor, wenn der urteilsfähige Inhaftierte sich aus medizinischer Sicht aufgrund einer letalen Krankheit tatsächlich am Ende seines Lebens befindet, die (Weiter-)Behandlung mit Palliativmedizin ablehnt, sich stattdessen für die Suizidhilfe entscheidet und keine vorzeitige Haftentlassung in Betracht kommt. Denn in einer solchen Situation gibt es keine sachlichen Kriterien, die eine unterschiedliche Behandlung des selbstbestimmt gefassten Entschlusses des Betroffenen intra muros und extra muros rechtfertigen würde. Dass der Inhaftierte über die Folgen seines Suizidwunsches unmissverständlich aufgeklärt sein muss und ihm jederzeit eine palliative Begleitung anzubieten und zu gewähren ist, sind Selbstverständlichkeiten. Ist der Inhaftierte in einer solchen Situation infolge der Einnahme des tödlichen Mittels urteilsunfähig geworden, ist für die weitere Betreuung auf seinen mutmasslichen Willen resp. seine gültige Patientenverfügung abzustellen.

Für diese Ausnahmesituation muss die Rollenverteilung der einzelnen involvierten Stellen und Personen offengelegt werden. Ein Grundsatz, der hier gelten muss, ist das Trennungsprinzip. Es kommt zur Anwendung in Bezug auf die Personen, die in der Anstalt eine Funktion oder eine Tätigkeit ausüben, d.h. das Vollzugspersonal oder weiteren für die vollziehende Einrichtung tätig werdende Personen und denjenigen Personen, die in die eigentliche Suizidbegleitung involviert sind. Dies bedeutet, dass der Anstaltsarzt, die Pflegenden, die Mitarbeitenden oder die psychologischen Betreuungspersonen mit Ausnahme der Würdigung ihrer Wahrnehmungen nicht in den Gesamt Ablauf der Suizidhilfe einbezogen werden dürfen. Vorab muss jedoch geklärt werden, ob die (hier vorgeschlagenen) Voraussetzungen einer Suizidhilfe tatsächlich vorliegen. Dies ist Aufgabe der einweisenden Einrichtung oder Behörde, die hierfür allenfalls auch externe Fachpersonen einsetzen sollte. Sind die Voraussetzungen gegeben, sind die konkret auf die Suizidhilfe ausgerichteten Gespräche zu führen, wobei stets die Möglichkeit für den Insassen bestehen muss, auf die Suizidhilfe zu verzichten und palliative Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Begleitung beim Suizid muss von externen erfahrenen Personen übernommen werden. Gibt es keine Alternative zur Sterbebegleitung intra muros, so z.B. aus Sicherheitsgründen, sollten im Rahmen der Strafvollzugskonkordate geeignete Anstalten identifiziert und der Situation des Sterbens angemessene Rückzugsräume geschaffen werden. Die Kosten für die Suizidbegleitung sind nicht von der Institution, sondern i.d.R. von der betreffenden inhaftierten Person zu tragen. Nach aussen muss stets deutlich werden, dass die Abläufe im Zusammenhang mit der Suizidhilfe entsprechend den zu schaffenden rechtlichen Vorgaben durchgeführt werden und nicht Teil des Straf- und Massnahmenvollzugs sind.

<sup>336</sup> BRÄGGER, Besondere Vollzugsgrundsätze, S. 95-96.

### 3.3 Kantonale Zuständigkeiten

Die einweisenden Behörden nehmen Entscheidungen über Vollzugslockerungen oder vorzeitige Entlassungen vor und sind für die massgebenden Entscheidungen des gesamten Vollzugs zuständig. Daher ist es konsequent, wenn die einweisende Behörde auch in der Frage der Zulassung der Suizidhilfe für eine inhaftierte Person entscheidet – dies unter Rücksprache mit der vollziehenden Institution. Sie würde, falls notwendig, gestützt auf ihr kantonales Recht, die inhaftierte Person für die Durchführung in den eigenen Kanton oder in eine bestimmte, für die Suizidhilfe vorgesehene Anstalt oder Örtlichkeit bringen. Keine Anstalt sollte auf Anordnung eines anderen Kantons die Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten oder auf ihrem Kantonsgebiet durchführen müssen.

### 3.4 Urteilsfähigkeit

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch erweist sich als vielschichtig.

Die ärztliche Begutachtung richtet sich an der SAMW Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» aus. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit und den weiteren Voraussetzungen ist mindestens von zwei unabhängigen Fachpersonen oder auch von entsprechenden unabhängigen Fachkommissionen vorzunehmen. Dieses Vorgehen entspricht dem vertretenen Trennungs- und Transparenzprinzip.

### 3.5 Suizidhilfe als ultima ratio

Das Strafrecht und das Strafvollzugsrecht sehen verschiedenen Möglichkeiten vor, veränderten Gegebenheiten im Vollzug Rechnung zu tragen. So kann eine Abweichung der Vollzugsform zulässig sein, wenn sich die inhaftierte Person in einer schlechten psychischen oder physischen Verfassung befindet und der Zustand eine andere Art der Unterbringung etc. erfordert. Dies kann dann z.B. der Fall sein, wenn die inhaftierte Person intensiver Pflege bedarf.<sup>337</sup> Das Bundesgericht hat festgehalten, dass nur medizinische Risiken, die einer Fortsetzung der Strafvollstreckung entgegenstehen würden, sich als relevante, schwerwiegende gesundheitliche Gründe für eine abweichende Vollzugsform erweisen können.<sup>338</sup> In diesem Kontext kann sich zudem die Frage der Hafterstehungsfähigkeit stellen, die abweichende Vollzugsformen begründen kann.<sup>339</sup> Eine weitere Möglichkeit besteht im Haftunterbruch (Art. 92 StGB). Allerdings ist ein Unterbruch nur subsidiär und ausnahmsweise als ultima ratio anzuwenden, denn die Regelungen zu den abweichenden Vollzugsformen gemäss Art. 80 StGB sollen stets Vorrang haben.<sup>340</sup>

Die mangelnde Straferstehungsfähigkeit als Folge schwerwiegender Krankheiten wird als wichtiger Grund eingestuft. Die Pflege und die Behandlung werden in der Regel im Rahmen des Vollzugs

<sup>337</sup> KOLLER, Art. 80, Rz 11

<sup>338</sup> BGE 136 IV 97, Erw. 5.1.

<sup>339</sup> Richtlinie der Konkordatskonferenz Nordwest- und Innerschweiz, Ziff. 1; GRAF, Hafterstehungsfähigkeit, S. 234.

<sup>340</sup> KOLLER, Art. 92, Rz 1.

durchgeführt.<sup>341</sup> Der Unterbruch setzt eine derart schwere Krankheit voraus, dass die vollständige Straferstehungsunfähigkeit von unabsehbarer oder jedenfalls langer Dauer vorliegt und das öffentliche Interesse am Strafvollzug gänzlich der Notwendigkeit von Pflege und Heilung weichen muss.<sup>342</sup>

Diese gesetzlichen Möglichkeiten müssen vor der Suizidhilfe geprüft werden und es sollten unter Einbezug der betroffenen Person alle alternativen Möglichkeiten erörtert werden. Sollten keine sicherheitsrelevanten Bedenken dem entgegenstehen, ist zu prüfen, ob die Suizidhilfe im Rahmen eines Sachurlaubes gewährt werden kann.

Unabhängig von der Diskussion um die Zulässigkeit der Suizidhilfe im Vollzug ist es wünschbar, dass der Ausbau der Palliative Care für inhaftierte Personen mit den notwendigen Sicherheitsaspekten vorangetrieben und die Suizidhilfe nur als ultima ratio-Möglichkeit in Betracht gezogen wird.

<sup>341</sup> KOLLER, Art. 92, Rz 10.

<sup>342</sup> BGE 106 IV 321, Erw. 7.

## 4 Anhang

Wir bedanken uns für die Teilnahme an der Umfrage und die mitgeteilten Einschätzungen. Sie tragen einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion bei.

Es haben 17 Kantone an der Umfrage teilgenommen. Die folgenden Antworten geben einen Einblick in die Rückmeldungen und sind nicht als abschliessend zu erachten.

*1. Gibt es kantonale Vorschriften bzgl. Tod und Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug in Ihrem Kanton? Könnten Sie uns die entsprechenden Vorschriften zukommen lassen?*

Die befragten Kantone kennen keine kantonalen Vorschriften bzgl. Tod und Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug.

*2. Gibt es Reglemente, Leitlinien, Hausordnungen etc., die Bestimmungen zum Umgang mit Tod und Suizidhilfe enthalten? Könnten Sie uns die entsprechenden Dokumente nennen oder zukommen lassen?*

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Kantone verfügen nicht über Reglemente etc. Allerdings ist ersichtlich, dass es Merkblätter zur Suizidprävention und Notfallkonzepte zum aussergewöhnlichen Todesfall gibt.

*3. Gibt es kantonale Vorschriften bzgl. Hungerstreik? Könnten Sie uns die entsprechenden Dokumente nennen oder zukommen lassen?*

Fast alle der befragten Kantone gaben an, dass sie über kantonale Vorschriften zum Hungerstreik in Form von kantonalen Gesetzesbestimmungen, Verordnungen oder Weisungen verfügen.

*4. Wurde Ihre Institution bereits mit Fragen zur Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug konfrontiert?*

Bisher wurde nur der Kanton Bern mit der Frage konfrontiert. In den anderen befragten Kantonen hat sich die Frage noch nicht direkt gestellt. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass die Institutionen mit Suizid, Hungerstreik und in letzterem Kontext auch mit passiver Sterbehilfe bereits konfrontiert worden seien.

*5. Welche Fragen/Hauptprobleme haben sich gestellt?*

Gemäss den Auskünften des Kantons Bern erging die Anfrage eines Insassen an die Organisation «Exit» und nicht an die zuständige Einweisungsbehörde. Bisher gebe es keine Erfahrungen der Institutionen mit Suizidbegleitung von inhaftierten Personen. Es gebe dazu auch keine gesetzlichen oder sonstigen Grundlagen.



In Bezug auf die Hungerstreikproblematik wurden die Verknüpfung des Hungerstreiks mit einer konkreten Forderung und das Recht auf Suizid genannt.

Ein weiteres Problemfeld wird im Fehlen von Vollzugsinstitutionen, welche pflegebedürftige, aber trotzdem gemeingefährliche Straftäter aufnehmen würden, gesehen. Wünschenswert sei eine Vorstufe zum Zürcher «Lighthouse», d.h. ein Sterbehospiz, für Täter mit einer Gefährlichkeits- und Fluchtproblematik.

Die Auswirkungen auf andere Insassen und allfällige Drucksituationen wurden ebenfalls als potenzielle Probleme im Kontext der Suizidbegleitung thematisiert.

#### *6. Welche Rolle hat die palliative Medizin in diesem Kontext?*

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Einweisung von Insassen in die Bewachungsstation am Inselspital schweizweit möglich sei. Dort werde die entsprechend der Situation nötige medizinische Betreuung und Pflege mit den entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen angeboten.

Bei unheilbarer Krankheit wurde die Anwendung der Art. 80 und 92 StGB auf medizinische Indikation hin genannt.

Die Zusammenarbeit mit externen Palliativ-Organisationen sei nur in der letzten Phase möglich, da diese oft nur über geringe Sicherheitsvorkehrungen verfügen. Auch sei eine Rückversetzung in die Vollzugsinstitution bei Unregelmässigkeiten hochproblematisch.

Es wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass Insassen vermehrt Patientenverfügungen verfassen würden.

#### *7. Es stirbt eine inhaftierte Person im Vollzug. Wie gehen Sie vor, wenn verschiedene Kantone in das Verfahren der inhaftierten verstorbenen Person involviert sind?*

Die Mehrheit der befragten Kantone gab an, sofort die zuständige Einweisungsbehörde zu informieren. Etwa die Hälfte der Kantone sah sodann die Zuständigkeit auch ausdrücklich bei der Einweisungsbehörde.

Etwas weniger als die Hälfte der Kantone sah die Zuständigkeit bei den Behörden des Vollzugskantons, so insbesondere auch bei der Polizei. Gemäss einem Kanton beurteilt sich die Verfahrenshoheit nach dem Ort des Todesfalls.

Ein Kanton sah sodann eine geteilte Zuständigkeit in Form einer Kooperation von einweisendem und vollziehendem Kanton, wobei im Streitfall der vollziehende Kanton vorgehe. Gemäss anderer Meinung obliege die Koordination dem Einweisungskanton.

Sofortmassnahmen würden gemäss einigen Angaben in der Zuständigkeit des Gefängnispersonals liegen. Einzelne Kantone gaben an, dass in jedem Fall eine kantonsinterne Abklärung betreffend der Todesursache und einem allfälligen aussergewöhnlichen Todesfall vorgenommen würde.

*8. Falls Sie sich bereits mit dem Wunsch nach Suizidhilfe befasst haben, stellten sich auch in diesem Bereich Fragen der Zusammenarbeit verschiedener Kantone?*

In diesem Kontext wurde das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage genannt, welche Klarheit schaffen soll. Dies vor dem Hintergrund einer alternden Generation von Gefängnisinsassen zufolge längerer Vollzugsdauer und einer zunehmenden Anzahl ausgesprochener Verwahrungen. Zur Zuständigkeit sind die Kantone zwischen Einweisungs- und Vollzugskanton gespalten.

*9. Gibt es in Ihrer Institution eine Anlaufstelle für Fragen zum Ende des Lebens? Insbesondere für Sterbehilfe oder palliative Versorgung?*

Kein Kanton verfügt bisher über eine spezielle Anlaufstelle für Fragen zum Ende des Lebens. Jedoch nannten die meisten Kantone die Seelsorge, den psychiatrischen Dienst oder Gesundheitsdienst, den Sozialdienst sowie die Gefängnisleitung, welche für solche Fragen zuständig seien.

Einzelne Kantone wiesen auf die Möglichkeit einer Anwendung von Art. 80 StGB und Art. 92 StGB hin.

Sodann wurde auf ein Palliativ-Konzept verwiesen, welches Schnittstellen und Zuständigkeiten in diesem Bereich regle. Auch die Zusammenarbeit mit Pro-Senectute und die Möglichkeit des Verfassens einer Patientenverfügung wurden genannt.

*10. Welche Pflichten hat das allgemeine Aufsichtspersonal in diesem Zusammenhang?*

Etwa die Hälfte der Kantone weist zunächst auf die sofortige Information der Vorgesetzten und der Seelsorge sowie des Gesundheitsdienstes hin. Ein Kanton sieht eine Diskussion im interdisziplinären Gremium vor.

Vereinzelt wurde die Information von Familienmitgliedern und nahestehenden Personen genannt. Bei hoher Suizidgefahr wurde die Möglichkeit einer Einweisung in die BEWA oder in eine psychiatrische Klinik genannt.

Verschiedene kantonale Institutionen sehen eine enge psychologische Betreuung gerade bei jungen Erwachsenen und bei geringer Suizidalität vor. Bei mittlerer und schwerer Suizidalität kann die Einweisung in eine psychiatrische Klinik angezeigt sein.

Als Problem wurde die schwierige Einschätzung der Ernsthaftigkeit von Suizidäusserungen im Strafvollzug thematisiert.

*11. Gibt es in Ihrer Institution einen Rückzugsort für Personen, bei denen das Lebensende zu erwarten ist?*

Es wurde auf die Krankenstation im Gefängnis verwiesen.

Fast alle Kantone verfügen über nicht über einen Rückzugsort für Personen am Lebensende. Vereinzelt wurde auf die Einweisung in ein kantonales Spital verwiesen, so z.B. die Bewachungsstation BEWA.

Ein Kanton wies auf die Möglichkeit hin, eine Person in der gefängniseigenen Krankenstation unterzubringen.

Sodann verfügt ein Kanton über eine Abteilung Alter und Gesundheit. Für Personen, die noch nicht pflegebedürftig seien, könnte diese Zelle als Rückzugsort bezeichnet werden.

*12. Was spricht Ihrer Meinung nach für oder gegen einen solchen Ort?*

Die alternde Insassenpopulation wird von einigen Kantonen als Grund gesehen, den Aufbau solcher Orte an die Hand zu nehmen. Der Ort müsste von den anderen Abteilungen getrennt sein. Nicht zu unterschätzen sei auch die psychische Belastung der Angestellten, wenn sich ein Todesfall oder Suizid ereigne.

Ein anderer Kanton verneinte die Notwendigkeit solcher Orte mit der Begründung, das Lebensende sollte in medizinischen Einrichtungen verbracht werden, und nicht in einer Vollzugsanstalt.

Ein Problem in diesem Kontext sah ein Kanton darin, dass die intensive medizinische Betreuung und die Anwesenheit von Angehörigen eine spezielle Einrichtung bedingt, die nicht in jeder Vollzugsanstalt bereitgestellt werden könnte.

Entsprechend sollte gemäss einigen Kantonen die palliative Begleitung in einem Spital, Altersheim oder (u.a. bei Fluchtgefahr) einer spezialisierten Anstalt wie die BEWA stattfinden. Ein solcher Ort sei mit hohen Anforderungen an Sicherheit und an vollzugserfahrenes Pflegepersonal verbunden. Die fluktuierende Anzahl Insassen in einer solchen Lebenssituation erfordere hohe Flexibilität. Darüber hinaus bestünde u.U. ein langer Anreiseweg für Angehörige.

Gemäss Angaben zweier Kantone wollen die Insassen i.d.R. so lange als möglich in der vertrauten Wohnzelle bleiben und nicht in eine andere Abteilung versetzt werden. Gleichzeitig würde das Angebot externer Angebote wohl geschätzt, so z.B. der Wechsel in ein Hospiz.

Es seien gute Erfahrungen mit einer spezialisierten Abteilung für «Alter und Gesundheit» vorhanden, die jedoch hohe Anforderungen an die Ausbildung des Personals und an Ressourcen stelle.

*13. Bei einem Gefangenen wird das Lebensende in nächster Zeit erwartet. Inwieweit wird die Hafterstehungsfähigkeit geprüft und bejaht?*

Die Hafterstehungsfähigkeit wird laufend geprüft und gutachterlich festgehalten, insbesondere wenn sich der Gesundheitszustand stark verschlechtert. Sobald sich eine medizinische Problematik in Bezug auf die Hafterstehungsfähigkeit zeigt, werde das weitere Vorgehen frühzeitig besprochen und allenfalls nach Platzierungsmöglichkeiten gesucht.

Die Prüfung der Hafterstehungsfähigkeit werde von einer medizinischen Fachperson (in der Regel durch einen Anstaltsarzt, Amtsarzt, externer Arzt) vorgenommen.

Es werde ein Strafunterbruch, Verlegung in die BEWA, bedingte Entlassung geprüft. Es wurde zu bedenken gegeben, dass ein Suizidrisiko keine Unterbrechung der Strafvollstreckung rechtfertige.

Es wird darauf hingewiesen, dass die angemessene und richtige Betreuung in dieser Phase gewährleistet werden muss.

*14. Werden im Kontext von Sterben und Suizidhilfe abweichende Vollzugsformen gemäss Art. 80 StGB in Betracht gezogen?*

Den Antworten ist zu entnehmen, dass grösstenteils abweichende Vollzugsformen in Betracht gezogen werden würden, wobei die öffentliche Sicherheit stets einbezogen werden müsse. Es gebe keine entsprechenden konkreten Erfahrungen dazu.

*15. Wird im Kontext von Sterben und Suizidhilfe die bedingte Entlassung gemäss Art. 86 StGB in Betracht gezogen?*

Aus den Antworten ist grosse Zurückhaltung ersichtlich und der bedingten Entlassung wird kritisch gegenüber gestanden. Es müssten sämtliche Voraussetzungen gemäss Art. 86 StGB vorliegen. Das Sterben und die Suizidhilfe würden bei der Frage der bedingten Entlassung in der Regel nicht im Vordergrund stehen. Die öffentliche Sicherheit sei in der Regel höher zu gewichten.

*16. Das Lebensende und Sterben im Gefängnis wirft auch Fragen zu Kosten und Kostenübernahme auf. Welchen Herausforderungen stehen Sie diesbezüglich gegenüber?*

Diese Kostenfrage habe sich bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht gestellt. Es wird auf die Übernahme durch die Krankenkasse und auf die Übernahme durch Sozialhilfe bzw. die Kostenbeteiligung des Staates verwiesen. Es sei zwischen Vollzugskosten und Gesundheitskosten (insbesondere in Bezug auf palliative Pflege) zu unterscheiden. Professionelle Angebote seien ressourcen- und kostenintensiver. Teilweise sei es möglich, dass Institutionen mit externem Pflegedienst die Gefangenen für eine gewisse Zeit in der letzten Lebensphase aufnehmen würden. Der zusätzliche Mehraufwand werde von der einweisenden Behörde in der Regel übernommen.

*17. Sehen Sie Parallelen oder Unterschiede zwischen dem Wunsch nach Suizidhilfe und der Problematik des Hungerstreiks? Können Sie diese näher erläutern?*

Unterschiede werden vor allem darin gesehen, dass der Sterbewunsch beim Hungerstreikenden nicht im Vordergrund stehe, sondern als Protest verstanden werde, um ein gewisses Ziel zu erreichen. Der Hungerstreikende sei in der Regel nicht suizidal. Es gehe darum, herauszufinden, worum es der gefangenen Person wirklich gehe. Die Unterscheidung von Drohung und wirklichem Sterbewunsch sei schwierig herauszufinden.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Behörden bei einer Suizidhilfe eine aktivere Rolle hätten als bei einem Hungerstreik.

*18. Haben Sie weitere Anmerkungen? Gerne dürfen Sie uns hier eine Nachricht hinterlassen:*

Es sei ein schwieriges Thema, das auch ausserhalb des Justizkontextes, kontrovers diskutiert werde. Eine interdisziplinäre Diskussion unter Einbezug des Zwangskontextes sei zu führen.

Allenfalls gewinne die Thematik im Zusammenhang mit Rückschaffungen ebenfalls an Bedeutung.

Es wurde auch vertreten, dass es nicht Aufgabe der Vollstreckungsbehörde sei, sich mit der Unterstützung von Suizidvorhaben zu befassen.