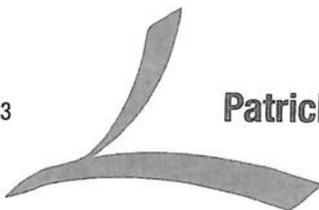


Fon +41 (0)44 944 54 00
Fax +41 (0)44 944 54 01
patrick.schaerz@schaerzlaw.ch
www.schaerzlaw.ch

Tannenzaunstr. 23
Postfach
8610 Uster
Schweiz



Patrick Schaerz lic. iur. Rechtsanwalt
Fachanwalt SAV Familienrecht
Mediator SAV I Collaborative Lawyer
Eingetragen im Anwaltsregister

Einschreiben

Bezirksgericht Uster
Gerichtsstrasse 17
Postfach
8610 Uster

Uster, 19. April 2022
K0093755

Sehr geehrter Herr Präsident

In Sachen

1. [REDACTED] Kläger 1
2. [REDACTED] Kläger 2
3. [REDACTED] Kläger 3

Kläger 1 - 3 vertreten durch:

lic. iur. Patrick Schaerz, Rechtsanwalt, Prozess- und Zustellungsdomizil: Tannenzaunstrasse 23,
Postfach, 8610 Uster

gegen

1. **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**, Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, 3001 Bern, Beklagte 1
2. **Berufsverband der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH)**, Elfenstrasse 18, Postfach, 3000 Bern 16, Beklagte 2

betreffend

Persönlichkeitsverletzung gemäss Artikel 28 ZGB / Teilrevision SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

reiche ich namens und im Auftrag der Kläger 1 – 3

Klage

ein und stelle die folgenden

Rechtsbegehren:

- «1. Der Beklagten 1 sei zu verbieten, die Änderungen ihrer Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (Präzisiertes Kap. 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» Stand 3. November 2021, Version zu Händen des SAMW-Senats am 25.11.2021) zu verabschieden, oder, falls diese vom Senat der SAMW bereits definitiv beschlossen worden sein sollten, seien diese gerichtlich für nichtig zu erklären;
2. Der Beklagten 2 sei zu verbieten, die Änderungen in den SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (Präzisiertes Kap. 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» Stand 3. November 2021, Version zu Händen des SAMW-Senats am 25.11.2021) als Standesrecht zu übernehmen;

unter Kosten- und Entschädigungsfolge, zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten 1 und 2.»

Ferner stelle ich namens und im Auftrag der Kläger 1 – 3 folgenden

Prozessualen Antrag:

Der Beklagten 2 sei superprovisorisch zu verbieten, für die Sitzung der Ärztekammer eine Diskussion oder Beschlussfassung über die Übernahme dieser Änderungen in ihren Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (Präzisiertes Kap. 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» Stand 3. November 2021, Version zu Händen des SAMW-Senats am 25.11.2021) zu traktandieren und/oder durchzuführen.

unter Kosten- und Entschädigungsfolge, zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten 1 und 2.»

Begründung:

I. Formelles

1. Natur der Streitsache / Zuständigkeit

Vorliegend handelt es sich um eine Zivilrechtsstreitsache betreffend Schutz der Persönlichkeit gemäss Art. 28 ff. ZGB.

Die anhängig gemachte Klage steht nicht mit einem allenfalls bestehenden Gewerbebetrieb der Parteien im Zusammenhang.

Gemäss Art. 20 lit. a. ZPO ist für Klagen aus Persönlichkeitsverletzung das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig. Kläger 1 hat seinen Sitz in Forch-Scheuren (Gemeinde Maur), Kläger 2 und 3 wohnen in Forch-Scheuren. Alle drei Kläger haben ihren Sitz bzw. Wohnsitz in der Gemeinde Maur, welche im Bezirk Uster liegt (vgl. § 1 des Bezirksverwaltungsgesetzes [BezVG] vom 10. März 1985).

Die örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des Bezirksgerichts Uster ist folglich nach Massgabe von Art. 20 lit. a. ZPO i.V.m. § 3 Abs. 1 lit. a. GOG 19 gegeben.

BO: 1. Internet-Handelsregisterauszug [REDACTED] –
[REDACTED]

Beilage 1

2. Beglaubigter Handelsregisterauszug des Klägers 1 und Wohnsitzbescheinigungen der Kläger 2 und 3
Zur Edition offeriert

2. Persönlichkeitsrechte gelten für natürliche und juristische Personen

Klagen gemäss Artikel 28 des Zivilgesetzbuchs können von natürlichen und juristischen Personen erhoben werden (vgl. dazu: Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I, Helbing Lichtenhahn Verlag, 2018, 6. Auflage [BSK ZGB I], ANDREAS MEILI, Artikel 28, N. 32f.). Dies trifft auf alle Klageparteien zu.

Beim Kläger 1 ist in diesem Zusammenhang zudem auf seine Statuten zu verweisen, die zum Vereinszweck in Artikel 2 unter anderem Folgendes vorsehen:

«Der Verein bezweckt, [...] seinen Destinatär-Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern, auch weiteren Personen bei der Durchsetzung dieses Menschenrechts behilflich zu sein und für dessen weltweite Verwirklichung zu kämpfen.»

Zudem ist in Artikel 2 Absatz 2 dieser Statuten Folgendes festgehalten:

«Der Verein verfolgt diesen Zweck, indem er insbesondere

a) seinen Destinatär-Mitgliedern überall dort im Rahmen seiner Möglichkeiten durch Rat und Tat dem Einzelfall angepasste Hilfe leistet, wo deren Anspruch auf Beachtung ihrer Menschenwürde, insbesondere ihrer

Menschenrechte und Grundfreiheiten, im Leben und im Sterben als bedroht betrachtet werden muss;

b) die Interessen seiner Destinatär-Mitglieder bezüglich der Durchsetzung ihres Selbstbestimmungsrechts gegenüber der Öffentlichkeit sowie Behörden im In- und Ausland vertritt;».

Damit ist Kläger 1 nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Interessen seiner Mitglieder in diesem Verfahren entsprechend wahrzunehmen.

BO: Statuten Kläger Verein ; – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben
Beilage 2

3. Persönliche Betroffenheit

Wie nachstehend im materiellen Teil noch aufgezeigt wird, sind alle drei Kläger von den bestehenden SAMW Richtlinien und damit auch von den zu revidierenden Bestimmungen direkt oder indirekt berührt und werden in ihren Grundrechten und Grundfreiheiten verletzt. Insbesondere der Kläger 1 und der Kläger 2 sind in ihrer täglichen Geschäfts- und Berufsausübung von den bestehenden Regelungen betroffen. Mit der geplanten Änderung erleidet diese Tätigkeit noch aufzuzeigende Einschränkungen. Entsprechend sind alle Kläger auch zur vorstehenden Klage legitimiert.

4. Vollmachten

Der Unterzeichnende legitimiert sich mit förmlichen Anwaltsvollmachten der Kläger 1 - 3 vom 12. April 2022.

BO: 1. Original Vollmacht [redacted]; [redacted] Beilage 3a
2. Vollmacht [redacted], [redacted] Beilage 3b
3. Vollmacht [redacted] Beilage 3c

II. Materielles

A. Sachverhalt

5. Worum handelt es sich?

Der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden auch: FMH [foederatio helveticorum medicorum] oder Beklagte FMH) war nicht bereit, die von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (im Folgenden auch: SAMW oder Beklagte SAMW) am 17. Mai 2018 verabschiedeten medizin-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (nachfolgend: Richtlinien 2018) in sein Standesrecht zu überführen. Die Ärztekammer hat dies anlässlich ihrer Delegiertenversammlung vom 25.10.2018 so beschlossen.

Deshalb will die SAMW diese Richtlinien nun in der Weise anpassen, dass die FMH bereit ist, diese doch noch in ihr Standesrecht zu übernehmen. Die so geänderte

Fassung der SAMW-Richtlinien (nachfolgend: Entwurf Richtlinien) soll von der Ärztekammer, dem *Parlament* der FMH, in einer Sitzung vom 19. Mai 2022 in das Ständesrecht der FMH übernommen werden. Die darin vorgesehenen Änderungen¹

- beschränken die Zulässigkeit einer Suizidhilfe durch einen Arzt² auf Personen mit einem schweren medizinischen Leiden;
- lehnen das Rezeptieren des Medikaments Natrium-Pentobarbital (NaP) zugunsten «Gesunder» ab; und
- verlangen, ein Arzt müsse vorgängig der Ausstellung eines Rezepts für NaP einen Patienten im Abstand von vierzehn Tagen zweimal zu einem ausführlichen Gespräch sehen.

Diese geplanten Änderungen greifen in rechtlich unzulässiger Weise direkt in die von Verfassung, Gesetz und Gerichtspraxis garantierte Freiheit der Kläger 2 und 3 ein; indirekt gefährden sie auch Grundrechte des Klägers 1 und jene seiner Mitglieder, welche dieser gemäss seinen Statuten und vertraglichen Vereinbarungen zu wahren und zu verteidigen hat.

Demzufolge ist zum Schutze der Persönlichkeitsrechte der Kläger dem Privatrechtssubjekt SAMW diese Änderung der Richtlinien noch vor ihrer Beschlussfassung zu verbieten, bzw. falls sie schon verabschiedet worden sein sollten, nichtig zu erklären. Dem Privatrechtssubjekt FMH ist zu verbieten, diese rechtswidrigen Richtlinien in ihr Ständesrecht zu übernehmen.

6. Vorgeschichte

6.1 SAMW-Richtlinien 2004

Im Jahr 2004 stellte die SAMW in der Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» (nachfolgend: *Richtlinien 2004*) erstmals Regeln auf, die entsprechend ihrer Auffassung nach ärztlichem Ständesrecht erfüllt sein müssen, damit ein Arzt bzw. eine Ärztin Suizidhilfe leisten darf. Die FMH übernahm die Richtlinien 2004 in ihren Anhang 1 der Ständesordnung. Mit Blick auf die Präambel, aber auch auf Artikel 18 der Ständesordnung wurde sie damit für Ärzte, die der FMH angehören, ständesrechtlich verbindlich. In der Praxis lässt sich feststellen, dass Behörden und Gerichte, aber auch die wenigen Ärzte, die nicht Mitglied der FMH sind, häufig die Auffassung vertreten, es handle sich dabei um «anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft» im Sinne von Art. 3 und 26 HMG oder gar Berufsregeln im Sinne von Art. 40 MedBG. Das ist zwar nicht richtig; dennoch ist diese Auffassung immer wieder festzustellen.

Die Richtlinien 2004 «erlaubten» – nach dem Selbstverständnis der beiden Beklagten – die Suizidhilfe nur bei terminalen Krankheiten, d.h. nur bei Situationen, in denen der Tod nahe ist.

¹ Die im Nachfolgenden noch im Detail aufgeführt werden

² Mitgemeint selbstverständlich eine Ärztin; in dieser Klageschrift wird zur einfacheren Lesbarkeit die männliche Form als generisches Maskulinum verwendet

Sie schrieben vor, dass die behandelnde ärztliche Person – entschliesst sie sich, Suizidhilfe zu leisten – vorab die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person zu prüfen und abzuklären hat, ob deren Wunsch wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft ist und ob alternative Möglichkeiten erwogen worden sind. Dies entspricht der geltenden Rechtslage nach Zivil- und Strafrecht (insb. Art. 16 ff. ZGB und Art. 115 StGB) und bedarf demzufolge keiner zusätzlichen standesrechtlichen Regelung.

Zudem musste gemäss Ziffer 4.1 der Richtlinien 2004 vom Arzt bzw. von der Ärztin auch sichergestellt werden, dass die Erkrankung «des Patienten» die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist. Für diese Anforderung gab und gibt es im staatlichen Recht keinerlei Grundlage.

BO: SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» vom 25.11.2004 Beilage 4

6.2 Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 3. November 2006

Diese restriktiv-fordernde Haltung stiess in der Folge – berechtigterweise – auf Kritik, die durch das Bundesgericht in seinem Entscheid BGE 133 I 58 aus dem Jahr 2006 anerkannt worden ist. Es hat darin festgehalten, dass grundsätzlich auch Personen, bei denen das Lebensende nicht nahe ist, Suizidhilfe in Anspruch nehmen können (BGE 133 I 58, E. 6.3.5.1).

6.3 Urteil des Strafgerichts Basel-Stadt vom 5. Juli 2012

Daraufhin war es das Strafgericht Basel-Stadt, welches in seinem Entscheid vom 5. Juli 2012 (Entscheidbesprechung in der Aktuellen Juristischen Praxis = AJP 6/2013, Seiten 942 ff.) als erstes erkannte, dass die Richtlinien 2004 aufgrund des darin selbst umschriebenen Geltungsbereichs sich nicht generell auf Fälle ärztlicher Suizidhilfe beziehe, sondern sich nur zu solchen Fällen äussere, in welchen das Lebensende nahe ist. Damit wurde die Meinung der SAMW und der FMH widerlegt, sie hätten Ärzten mit der Richtlinie 2004 verboten, in anderen Fällen Suizidhilfe zu leisten.

6.4 Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte vom 14. Mai 2013

Dies wurde auch vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte am 14. Mai 2014 im Kammerurteil Gross gegen die Schweiz so gesehen (vgl. insbesondere Ziff. 65 des Urteils (Auszeichnung in Fettschrift durch den Unterzeichneten):

«The Court observes that the Federal Supreme Court, in its case-law on the subject, has referred to the medical ethics guidelines on the care of patients at the end of their life, which were issued by a non-governmental organisation **and do not have the formal quality of law**. Furthermore, the Court observes that these guidelines, according to the scope of application defined in their section 1, only apply to patients whose doctor has arrived at the conclusion that a process has started which, as

experience has indicated, will lead to death within a matter of days or a few weeks.»

Dieses Urteil ist zwar nicht definitiv geworden; die Grosse Kammer des EGMR hat mit 9 gegen 8 Stimmen beschlossen, die Beschwerde sei missbräuchlich erhoben worden, weil die Beschwerdeführerin dafür gesorgt hat, dass der Gerichtshof im Laufe des Verfahrens nicht wahrnehmen können, dass sie in der Zwischenzeit verstorben ist. Dies vermag an der Feststellung im Kammerurteil allerdings nichts zu ändern.

6.5 SAMW-Richtlinien 2018

Die erwähnte Rechtsprechung war Anlass für eine Überarbeitung der Richtlinien 2004 und führten zu den einleitend erwähnten Richtlinien 2018.

Diese sehen zwar vom Erfordernis der Todesnähe ab, nennen aber als Voraussetzung der Suizidhilfe erstens ein *unerträgliches* Leiden, das durch eine Krankheit oder eine Funktionseinschränkung des Patienten verursacht wird, sowie zweitens, dass sein Wunsch,

«in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu wollen [...] für den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar und es [...] für ihn vertretbar (ist), in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten» (Ziffer 6.2.1 der Richtlinien 2018).

Diese Richtlinien 2018 wurden in der Folge von der FMH nicht in den Anhang 1 der Standesordnung aufgenommen, offenbar weil der von diesen Richtlinien verwendete Begriff des «unerträglichen Leidens» zu wenig bestimmt sei und für die Ärzteschaft zu grosse Rechtsunsicherheiten mit sich bringe (vgl. createsend.com/t/d-415123F194947C882540EF23F30FEDED, zuletzt besucht am 6. April 2022).

Entsprechend verweist Anhang I der Standesordnung der FMH nach wie vor auf die Richtlinie aus dem Jahr 2004, die 2012 lediglich an die Neuerungen durch die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts angepasst wurden.

- BO:
- | | |
|---|-------------------|
| 1. SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» vom 17.05.2018 | <u>Beilage 5</u> |
| 2. Standesordnung der FMH vom 12.12.1996 mit Änderungen | <u>Beilage 6a</u> |
| 3. Anhang 1 zur Standesordnung FMH | <u>Beilage 6b</u> |

7. Anlass zur vorliegenden Klage

7.1 Die geplante Rückwärts-Revision

In der Ausgabe 2021; 102(44) vom 3. November 2021 der Schweizerischen Ärzteszeitung war dem Artikel «Ärztenschaft und assistierter Suizid» auf den Seiten 1436 bis 1437 zu entnehmen, dass derzeit eine Überarbeitung der 2018 veröffentlichten medizin-ethischen Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod», den vorgenannten

Richtlinien 2018, in Arbeit sei. Insbesondere solle das Unterkapitel 6.2.1 «Suizidhilfe» neu formuliert und bereits dem Senat der SAMW zur Verabschiedung vorgelegt worden sein.

Auf Nachfrage des Klägers 1 am 25. Januar 2022 bei der SAMW um Einsicht in diese neue Fassung wurde ihm noch am gleichen Tag von einer Mitarbeiterin der SAMW beschieden, dass es bei der aktuellen Bearbeitung lediglich um «eine Bereinigung der Differenzen» gehe, welche dazu geführt hätten, «dass die FMH die SAMW Richtlinien nicht in ihre Standesordnung aufgenommen» habe. Diese unbefriedigende Situation von zwei unterschiedlichen Richtlinien solle nun bereinigt werden. Daher würde die Revision der Richtlinien nicht für eine Diskussion geöffnet, welche über die Gremien der FMH und der SAMW hinausgehe. Ausserdem sei die Einsichtnahme und Diskussion des Textes bereits im Rahmen der Gesamtrevision «ausführlich, breit, in Expertengremien und auch medial geführt» worden. Die Positionen seien bekannt, und da keine neuen Aspekte in den Differenzbereinigungsprozess aufgenommen worden seien, könne sinngemäss auf sämtliche Stellungnahmen von dritter Seite verzichtet werden.

BO: 1. Artikel aus Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 2021; 102(44) vom 03.11.2021 Beilage 7

2. E-Mail Kläger 1 vom 25.01.2022 und Antwort der Beklagten 1 vom 25.01.2022 Beilage 8

Da dem Kläger 1 bekannt war, dass Mitglieder der FMH, welche sich darum bemüht hatten, von der Beklagten 2 die beantragten Änderungen zu erhalten, in ähnlicher Weise von ihrem eigenen Berufsverband abschlägige Antworten erhalten hatten, bemühte er sich selbst bei der FMH nicht mehr darum.

7.2 Ein Zufall verschafft die gewünschte Kenntnis

Durch eine für den Kläger 1 überraschende Verknüpfung von Umständen gelangte dieser vor kurzem – ohne sein eigenes Zutun – in den Besitz des ihm von den Beklagten vorenthaltenen Texts der vorgesehenen Änderungen (Kapitel 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» in seiner Fassung vom 3. November 2021 bzw. in der Version zu Handen des SAMW-Senats vom 25.11.2021 (im Nachfolgenden: Entwurf Richtlinien).

Ihm kam gleichzeitig zu Ohren, diese Änderung solle am 19. Mai 2022 der Ärztekammer zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Wie sich beim Studium des Entwurfs der neuen Richtlinien nun zeigt, war die hiervor erwähnte Auskunft der SAMW, es sei um eine rein inhaltlich unbedeutende Bereinigung gegangen, falsch. Richtig ist vielmehr, dass der neue Text der SAMW-Richtlinien eine erhebliche Verschärfung in vielen Bereichen mit sich bringt.

BO: 1. SAMW: Präzisiertes Kap. 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», Stand 03.11.2021, Version zu Handen des SAMW-Senats am 25.11.2021 (*Entwurf Richtlinien*) Beilage 9

2. Allfällig abweichende Version der SAMW-Richtlinien
von der Beklagten zu edieren

7.3 Synopse zwischen Entwurf Richtlinien und Richtlinien 2018

Zur besseren Übersicht wird, basierend auf der nunmehr bekannt gewordenen Version des *Entwurfs Richtlinien*, in einer Synopse dargestellt, inwieweit der Inhalt dieses Dokuments von den bestehenden *Richtlinien 2018* abweicht. Dabei sind die Änderungen *kursiv* und **fett** dargestellt:

Entwurf Richtlinien	Bestehende Richtlinien 2018
<p>6.2. Kontrovers diskutierte Handlungen</p> <p>Wenn urteilsfähige Patientinnen von medizinischen Fachpersonen Unterstützung verlangen für ihr Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, wird deren berufsethisches Selbstverständnis herausgefordert. Einerseits steht ihre Autonomie in der Ausübung ihrer Profession auf dem Spiel, andererseits sind von ihnen Empathie und Mitgefühl gefordert, die auch Teil des Berufsethos sind.</p> <p>Die Respektierung der berufsethischen Normen und der daraus abgeleiteten Werthaltungen gehört zu den grundlegenden Pflichten medizinischer Fachpersonen.</p> <p>Ob die aktive Unterstützung von Patientinnen in ihrem Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, mit dieser Pflicht vereinbar ist, wird unter Fachpersonen und in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Aus diesem Grund muss jede Behandelnde selbst entscheiden, ob für sie diese unterstützenden Handlungen mit den Zielen der Medizin vereinbar sind oder nicht.</p> <p><i>Sie kann jedoch in keinem Fall dazu verpflichtet werden.</i></p> <p>Bevor sie sich im Einzelfall zur Unterstützung des Patientenwunsches entschliesst, muss sie sich davon überzeugen, dass sie damit zum Wohl der Patientin handelt. Dafür ist eine zwischenmenschliche Beziehung zur Patientin</p>	<p>6.2. Kontrovers diskutierte Handlungen</p> <p>Wenn urteilsfähige Patientinnen von medizinischen Fachpersonen Unterstützung verlangen für ihr Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, wird deren berufsethisches Selbstverständnis herausgefordert. Einerseits steht ihre Autonomie in der Ausübung ihrer Profession auf dem Spiel, andererseits sind von ihnen Empathie und Mitgefühl gefordert, die auch Teil des Berufsethos sind.</p> <p>Die Respektierung der berufsethischen Normen und der daraus abgeleiteten Werthaltungen gehört zu den grundlegenden Pflichten medizinischer Fachpersonen.</p> <p>Ob die aktive Unterstützung von Patientinnen in ihrem Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, mit dieser Pflicht vereinbar ist, wird unter Fachpersonen und in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Aus diesem Grund muss jede Behandelnde selbst entscheiden, ob für sie diese unterstützenden Handlungen mit den Zielen der Medizin vereinbar sind oder nicht.</p> <p>Bevor sie sich im Einzelfall zur Unterstützung des Patientenwunsches entschliesst, muss sie sich davon überzeugen, dass sie damit zum Wohl der Patientin handelt. Dafür ist eine zwischenmenschliche Beziehung zur Patientin unerlässlich, in der</p>

unerlässlich, in der Mitgefühl, Urteils-kraft, Vertrauenswürdigkeit und Integrität eine zentrale Rolle spielen. Falls die Behandelnde dagegen die Unterstützung ablehnt, darf sie der Patientin keinesfalls ihre Haltung aufdrängen, sondern muss sie frühzeitig darüber informieren, welche Optionen für sie in Frage kommen. Soweit möglich und von der Patientin gewünscht, soll eine bestehende Beziehung auch in dieser Situation – respektvoll angepasst – weitergeführt werden.

Insbesondere die Suizidhilfe wird kontrovers diskutiert. Angesichts des rechtlichen Rahmens für die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz und der unterschiedlichen Haltungen im Umgang mit Sterbewünschen bei Ärztinnen, anderen medizinischen Fachpersonen und in der Öffentlichkeit lässt sich die Spannung zwischen den ethischen Forderungen nach Förderung der Selbstbestimmung und nach Schutz des Lebens nicht auflösen. Trotzdem sollen den medizinischen Fachpersonen möglichst klare Leitplanken gegeben werden. Die Formulierung objektiver medizinischer Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidhilfe ist problematisch, da solche einerseits zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen würden und andererseits in Situationen, in denen die Kriterien erfüllt sind, die Suizidhilfe als eine der Handlungsoptionen vorgegeben wäre.

Dies könnte Patientinnen und Behandelnde unter Rechtfertigungsdruck setzen, wenn sie diese Option nicht in Betracht ziehen wollen. Zudem ist es nicht der medizinisch objektivierbare Zustand, der bei der Patientin zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliche Leiden.

Auch wenn dieses von der Patientin erlebte Leiden nicht objektivierbar ist, kann es für Dritte dennoch nachvollziehbar sein.

Um zu rechtfertigen, dass die Suizidhilfe überhaupt in den medizinischen Zuständigkeitsbereich fällt, müssen aber medizinisch fassbare Krankheitssymptome oder Funktionseinschränkungen vorliegen. Angesichts der ausserordentlichen Tragweite der Entscheidung

Mitgefühl, Urteils-kraft, Vertrauenswürdigkeit und Integrität eine zentrale Rolle spielen. Falls die Behandelnde dagegen die Unterstützung ablehnt, darf sie der Patientin keinesfalls ihre Haltung aufdrängen, sondern muss sie frühzeitig darüber informieren, welche Optionen für sie in Frage kommen. Soweit möglich und von der Patientin gewünscht, soll eine bestehende Beziehung auch in dieser Situation – respektvoll angepasst – weitergeführt werden.

Insbesondere die Suizidhilfe wird kontrovers diskutiert. Angesichts des rechtlichen Rahmens für die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz und der unterschiedlichen Haltungen im Umgang mit Sterbewünschen bei Ärztinnen, anderen medizinischen Fachpersonen und in der Öffentlichkeit lässt sich die Spannung zwischen den ethischen Forderungen nach Förderung der Selbstbestimmung und nach Schutz des Lebens nicht auflösen. Trotzdem sollen den medizinischen Fachpersonen möglichst klare Leitplanken gegeben werden. Die Formulierung objektiver medizinischer Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidhilfe ist problematisch, da solche einerseits zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen würden und andererseits in Situationen, in denen die Kriterien erfüllt sind, die Suizidhilfe als eine der Handlungsoptionen vorgegeben wäre.

Dies könnte Patientinnen und Behandelnde unter Rechtfertigungsdruck setzen, wenn sie diese Option nicht in Betracht ziehen wollen. Zudem ist es nicht der medizinisch objektivierbare Zustand, der bei der Patientin zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliche 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. Angesichts der ausserordentlichen Tragweite der Entscheidung muss eine allfällige Urteilsunfähigkeit der Patientin besonders sorgfältig

<p>muss eine allfällige Urteilsunfähigkeit der Patientin besonders sorgfältig ausgeschlossen werden und es muss gewissenhaft geprüft werden, dass der Suizidwunsch wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft ist.</p> <p><i>Die zunehmend ins Gespräch gebrachte Frage, ob und wie eine Patientin bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unterstützt werden darf, wird in Kap. 6.2.2. separat angesprochen. Die nachfolgenden Grundsätze zur Suizidhilfe sind auf diese Sachlage meist nicht anwendbar.</i></p> <p>Je nach der Situation und den Wünschen der Patientin, die diesen Weg gehen will, kann es um allgemein akzeptierte Handlungen bei der Betreuung von Sterbenden, um nicht zulässige oder um kontrovers diskutierte Handlungen gehen.</p>	<p>ausgeschlossen werden und es muss gewissenhaft geprüft werden, dass der Suizidwunsch wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft ist.</p> <p>Die Situation bei der in jüngster Zeit zunehmend ins Gespräch gebrachten Unterstützung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit muss differenziert betrachtet werden.</p> <p>Je nach der Situation und den Wünschen der Patientin, die diesen Weg gehen will, kann es um allgemein akzeptierte Handlungen bei der Betreuung von Sterbenden, um nicht zulässige oder um kontrovers diskutierte Handlungen gehen.</p>
<p>6.2.1. Suizidhilfe <i>Zur Suizidhilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung.</i></p> <p>Die Rolle des Arztes im Umgang mit Sterben und Tod besteht jedoch darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu seinen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist er verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, auch wenn sie eine rechtlich zulässige Tätigkeit ist.</p> <p><i>Nachfolgend wird erläutert, unter welchen Umständen die ärztliche Beihilfe bei der Verwirklichung des Suizidwunsches im Sinne dieser Richtlinien medizinisch vertretbar ist.</i></p> <p><i>Äussert ein Patient den Wunsch nach Suizidhilfe, ist dies ein Sterbewunsch</i></p>	<p>6.2.1. Suizidhilfe Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen. Äussert ein Patient den Wunsch nach Suizidhilfe, ist dies ein Sterbewunsch und entsprechend sorgfältig abzuklären. Dabei soll der Patient auch motiviert werden, mit den Angehörigen über seinen Suizidwunsch zu sprechen.</p> <p>Die Rolle des Arztes im Umgang mit Sterben und Tod besteht darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu seinen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist er verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit.</p> <p>Sie kann vom Arzt geleistet werden, wenn er sich überzeugt hat, dass die untenstehenden Voraussetzungen erfüllt sind.</p> <p>Zur Suizidhilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die</p>

und entsprechend sorgfältig abzuklären (vgl. Kap. 4.). Dabei soll der Patient auch motiviert werden, mit den Angehörigen oder – insbesondere wenn es keine Angehörigen gibt – mit Institutionen, die Hilfe in Krisensituationen anbieten, über seinen Suizidwunsch zu sprechen.

(Der nebenstehende Abschnitt ist wörtlich am Ende des Entwurfs Richtlinien zu finden)

Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn die folgenden vier Voraussetzungen gegeben sind und er deren Erfüllung überprüft hat.

Das Vorliegen der ersten beiden Voraussetzungen muss zusätzlich von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden; diese muss nicht zwingend ein Arzt sein:

1) Urteilsfähigkeit: 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 mit *(hier fehlt der Begriff «häufig», dafür «sein kann» gleich nachstehend)* fehlender Urteilsfähigkeit verbunden

Verschreibung oder Aushändigung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung.

Die Verschreibung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung muss innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden gemeldet werden.

Wie jeder Patient hat auch derjenige, der sich unter Beizug einer Suizidhilfeorganisation das Leben nehmen möchte, Anspruch auf Einsichtnahme in sein Dossier und eine Kopie desselben. Wenn der Patient es wünscht, kann der betreuende Arzt auch eine Prüfung der kognitiven Funktionen vornehmen und ggf. eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags ausstellen. Eine solche Abklärung stellt keine Beteiligung am assistierten Suizid dar. Der Arzt kann auch eine Prüfung und ggf. Bestätigung der spezifischen Urteilsfähigkeit für einen assistierten Suizid (welche nicht aus der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags hervorgeht) vornehmen. Eine solche Abklärung kann jedoch vom Patienten nicht eingefordert werden.

Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn die folgenden fünf Voraussetzungen gegeben sind und er deren Erfüllung überprüft hat.

Das Vorliegen der ersten beiden Voraussetzungen muss zusätzlich von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden; diese muss nicht zwingend ein Arzt sein:

– 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

sein kann, wurden die Urteilsfähigkeit sowie *allenfalls die Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung einer Urteilsunfähigkeit* durch einen entsprechenden Facharzt evaluiert. *Ist davon auszugehen, dass der Suizidwunsch ein aktuell vorliegendes Symptom einer psychischen Störung ist, darf der Arzt keine Suizidbeihilfe leisten und muss dem Patienten die Behandlung der Krankheit anbieten.*

2) Autonomer Wille: Der Wunsch ist wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft. *Zur Klärung hat der Arzt mindestens zwei ausführliche Gespräche im Abstand von mindestens zwei Wochen mit dem Patienten zu führen, im Zweifelsfall sind zusätzliche Gespräche erforderlich.*

Falls Hinweise auf ein (*hier fehlt «problematisch»*) Abhängigkeitsverhältnis bestehen, wurde dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen.

3) Schwerwiegendes Leiden: Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten *sind schwerwiegend, was durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren ist.* Sie sind für ihn Ursache unerträglichen Leidens (vgl. Kap. 2.4.). *Ethisch nicht vertretbar im Sinne dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen.* Der Wunsch des Patienten, in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu wollen, ist aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar (*dieser Satz findet sich in der fünften Voraussetzung der derzeit gültigen SAMW-Richtlinie; siehe dort*). *Da unerträgliches Leiden nicht objektiv feststellbar ist, kann diese Feststellung vom Arzt nicht verlangt werden. Dagegen muss dieser dokumentieren, dass er sich mit ausreichender Sorgfalt bemüht hat, sich mit der konkreten, individuellen Situation des Patienten so vertraut zu machen, dass deren Unerträglichkeit für ihn nachvollziehbar*

evaluiert.

– 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 erwogen.

– Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.

wurde. Eine abstrakte Begründung anhand einer Diagnose ist alleine nicht ausreichend, kann diese Beurteilung aber unterstützen, insbesondere durch Dokumentation eines entsprechenden Verlaufes und Schilderung der persönlichen Situation.

4) Erwägung von Alternativen: Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht, *mit dem Patienten abgeklärt und angeboten.* Sie sind erfolglos geblieben oder wurden vom diesbezüglich urteilsfähigen Patienten (*hier fehlt als unzumutbar*) abgelehnt.

(Siehe teilweise vorstehende Voraussetzung 3 «Schwerwiegendes Leiden» des Entwurfs Richtlinien)

Im Vorfeld, während und nach der Suizidhilfe ist auf die Bedürfnisse der Angehörigen, aber auch des interprofessionellen Betreuungsteams und des Umfelds Rücksicht zu nehmen, und die benötigte Unterstützung *ist* zu geben *und dies ist zu dokumentieren.*

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Zu beachten ist aus rechtlicher Sicht des Weiteren, dass die Verschreibung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden gemeldet werden muss.

– Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder werden vom diesbezüglich urteilsfähigen Patienten als unzumutbar abgelehnt.

– 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.

Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten durchgeführt werden. Der Tod nach Suizidhilfe muss als aussergewöhnlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet werden.

Im Vorfeld, während und nach der Suizidhilfe ist auf die Bedürfnisse der Angehörigen, aber auch des interprofessionellen Betreuungsteams und des Umfelds Rücksicht zu nehmen und die benötigte Unterstützung zu geben.

<p>Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden. Der Tod nach Suizidhilfe muss als «aussergewöhnlicher Todesfall» (<i>AGT</i>) der zuständigen Behörde gemeldet werden (<i>siehe oben die gleichlautenden Sätze in den bisherigen Richtlinien</i>).</p> <p>Wie jeder Patient hat auch derjenige, der sich unter Beizug einer Suizidhilfeorganisation das Leben nehmen möchte, Anspruch auf Einsichtnahme in sein Dossier und eine Kopie desselben. Wenn der Patient es wünscht, kann der betreuende Arzt auch eine Prüfung der kognitiven Funktionen vornehmen und ggf. eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags ausstellen. Eine solche Abklärung stellt keine Beteiligung am assistierten Suizid dar. Der Arzt kann auch eine Prüfung und ggf. Bestätigung der spezifischen Urteilsfähigkeit für einen assistierten Suizid (welche nicht aus der Urteilsfähigkeit für allgemeine Entscheidungen des Alltags hervorgeht) vornehmen. Eine solche Abklärung kann jedoch vom Patienten nicht eingefordert werden.</p>	<p><i>(siehe gleichlautenden Abschnitt in der Einleitung der bestehenden Richtlinien weiter oben)</i></p>
---	---

7.4 Die Wirkung der Änderung der Richtlinien auf Ärzte

Müsste ein Arzt (und damit der Kläger 2) diese Änderungen zwingend beachten, könnte er nicht mehr frei – nach seinen eigenen moralischen und ethischen Vorstellungen, (wie dies das Bundesgericht in seinem «Beck-Urteil» gezeigt hat; Urteil 6B_646/2020 in Sachen Staatsanwaltschaft Genf gegen den Arzt Dr. med. Pierre Beck, E. 1.5.2) – entscheiden, ob er einer Person, die ihn um Suizidhilfe bittet, ein Rezept für ein letales Medikament ausstellt. Entsprechende Ersuchen von Personen, die nicht an einer Krankheit oder Einschränkung leiden, welche so schwer ist, wie es der Entwurf Richtlinien verlangt, müsste er abweisen, und dies selbst dann, wenn er überzeugt ist, dass die ihn darum bittende Person anschliessend mit grosser Wahrscheinlichkeit einen gewaltsamen Suizid durchführt. Er könnte auch einer Person, die an schwersten Schmerzen leidet, die nicht behoben werden können, und die deshalb ihr Leben rasch beenden möchte, nicht mehr innerhalb vernünftiger Frist helfen; er wäre genötigt, diese Person zwei Wochen lang zusätzlich schwerst leiden zu lassen, wiederum mit dem Risiko, dass die Person inzwischen einen gewaltsamen Suizid riskiert. Ein Arzt könnte auch keiner «gesunden» Person, die aus für ihn durchaus zureichenden Gründen ihr Leben freiwillig beenden will, ein letales Rezept ausstellen; damit würden insbesondere Personen, die für sich ganz bewusst

einen Bilanzsuizid in Aussicht nehmen, ausnahmslos auf brutale Suizidmethoden zurückgeworfen. So geänderte Richtlinien zwingen ihn, in derartigen Situationen unmenschlich zu handeln und damit den wohl wichtigsten Teil des Genfer Ärztegelöbnisses³ zu verletzen, nämlich sein «Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen».

Für die Verletzung von Standesrecht der FMH sieht Art. 47 der Standesordnung der FMH zum Teil schwerstwiegende Sanktionen vor:

«Art. 47 Sanktionen

Als Sanktionen können ausgesprochen werden:

- a) Verweis
- b) Busse bis Fr. 50'000.-
- c) Suspendierung der Mitgliedschaft auf bestimmte Zeit
- d) Ausschluss aus der Gesellschaft / FMH
- e) [...]
- f) Veröffentlichung in Publikationsorganen der kantonalen Ärztesellschaften, des VSAO, des VLSS61 bzw. der FMH
- g) Mitteilung an die zuständige Gesundheitsdirektion oder geeignete Krankenversicherungsorgane
- h) Supervision

Die einzelnen Sanktionen können miteinander verbunden werden.»

BO: Standesordnung der FMH vom 12.12.1996 mit Änderungen Beilage 6a

Insbesondere die Höhe der denkbaren Bussen, aber auch das Risiko, aus der FMH ausgeschlossen zu werden, werden von Ärzten regelmässig als äusserst schwerwiegende Eingriffe in ihren Beruf betrachtet. Der Ausschluss aus der FMH hat regelmässig zur Folge, dass ein Arzt nicht nur automatisch die Mitgliedschaft in den kantonalen Ärztesellschaften und – wo Mitglied – im Hausärztebund verliert, sondern auch sich nicht mehr im Hausarztmodell der Krankenkassen zu betätigen vermag. Letztes bewirkt, dass sich Kassenpatienten nicht mehr an ihn wenden, und das ist die grosse Mehrzahl. Damit wird er aber faktisch zu einem grossen Teil von seiner angestammten Tätigkeit ausgeschlossen.

7.5 Die Auswirkung der Änderung der Richtlinien auf den Kläger 1

Für den Kläger 1 würde die Einfügung des Entwurfs Richtlinien in das Standesrecht der Beklagten 2 zur Folge haben, dass er einem Grossteil seiner mehr als 10'000 Mitglieder weltweit, wenn sie um Suizidhilfe ersuchen, nicht mehr helfen könnte. Die Einschränkung von Suizidhilfe auf fremdbestimmte Situationen, wie dies der Entwurf Richtlinien vorsieht, als auch die Vorschrift zweier eingehender Arztgespräche im Abstand von wenigstens vierzehn Tagen sind dafür verantwortlich. Vor allen auch die letztere Bedingung ist geeignet, den für Suizidhilfe in der Schweiz erforderlichen Aufwand ungemein zu erhöhen, indem entweder ein Aufenthalt in der teuren

³ https://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Welt%C3%A4rztebundes, zuletzt besucht am 16. April 2022

Schweiz während mehr als zwei Wochen notwendig wird oder eine zweimalige Anreise aus irgendeinem der rund hundert Länder, in welchen die Mitglieder des Klägers 1 wohnen. Es wird damit der Kläger 1 daran gehindert, mit seiner Tätigkeit den in Artikel 2 seiner Statuten festgelegten Zweck zu erreichen.

Diese Regelung verlängert das im Rahmen des sorgfältigen Verfahrens für die Vorbereitung einer Freitodbegleitung durch den Kläger 1 unnötig. Die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches wird während eines in der Regel mehrere Wochen andauernden Verfahrens im Betrieb des Klägers 1 mehrfach und von verschiedenen Personen (Ärzte und Mitarbeiter des Klägers 1) nicht nur überprüft, sondern nachgewiesen: Für jeden weiteren Schritt in diesem vereinsinternen Verfahren muss die sterbewillige Person jeweils erneut selbst die Initiative ergreifen und den jeweils nächsten Schritt beantragen. Demzufolge kann diese geplante Regelung gegenüber Mitgliedern des klagenden Vereins nur als Schikane begriffen werden.

Es hätte aber auch zur Folge, dass nicht in der Schweiz wohnhafte Mitglieder des Klägers 1, die eine Freitodbegleitung wünschen, entweder zweimal zu Arztgesprächen in die Schweiz anreisen oder aber hier mehr als zwei Wochen Aufenthalt haben müssen. Auch dies würde zu einem unzulässigen «chilling effect» führen. Dadurch wird sowohl der Kläger 1 als auch alle seine Mitglieder betroffen, welche eine Freitodbegleitung anstreben.

Seit 1985 finden in der Schweiz Freitodbegleitungen durch Vereine statt; es ist nicht ersichtlich, weshalb nach all diesen Jahren rechtlich unangefochtener Praxis plötzlich eine «medizin-ethische» Regelung eingeführt werden müsste, die zwei Gespräche im Abstand von zwei Wochen vorsieht.

7.6 Die Auswirkung der Änderung der Richtlinien auf den Kläger 3

Auf den Kläger 3 würden sich die angefochtenen Richtlinien in der Weise negativ auswirken, wenn er trotz eines noch befriedigenden Gesundheitszustands, also ohne schwerwiegende medizinische Diagnosen, sein Leben aus freien Stücken beenden möchte. In einem solchen Fall könnte er nicht mehr auf die Hilfe eines Arztes zählen, sondern wäre auf eine riskante Selbsttötungsmethode verwiesen.

7.7 Gegenstand der Klage

Gegen den Text des Entwurfs Richtlinien als solchen (Rechtsbegehren 1) und die Aufnahme dieser von der Beklagten 1 (SAMW) vorgeschlagenen Änderung in die Standesordnung der Beklagten 2 (FMH) (Rechtsbegehren 2) richtet sich die vorliegende Klage.

B. Rechtliches

8. Vorbemerkung

Das Thema Suizidhilfe gehört nicht zum alltäglichen Bereich, mit welchem sich Gerichte normalerweise beschäftigen. Deshalb folgen hier zu diesem Thema einige einleitende Ausführungen.

9. Suizid im Mittelalter

Aufgrund altertümlicher weltanschaulicher Auffassungen wurden während vieler Jahrhunderte Menschen, die den Suizid gewählt hatten, oft ausserhalb der Friedhöfe begraben und deren Familien manchmal auch noch bestraft (zum Beispiel durch Einziehung des Eigentums des Verstorbenen). Erst die humanistisch-naturwissenschaftliche Entwicklung und die zunehmende Trennung von Kirche und Staat als Folge der Aufklärung im 17./18. Jahrhundert führten zu einer Entkriminalisierung des Suizids.

10. Die Entwicklung ab dem 19. Jahrhundert

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts fanden in der Schweiz Diskussionen in Expertenkommissionen und im Parlament für ein einheitliches schweizerisches Strafrecht und damit auch über die Beihilfe zum Suizid statt. 1918 wurde dieser Gedanke im Entwurf für ein gesamtschweizerisches Strafrecht übernommen (BBl 1918 IV 1, insbes. 31 f.) und fand schliesslich seine Form im Artikel 115 Strafgesetzbuch, in Kraft getreten am 1. Januar 1942 (nachfolgend: StGB). Dieser besagt in seiner heutigen Fassung:

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

Als Beispiele für selbstsüchtige Motive wurden genannt: Jemand verleitet einen anderen dazu, sein Leben zu beenden, um sich seiner Unterstützungspflicht für diese Person zu entledigen. Oder jemand wird zum Suizid verleitet, um diesen früher beerben zu können. Es geht also um Handlungen aus besonders niederträchtigen, moralisch verwerflichen Motiven, die bestraft werden sollen. Deshalb hat der Gesetzgeber die selbstsüchtige Suizidhilfe als selbständiges Delikt mit Freiheitsstrafe bedroht.

Die juristische Konsequenz aus Artikel 115 StGB lautet e contrario:

Wer ohne selbstsüchtige Beweggründe jemandem hilft, einen Suizid vorzunehmen, begeht kein Delikt und macht sich demzufolge auch nicht strafbar. Zwar darf die Person keine Anzeichen mangelnder Urteilsfähigkeit aufweisen, die ihr Leben beenden und dafür Hilfe in Anspruch nehmen will. Die Wortwahl «selbstsüchtig» weist darauf hin, dass es ein besonders verachtenswertes Motiv braucht, um sich strafbar zu machen. Der französischsprachige Gesetzestext bringt es treffend auf den Punkt: es braucht «un motif égoïste».

Damit hat das schweizerische Recht Suizidhilfe implizit als zulässig eingestuft.

11. Das Suizidmittel

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zum StGB 1918 (S. 32) noch davon gesprochen, die Hilfe zum Suizid könne eine Freundestat sein. Er bezog sich damit auf Beratungen in der Expertenkommission. Dort wurde der Umstand diskutiert, dass ein bankrott gegangener Kaufmann seine Ehre dadurch erhalten wolle, dass er sein Leben beendet und sich an einen Freund wendet, welcher als Armeemoffizier in der Lage wäre, ihm seine geladene Pistole zu diesem Zweck zu überlassen und ihn zu instruieren, wie er vorgehen muss, damit der Schuss zuverlässig zum Tode führt.

Das geltende Recht äussert sich nicht zum Suizidmittel, welches bei der Suizidhilfe zur Anwendung kommt. Das Beispiel der Armeepistole zeigt jedoch, dass die helfende Person dem Sterbewilligen jedes geeignete Mittel überlassen darf, welches ihr selbst zugänglich ist. Dies klingt auch im neuesten Urteil des Bundesgerichts zu Fragen der Suizidhilfe (Urteil 6B_646/2020 in Sachen Staatsanwaltschaft Genf gegen den Arzt Dr. med. Pierre Beck) an. Dort heisst es in E. 1.5.3:

«Le recourant aurait pu, au regard de la disposition précitée, prêter assistance à C. _____ en vue de son suicide, en fournissant par exemple à cette dernière une arme, voire une substance thérapeutique non soumise à ordonnance permettant, prise dans des quantités suffisantes, de parvenir au même résultat.»

Das bedeutet, dass ein Arzt befugt ist, einer sterbewilligen Person, die keine Anzeichen fehlender Urteilsfähigkeit aufweist, ein geeignetes Medikament in einer letalen Dosis verschreiben darf, wenn er die für die entsprechende Rezeptierung bestehenden öffentlich-rechtlichen Vorschriften beachtet.

Das für einen sanften und sicheren Suizid am besten geeignete Medikament ist Natrium-Pentobarbital (NaP) (FRANK TH. PETERMANN, Rechtliche Überlegungen zur Problematik der Rezeptierung und Verfügbarkeit von Natrium-Pentobarbital [NaP-Rezeptierung], in: Aktuelle Juristische Praxis - AJP 2006 S. 439 ff., insb. 441).

Basierend auf Artikel 11 des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (im Folgenden BetmG; SR 812.121) sowie Artikel 26 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG; SR 812.21) darf ein Arzt oder eine Ärztin Betäubungsmittel verschreiben, in Übereinstimmung mit den «anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften». Unter diesem Begriff versteht das Gesetz wissenschaftliche Regeln, welche eine «gute Praxis» umschreiben. Solche Regeln beruhen stets auf wissenschaftlich abgestützten Erfahrungen, sind somit *evidenzbasiert*.

Die bereits erwähnten Richtlinien der SAMW, egal in welcher Fassung, können jedenfalls nicht als «anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften» betrachtet werden, weil sich – wie noch zu zeigen sein wird; siehe nachfolgend Ziff. 13.1.2 – Ethik nicht auf Evidenz basieren lässt. Andere konkrete Vorschriften zur Rezeptierung von NaP bestehen ausserhalb der allgemeinen Regeln des BetmG und

gegebenenfalls des HMG in der Schweiz keine. Weder der SAMW noch der FMH verfügen über eine Regelungskompetenz in dieser Materie. Erlassen sie hierzu dennoch solche Regeln, können diese rechtlich nicht bindend sein (vgl. dazu das Beck-Urteil, a.a.O., E. 1.6 sowie das Urteil des EGMR in der Sache Gross gegen die Schweiz, Ziff. 65). Werden sie jedoch aufrecht erhalten, haben sie die Wirkung, Ärzte einzuschüchtern, also einen «chilling effect» zu erzielen. Denn von Ärzten kann nicht erwartet werden, dass sie erkennen können, ob Teile des Regelwerks, welches von der Beklagten 1 aufgestellt wird, rechtlich zulässig sind oder nicht. Dies vor allem auch deswegen, weil die Gerichte gelegentlich Äusserungen der SAMW als Auslegungshilfen heranziehen.

De facto gibt es in der Schweiz bislang keine anerkannten Regeln der medizinischen oder pharmazeutischen Wissenschaft für Suizidhilfe; und beide Beklagte, SAMW und FMH, stellen privatrechtliche Organisationen ohne jegliche Rechtssetzungskompetenz dar.⁴

12. Eingriffe Privater in Freiheits- und Persönlichkeitsrechte Dritter

Gemäss Artikel 28 des Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB) kann derjenige, der in seiner Persönlichkeit widerrechtlich verletzt wird, zu seinem Schutz gegen jeden, der an der Verletzung mitwirkt, das Gericht anrufen (Absatz 1). Eine Verletzung ist dann widerrechtlich, wenn sie nicht durch ein überwiegendes privates oder öffentliches Interesse oder durch Gesetz gerechtfertigt ist (Absatz 2).

In einem solchen Verfahren kann die klagende Partei dem Gericht beantragen, eine drohende Verletzung zu verbieten, eine bestehende Verletzung zu beseitigen und die Widerrechtlichkeit einer Verletzung festzustellen, wenn sich diese weiterhin störend auswirkt (Artikel 28a Absatz 1 ZGB).

Sorgt der Staat auf Verlangen der so Verletzten nicht dafür, dass die Verletzung beseitigt wird, löst dies seine Verantwortlichkeit für eine Verletzung von Art. 8 EMRK – Achtung des Privatlebens – aus.

13. Was ist widerrechtlich?

13.1 Formalrechtliche Gründe

13.1.1 Als widerrechtlich können Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte anderer nach Artikel 28 ZGB beispielsweise dann eingestuft werden, wenn

- a) eine private Organisation wie etwa die Beklagten staatliche Aufgaben wahrnimmt und dabei geltendes Recht verletzt, oder
- b) wenn sich ein solcher Eingriff auf die Persönlichkeit anderer direkt oder indirekt verletzend auswirkt, ohne dass dieser Eingriff gerechtfertigt wäre.

⁴ Bisher bestehen einzig in den Niederlanden evidenzbasierte Regeln zur freiwilligen Lebensbeendigung. Sie sind von der Königlich-niederländischen Ärztevereinigung und der Königlich-niederländischen Pharmazeuten-Vereinigung gemeinsam herausgegeben worden. Sie stehen auch in englischer Sprache zur Verfügung: Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, vgl. <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=bc11990b-d37a-4fa9-9e36-69d34bd229db&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=223&elementid=2003770>, letztmals besucht am 15. April 2022.

In der Schweiz teilen sich auf der Grundlage von Art. 12 BV die drei politischen Ebenen Bund, Kanton und Gemeinde Aufgaben und Kompetenzen im Gesundheitswesen, arbeiten aber eng zusammen.

Wesentliche Teile der Grundversorgung übernehmen zudem Non-Profit- und private Organisationen wie die Beklagten sowie die im Gesundheitswesen Beschäftigten (vgl. dazu Artikel 3 und 4 der Statuten der SAMW sowie Artikel 1 der Standesordnung FMH).

Die SAMW wird aus dem Kredit der Bundeskasse alimentiert, welche für die wissenschaftlichen Akademien aus Steuergeldern aufgebracht wird; historisch wurde sie massgeblich auch von der Pharmaindustrie finanziert. Damit ist für sie erstellt, dass sie im Auftrag des Bundes tätig ist. Vgl. dazu: <https://hls-dhs-dss.ch/de/search/?text=SAMW&r=1>, letztmals besucht am 12. April 2022.

Die FMH organisiert die Ärzteschaft; sie hat den staatlichen Auftrag und die Kompetenz, für die Ärzte den Tarif (Tarmed) auszuhandeln; gelingt dies nicht, entscheidet der Bund.

Somit üben beide Beklagte Tätigkeiten im Interesse des Staates aus, was ohne Weiteres zur Folge hat, dass sie sich an Bundesverfassung und Gesetze sowie das durch Richter geschaffene Recht zu halten haben.

Nun hat das Bundesgericht in seinem bereits erwähnten Entscheid 6B_646/2020 vom 9. Dezember 2021 («Beck-Urteil») kürzlich festgehalten, dass die Suizidhilfe keine Tätigkeit ist, zu welcher der Arzt durch die Standesregeln verpflichtet ist, sondern eine Tätigkeit, die in seinem freien Ermessen liegt (Urteil des Bundesgerichts, a.a.O., E. 1.5.2.):

«Dans le même sens, on peut encore relever que l'assistance au suicide n'est pas une activité à laquelle le médecin est tenu par les règles déontologiques, mais une activité relevant de son libre arbitre»

Wie in diesem Entscheid ausgeführt wird, haben sich offenbar auch die Beklagten in diesem Sinne geäussert. So habe sowohl die SAMW festgehalten, dass die Suizidhilfe *keine medizinische Handlung* sei, auf die Patienten einen Anspruch hätten, und auch die FMH habe bekräftigt, dass die Suizidhilfe *keine medizinische Tätigkeit* sei (Urteil des Bundesgerichts, a.a.O.):

«Selon l'Académie suisse des sciences médicales elle-même, l'assistance au suicide n'est pas un acte médical auquel les patients peuvent prétendre " [...]. La FMH a défendu une position similaire en affirmant notamment que l'assistance au suicide n'est pas une activité médicale».

Angesichts dieser Äusserungen ist es umso erstaunlicher, dass die SAMW – wie gesehen – schon seit 2004 (bzw. seit 1976, vgl.: <https://www.samw.ch/de/Ethik/>

[Richtlinien/Fruher-gueltige-Richtlinien.html](#), zuletzt besucht am 12. April 2022) Richtlinien zur Suizidhilfe durch Ärzte (SAMW-Richtlinien 2004, SAMW-Richtlinien 2018) aufgenommen und die FMH deren erste in ihr Standesrecht überführt hat, wo sie noch heute zu finden sind.

Die im vorgenannten Bundesgerichtsentscheid aufgeführten Äusserungen der Beklagten stammen aus dem Jahr 2011. Obschon somit beide Beklagte seit langem die Auffassung vertreten, Suizidhilfe sei keine ärztliche Tätigkeit – und damit keine Handlung, die in den Bereich der beruflichen Tätigkeit von Ärzten fällt – wollen sie dennoch mit dem Entwurf Richtlinien den in der FMH organisierten Ärzten Einschränkungen für diese nicht-berufliche Tätigkeit auferlegen. Mit anderen Worten: Wenn die ärztliche Suizidhilfe keine ärztliche Tätigkeit ist, haben weder die SAMW noch die FMH in diesem Bereich irgendeine Regelungskompetenz. Die beiden Beklagten verhalten sich jedenfalls widersprüchlich, wenn sie einerseits die Suizidhilfe von der ärztlichen Tätigkeit ausnehmen wollen, dann aber doch dafür Regeln aufstellen wollen, welche sogar ins Standesrecht der FMH überführt werden sollen und welche die Ärzte dann zu beachten haben.

Sucht man nach einem – theoretischen – Beispiel aus einem anderen Bereich, könnte man sich vorstellen, dass die Schweizerische Offiziersgesellschaft ihren Mitgliedern standesrechtlich und unter Androhung von z.T. schweren Konsequenzen verbieten wollte, ihre Dienstwaffe einer anderen Person zum Zwecke eines Suizids zur Verfügung zu stellen.

- BO: 1. Statuten SAMW vom 31.05.1990 mit Änderungen Beilage 10
 2. Standesordnung der FMH vom 12.12.1996 mit Änderungen Beilage 6a
 3. E-Mail Kläger 1 vom 25.01.2022 und Antwort der Beklagten 1 vom 25.01.2022 Beilage 8

13.1.2 Den Beklagten fehlt die Sachkompetenz, solche Regelungen zu erlassen

In diesem Zusammenhang ist auch auf ein Urteil des Basler Appellationsgerichts zu verweisen. Dieses hat festgehalten, dass Einschränkungen auf dem Gebiet der Suizidhilfe nicht der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern *der Durchsetzung einer ethischen Haltung* diene. Diese entspreche weder den neueren ethischen Stellungnahmen noch der Auffassung der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (Urteil des Appellationsgericht des Kantons Basel-Stadt vom 6. Juli 2017, Nr. VD.2017.21, kommentiert von PATRICK SCHAEERZ in AJP 1/2019, Seiten 115 ff.).

Die für diese medizinische Versorgung anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften (vgl. Artikel 26 Absatz 1 HMG und Artikel 11 BetMG) beschlagen *ausschliesslich medizinische und technische Regelungsbereiche, die auch evidenzbasierten Kriterien zugänglich* sind. Dies trifft aber nicht auf die von durchwegs ethischen Gesichtspunkten geleiteten Richtlinien zur Suizidhilfe zu.

Ethik an sich ist keine feststehende Grösse, schon gar nicht eine naturwissenschaftliche. Dazu kann darauf hingewiesen werden, dass es im 20. Jahrhundert gar eine nationalsozialistische Ethik gegeben hat (WOLFGANG BIALAS/LOTHAR FRITZE, Nationalsozialistische Ideologie und Ethik, Göttingen 2019).

Dem entsprechend kommt den Beklagten auch aus dieser Perspektive heraus keinerlei Regelungskompetenz zu. Das bedeutet, dass der *Entwurf Richtlinien* bereits ohne die Wertung seines Inhalts widerrechtlich bzw. gar nichtig ist: Weil Suizidhilfe keine ärztliche Aufgabe und somit auch nicht zum Inhalt des Berufes eines Arztes gehört, haben die Beklagten schlicht keinerlei Befugnis, zu dieser Materie irgendwelche Regeln aufzustellen. Schon aus diesem Grund sind die beantragten Verbote gerechtfertigt. Das Bundesgericht hat im «Beck-Urteil», a.a.O., E. 1.5.2 dazu richtig festgehalten:

«Au-delà de ces considérations, il apparaît sans conteste que pour un médecin, prescrire une substance létale à une personne en parfaite santé ne relève pas de l'état des connaissances médicales ou pharmacologiques, non plus que de la science, mais bien de l'éthique et de la morale».

13.2 Auch der Inhalt der Regeln ist rechtswidrig

Doch selbst wenn eine solche Regelungskompetenz der Beklagten durch das Gericht wider Erwarten bejaht werden sollte, ist der Inhalt der mit dem *Entwurf Richtlinie* angestrebten Änderung der Standesordnung FMH widerrechtlich.

Artikel 35 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV) hält grundsätzlich fest, dass die Grundrechte in der ganzen Rechtsordnung zur Geltung kommen müssen (Absatz 1). Wer, wie die Beklagten, staatliche Aufgaben wahrnimmt, ist an die Grundrechte gebunden und verpflichtet, zu ihrer Verwirklichung beizutragen (Absatz 2).

Sodann haben gar die Behörden dafür zu sorgen, dass die Grundrechte, soweit sie sich dazu eignen, auch unter Privaten wirksam werden (Absatz 3).

In Artikel 35 BV kommt insbesondere zum Ausdruck, dass die Grundrechte nicht nur für den Staat, sondern für alle Träger von staatlichen Aufgaben bindend sind. Sie wirken überdies nicht nur vertikal im Verhältnis zwischen Staat und Individuum, sondern entfalten selbst unter Privaten ihre Wirksamkeit (vgl. Basler Kommentar Bundesverfassung = BSK-BV, Basel 2015, BERNHARD WALDMANN, Artikel 35 N. 9).

Im vorliegenden Fall geht es um das Recht auf Selbstbestimmung, wonach jeder urteilsfähige Mensch selbst über alle wesentlichen Aspekte seiner Persönlichkeitsentfaltung entscheidet. Es ist mittlerweile unbestritten, dass zu diesen wesentlichen Entscheiden des eigenen Daseins auch das eigene Sterben, die Entscheidung, wann und wie das eigene Leben enden soll, gehört (Urteil des EGMR 31322/07 «Haas gegen die Schweiz» vom 20. Januar 2011, Ziff. 51; statt vieler: BSK-BV, AXEL TSCHENTSCHER, Artikel 10 Nrn. 41ff.; GIOVANNI BIAGGINI, BV-

Kommentar, 2. Auflage, 2017, Artikel 10 N. 23; und neustens CHRISTOPH GRABENWARTER, The Right to Life before European Constitutional Courts, Human Rights Law Journal Vol. 41, No. 1-8, S. 7ff.).

Das Recht auf den eigenen Tod, auf das Sterben oder auch auf die Selbsttötung ist deshalb als ungeschriebener Teilaspekt der persönlichen Freiheit anerkannt.

Die gleiche Ausgangslage ergibt sich auch aus der Europäischen Menschenrechtskonvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101), die zudem widersprechenden Bundesgesetzen vorgeht: Der Wunsch zu sterben, namentlich der Wunsch, sich dazu eine tödliche Dosis Natrium Pentobarbital zu beschaffen, fällt in den Schutzbereich des Menschenrechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Artikel 8 EMRK; vgl. dazu das vorerwähnte Urteil des EGMR 67810/10 «Gross gegen die Schweiz» vom 14. Mai 2013, Ziff. 60).

Wie noch zu zeigen sein wird, gefährden und verletzen die Beklagten mit dem *Entwurf Richtlinien* die dargestellten Teilaspekte des Grundrechts auf persönliche Freiheit und damit auch das Persönlichkeitsrecht der Kläger.

14. Verletzung der Freiheit des Wettbewerbs

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gilt der Persönlichkeitsschutz von Artikel 28 ZGB auch im Bereich der wirtschaftlichen Entfaltung. So hat jedermann das Recht, seine Persönlichkeit im Bereich der Wirtschaft zu betätigen (vgl. dazu: BSK ZGB I, 6. Auflage 2018, ANDREAS MEILI, Artikel 28 N. 30f.). Dies trifft insbesondere auch auf Ärzte zu.

Auch wenn die verfassungsmässige und damit öffentlich-rechtliche Garantie der Wirtschaftsfreiheit in Art. 27 BV nicht unmittelbar die Beziehungen unter Privaten betrifft, beruht die schweizerische Wirtschaft doch auf dem Grundsatz des freien Wettbewerbs. Dieser freie Wettbewerb darf durch privatrechtliche Regelungen und Abmachungen nicht behindert oder ganz verhindert werden. Das Recht jeder Person, am wirtschaftlichen Wettbewerb teilzunehmen, ist ein Attribut der Persönlichkeit. Eine Einschränkung dieses Zugangs bildet eine Verletzung der persönlichen Verhältnisse im Sinne des Artikel 28 ZGB. Auch die Ausübung des Berufs hat nach Art. 27 Abs. 2 BV frei zu sein. Diese Verletzung ist rechtswidrig, wenn die hier Beklagten nicht nachweisen können, dass schützenswerte und damit dem Persönlichkeitsrecht vorgehende Interessen diese Einschränkungen rechtfertigen (vgl. bereits Schweizerisches Privatrecht II, MAX GUTZWILLER, Basel 1967, § 44 auf Seiten 374 ff.). Ein solcher Nachweis kann im vorliegenden Zusammenhang aber nicht geführt werden. Aus dem Blickwinkel der EMRK handelt es sich hierbei um eine Verletzung von deren Art. 8, welcher im Rahmen der Achtung des Privatlebens auch das Berufsleben und dessen Freiheit schützt.

15. Konsequenzen der beabsichtigten Änderungen durch *Entwurf Richtlinien*

Im Folgenden wird gezeigt, inwiefern die Beklagten mit den geplanten neuen Regeln die Kläger 1 - 3 in ihren Grundrechten und Grundfreiheiten einschränken, ohne dafür eine entsprechende Rechtfertigung geltend machen zu können.

Mit Blick auf die weiter vorne Ziff. 7.3 aufgezeigten Synopse greift der vorstehend dargestellte *Entwurf Richtlinien* in das Privat- und Berufsleben in mehrfacher Weise ein:

- a) Eingeschränkt wird die Freiheit eines Arztes (des vorliegenden Klägers 2), selbst zu entscheiden, in welchen Fällen er einer anderen Person ein Rezept für Natrium-Pentobarbital zum Zwecke einer selbstbestimmten Lebensbeendigung aushändigen will.
- Das soll auf Fälle beschränkt werden, in welchen Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen einer Person «schwerwiegend» sind.
 - Dies sei durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren.
 - Es sei nach der Ansicht der Beklagten ethisch auch nicht vertretbar, gesunden Personen Suizidhilfe zu leisten.

Damit wird die von Verfassung und Gesetz umschriebene (auch Wirtschafts-) Freiheit eines Arztes ungebührlich eingeschränkt. Es wäre ihm beispielsweise dann durch Standesrecht der FMH verboten, einem betagten Ehepaar, dessen einer Teil schwer krank, der andere Teil jedoch verhältnismässig gesund ist, zu ermöglichen, durch gemeinsamen Suizid aus dem Leben zu scheiden.

Dass eine solche Unterstützung des verhältnismässig gesunden Ehepartners aber nicht als medizinische Handlung im Sinne des Heilmittelgesetzes gewertet werden kann und es damit in das pflichtgemässe Ermessen des Arztes fällt, ob er in einem solchen Fall Suizidhilfe leisten will oder nicht (vgl. dazu den vorerwähnten Bundesgerichtsentscheid 6B_646/2020 i.S. Staatsanwaltschaft Genf gegen Dr. med. Pierre Beck vom 9. Dezember 2021), wird von der Beklagten SAMW völlig ausser Acht gelassen.

Mit einer Aufnahme des *Entwurfs Richtlinie* in die Standesordnung FMH wird dem Arzt nicht nur erschwert, Suizidhilfe zu leisten, sondern es drohen ihm – wie vorne (Ziff. 7.4) ausgeführt – auch erhebliche standesrechtliche Sanktionen (vgl. dazu Artikel 47 der Standesordnung FMH; Beilage 6a), sollte er gegen diese Richtlinien «verstossen».

- b) Der Entwurf Richtlinien schränkt die Freiheit des Klägers 1 ein, Mitgliedern mit oder ohne schwerwiegende Leiden und unerträglichen Schmerzen kurzfristig einen ärztlich unterstützten, assistierten/begleiteten Suizid (auch Freitodbegleitung genannt) zu ermöglichen.

Die zu ändernden Richtlinien verlangen zudem, dass ein Arzt, der Natrium Pentobarbital (NaP) zu diesem Zweck rezeptiert,

«mindestens zwei ausführliche Gespräche im Abstand von mindestens zwei Wochen mit dem Patienten»

führen müsse.

- c) Von einer solchen Regelung würde insbesondere auch der Kläger 3 stark eingeschränkt, sollte er – der sich gegenwärtig im 90. Lebensjahr befindet – irgendwann

in der näheren oder fernerer Zukunft von der Möglichkeit Gebrauch machen wollen, sein eigenes Lebensende selbstbestimmt festzulegen, – eine Freiheit, für die er mehr als ein Vierteljahrhundert lang in seinem bisherigen Leben mit hohem Einsatz gekämpft hat.

- d) Der *Entwurf Richtlinien* greift in die Freiheit einer jeder anderen Person (und damit insbesondere auch des Klägers 3 ein, die ihr Leben möglicherweise einmal mit Hilfe einer Freitodbegleitung beenden möchten, weil er eine solche Möglichkeit ausschliesslich auf Fälle schwerwiegender Krankheit beschränkt. Dies trifft in ganz besonderem Masse auf die Mitglieder des Kläger 1 zu, deren Interessen dieser zu wahren hat.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in seinem Kammerurteil Gross gegen Schweiz darauf hingewiesen, dass unklare (und damit auch bestrittene) Regelungen in diesem Bereich geeignet seien, auf Ärzte einen abschreckenden Effekt auszuüben (Urteil vom 14. Mai 2013, Beschwerde 67810/10, Ziff. 65):

«The Court considers that this lack of clear legal guidelines is likely to have a chilling effect on doctors who would otherwise be inclined to provide someone such as the applicant with the requested medical prescription.»

Solche abschreckenden Effekte wirken sich sofort nachteilig auf Grundrechte und Grundfreiheiten aus und sind somit menschenrechtswidrig. Allein schon die Aussicht, ein Arzt könnte einem standesrechtlichen Verfahren ausgesetzt werden, wenn er sich nicht an (illegale) Standesregeln hält, bewirkt, dass Ärzte schon deswegen gar nicht bereit sind, Suizidhilfe zu leisten.

Aus diesem Grund darf auch die Beklagte 1 diese Änderung nicht beschliessen und in ihre bestehenden *Richtlinien 2018* integrieren. Sollte sie schon beschlossen haben, ist der Beschluss für nichtig zu erklären.

Aus allen diesen Gründen darf der Entwurf der Richtlinie nicht verabschiedet oder in die Standesordnung der Beklagten 2 eingefügt werden. Dazu muss vom angerufenen Gericht superprovisorisch angeordnet werden, dass der Entwurf bis zum Entscheid in der Hauptsache der Ärztekammer (dem Ärzteparlament) zum Beschluss nicht vorgelegt werden darf.

16. SAMW will allgemeingültigen ethischen Grundsatz festlegen

In der Einleitung der bestehenden SAMW-Richtlinie ebenso wie im Entwurf Richtlinie wird ausgeführt:

«Wenn urteilsfähige Patientinnen von medizinischen Fachpersonen Unterstützung verlangen für ihr Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, wird deren berufsethisches Selbstverständnis herausgefordert. Einerseits steht ihre Autonomie in der Ausübung ihrer Profession auf dem Spiel, andererseits sind von ihnen Empathie und Mitgefühl gefordert, die auch Teil des Berufsethos sind. Die Respektierung der berufsethischen Normen und der daraus

abgeleiteten Werthaltungen gehört zu den grundlegenden Pflichten medizinischer Fachpersonen.»

Weiter unten wird im *Entwurf Richtlinien* der Tonfall noch deutlicher:

«Ethisch nicht vertretbar im Sinne dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen».

Damit setzt sich die SAMW in einen unlösbaren Widerspruch gegenüber dem bereits mehrfach erwähnten jüngsten Entscheid des Bundesgerichts in dieser Materie: Das Bundesgericht hat die Frage, ob es ein Arzt mit seinen ethischen Vorstellungen vereinbaren kann, einer gesunden Person NaP zu verschreiben, ausdrücklich dem Arzt überlassen und festgehalten, dass die SAMW in diesem Bereich gerade keine Regelungskompetenz hat bzw. den einzelnen Ärzten nicht vorgeben darf, wie deren Ethik auszusehen hat (BGer 6B 646/2020, Urteil vom 9. Dezember 2021, E. 1.5.2 und 1.5.3 sowie E. 1.6).

Bereits vor diesem Hintergrund ist diese Formulierung aus den Bestimmungen der SAMW zu streichen und/oder der FMH zu verbieten, diese in ihr Standesrecht zu übernehmen.

Weiter gilt: Wenn berufsethische Normen und Werthaltungen einer bestimmten Berufsgruppe dazu führen, dass dadurch verfassungsmässig garantierte Rechte Dritter eingeschränkt werden, dann stellt das eine Verletzung der Persönlichkeit nicht nur der Klageparteien, sondern sämtlicher natürlicher Rechtssubjekte dar.

So kann es nicht angehen, dass eine «uneinige Ärzteschaft [...] über den Zugang zu Natrium-Pentobarbital» entscheidet (vgl. EVA MARIA BELSER und SANDRA EGLI, Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod in: Zeitschrift des bernischen Juristenvereins (ZBJV 156/2020, Seiten 379 – 422).

Es ist *eine* Sache, wenn auf die allgemein anerkannten (evidenzbasierten) Regeln einer Disziplin zurückgegriffen wird, damit der Staat beurteilen kann, ob eine Fachperson die Sorgfaltsregeln ihres Berufsstands eingehalten hat. Eine ganz *andere* Sache ist es aber, wenn ein einzelner Berufsstand sich anmassst, von ihm als allgemein verbindlich gemeinte Regeln zu rechtlichen, rechtspolitischen und gesellschaftlichen Fragen im Zusammenhang mit der Verwirklichung des Rechts auf einen selbstbestimmten Tod aufstellen will.

Dazu kommt, dass der «Berufsstand» der Ärztinnen und Ärzte als solcher gar nicht die einschränkende Meinung der SAMW vertritt. So hat bereits das Appellationsgericht Basel-Stadt in seinem vorne in Ziff 13.2 erwähnten Urteil (Appellationsgericht Basel-Stadt vom 6. Juli 2017, Nr. VD.20127.21) dafür gehalten, dass eine zu einschränkende Regelung nicht einer herrschenden Sitte und *communis opinio* der Medizinalpersonen entspreche. Auch entspreche eine solche Einschränkung nicht der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern der Durchsetzung einer ethischen Haltung, die weder den neueren ethischen

Stellungnahmen noch der Auffassung der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung entspricht.

Der nun vorliegende *Entwurf Richtlinien* soll nach der Auskunft der SAMW (vgl. vorstehende Ziff. 7.1) dazu führen, dass die FMH die Regelung in ihr Standesrecht aufnimmt. Allein um dieses Zweckes willen sollen den Klägern die dargelegten Nachteile im Umgang mit ihren Grundrechten zugefügt werden. Dies wie auch das vorerwähnte Urteil des EGMR in Sachen Gross gegen die Schweiz zeigen, dass dieser Berufsstand mit einer solchen Aufgabe offensichtlich überfordert ist. Die Wirkung dieser beabsichtigten Normierung ist eine Verletzung verfassungsmässiger Rechte (vgl. dazu erneut EVA MARIA BELSER und SANDRA EGLI, a.a.O., Seiten 392f.). Der *Entwurf Richtlinien* würde in diesem Sinne insbesondere Art. 13 Abs. 1 BV (Schutz der Privatsphäre, insbesondere des Privatlebens), Art. 27 BV (Schutz der Wirtschaftsfreiheit) und Art. 8 Abs. 1 EMRK (Schutz des Privatlebens, das auch das Berufsleben umfasst) verletzen.

Falls es die Absicht der Beklagten sein sollte, das verfassungsmässige Recht auf einen selbstbestimmten Tod einschränken zu wollen, dann sind sie auf den Weg der ordentlichen Gesetzgebung zu verweisen. Eine solche ist ihrerseits allerdings nur unter dem Vorbehalt, mit der Bundesverfassung und der EMRK vereinbar zu sein, denkbar (vgl. dazu auch die vorstehende Ziff. 13.1.2.).

17. Ungeschriebene Freiheiten, von der Bundesverfassung garantiert

Im Moment stellt sich die Rechtslage jedenfalls (noch) so dar, wie in den vorstehenden Ziff. 9 und 10 aufgezeigt.

Wie das Bundesgericht im Fall Beck festgehalten hat, stünde einem Arzt gar die Möglichkeit offen, einer Person bei einer Selbsttötung zu helfen, indem er ihr eine Waffe oder aber nicht verschreibungspflichtige therapeutische Substanzen zur Verfügung gestellt hätte, die – in ausreichender Menge eingenommen – dasselbe Ergebnis erzielen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts, a.a.O., E. 1.5.3).

Es ist also erneut darauf hinzuweisen, dass das Recht auf einen selbstbestimmten Tod als Freiheitsrecht verfassungsrechtlich und darüber hinaus auch EMRK-rechtlich geschützt ist. Bereits FRITZ FLEINER / ZACCARIA GIACOMETTI haben vor Jahrzehnten festgestellt (Bundesstaatsrecht, Zürich 1949, S. 241f.):

«Aus dem Sinn des Freiheitsrechtskatalogs der Bundesverfassung als eines liberalen Wertsystems lässt sich nämlich folgern, dass die Bundesverfassung jede individuelle Freiheit, die praktisch wird, das heisst durch die Staatsgewalt gefährdet ist, garantiert, und nicht allein die in der Verfassung ausdrücklich aufgezählten Freiheitsrechte.»

18. Rechtsvergleichung

Abschliessend soll rechtsvergleichend auf den Entscheid des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 hingewiesen werden (vgl. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html;jsessionid=BA6B8B361A429ECFBE108DF2C6530C4F.1_cid319, zuletzt besucht am 12. April

2022). Das Bundesverfassungsgericht hat insbesondere auf die in den Randziffern 210 - 211 die vorerwähnten Grundsätze verdeutlicht und festgehalten:

«Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck personaler Freiheit nicht auf fremddefinierte Situationen beschränkt. Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist. [...] Die Verwurzelung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben in der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG impliziert gerade, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über das eigene Lebensende keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung bedarf. [...] Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende gehört zum „ureigensten Bereich der Personalität“ des Menschen, in dem er frei ist, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu entscheiden. [...] Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. [...] Der Mensch bleibt nur dann als selbstverantwortliche Persönlichkeit, als Subjekt anerkannt, sein Wert- und Achtungsanspruch nur dann gewährt, wenn er über seine Existenz nach eigenen, selbstgesetzten Maßstäben bestimmen kann.»

Da das deutsche Grundgesetz in seinem Kern in Bezug auf die Freiheit der Person nur unwesentlich von der schweizerischen Bundesverfassung abweicht, sind diese Aussagen auch hier bei der Auslegung des Inhalts des Rechts auf einen selbstbestimmten Tod anzuwenden.

19. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagten mit dem *Entwurf Richtlinien* die Persönlichkeit der Kläger verletzen bzw. dass eine solche Verletzung unmittelbar droht. Den Beklagten kommt weder eine sachliche noch eine rechtliche Kompetenz zu, derartige Regelungen aufzustellen. Und selbst wenn ihnen diese zuerkannt werden sollte, verletzen sie mit der nun entworfenen Formulierung des *Entwurfs Richtlinien* die Persönlichkeit der Kläger auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit als auch auf wirtschaftliche Entfaltung, und die Beklagten verletzen die diversen bisher in diesem Bereich ergangenen Entscheidungen kantonaler Gerichte sowie des Bundesgerichts.

Darüber hinaus missachten sie mit dem *Entwurf Richtlinien* verfassungsrechtliche Grundrechte nicht nur der Kläger. Wenn sich die Beklagten durch «medizinethische» Gründe veranlasst sehen, das Grundrecht auf einen selbstbestimmten Tod einzuschränken, dann sind sie eingeladen, den ordentlichen Gesetzgebungsweg einzuschlagen.

Wollte *der Staat* die Grundfreiheit zum Suizid beschränken, so könnte er dies nur gestützt auf ein formelles Gesetz auf Bundesebene mit dem Vorbehalt des Referendums: Schwerwiegende Eingriffe in die Grundrechte sind stets nur aufgrund eines formellen Gesetzes zulässig. Es ist daher nicht einzusehen, weshalb *private* Eingriffe in diese Grundrechte in der vorbeschriebenen Form zivilrechtlich geduldet werden müssten.

Deshalb ist die Klage auf Persönlichkeitsverletzung erhoben worden, die zur Abwehr solcher privaten Übergriffe zur Verfügung steht und deren Gutheissung die Kläger hiermit beantragen.

20. Ad prozessualer Antrag

Da in der geplanten Sitzung der Ärztekammer vom 19. Mai 2022 die aufgezeigten Änderungen bereits ins Landesrecht übernommen werden sollen, ist aufgrund der unmittelbar danach bzw. ohne Übergangsfrist bereits eintretenden, schwerwiegenden Nachteile für sämtliche Kläger der Beklagten FMH *superprovisorisch* und bis zum Entscheid in der vorliegenden Sache zu verbieten, den *Entwurf Richtlinien* ins Landesrecht der FMH zu überführen. Es gilt, ein *fait accompli* zu verhindern.

Die Voraussetzungen für eine entsprechende superprovisorische Verfügung sind gegeben:

- a) Die Kläger haben einen rechtlich geschützten Anspruch in der Sache selbst mit dem hiervor Vorgetragenen glaubhaft gemacht.
- b) Die Kläger haben glaubhaft gemacht, dass eine Verletzung ihres Anspruchs durch die Übernahme des *Entwurfs Richtlinien* ins Landesrecht unmittelbar droht.
- c) Durch eine solche Übernahme droht ein auch durch ein späteres Urteil nicht wieder gut zu machender Nachteil. Wenn das Landesrecht nun geändert wird, kann das sofortige Auswirkungen auf sterbewillige Menschen haben, die in der Schwebezeit bis zum Urteil kein NaP mehr verschrieben bekommen, weil sich die Ärzte zu sehr vor den neuen Regelungen fürchten. Es besteht die Gefahr, dass solche Menschen dann «härtere» Methoden für den Suizid wählen (z.B. Erhängen, Sprung vor den Zug, etc.). Dass es ein rechtlich geschütztes Interesse des Individuums und sogar ein generelles gesundheitspolitisches Ziel sein kann, eine weniger «harte» Methode für den Suizid zu wählen, hat das Bundesgericht übrigens im bereits mehrfach erwähnten Beck-Entscheid dargestellt (BGE, a.a.O. E. 1.5.3).
- d) Auch die zeitliche Dringlichkeit ist gegeben: Es kann jeden Tag vorkommen, dass eine Person, inklusive der Kläger – aufgrund welcher Umstände auch immer – ihr Leben auf eine sichere und sanfte Weise beenden möchte. Bis zu einem rechtskräftigen Urteil in dieser Sache können hingegen Monate, wenn nicht sogar Jahre vergehen. In dieser Zwischenzeit darf in die rechtlich geschützten (Grund-) Rechte der Kläger gegenüber dem Status quo nicht nachteilig eingegriffen werden.

21. Allgemeine Beweisofferte

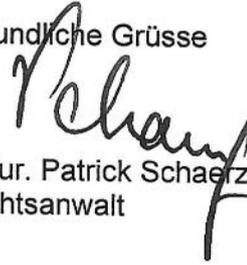
Für alle Behauptungen offerieren die Kläger 1 - 3 da, wo sie die Beweislast trifft, den rechtsgenügenden Beweis, auch wenn ein solcher im Einzelfall nicht ausdrücklich angeboten worden ist.

22. Schlussbemerkungen

Weitere Ausführungen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht sowie die Nennung weiterer Beweismittel bleiben vorbehalten.

Ich ersuche Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren Bezirksrichter, den eingangs gestellten und hiermit begründeten Rechtsbegehren und dem prozessualen Antrag vollumfänglich zu entsprechen.

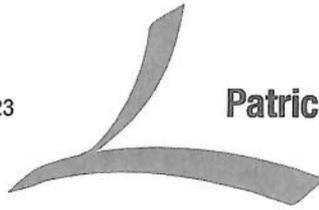
Freundliche Grüsse



lic. iur. Patrick Schaefer
Rechtsanwalt

Dreifach

Beweismittel gemäss separatem Beweismittelverzeichnis



Verzeichnis der Beweismittel zur Klage

In Sachen

1. [REDACTED] **Kläger 1**
2. [REDACTED] **Kläger 2**
3. [REDACTED] **Kläger 3**

Kläger 1 - 3 vertreten durch:

lic. iur. Patrick Schaerz, Rechtsanwalt, Prozess- und Zustellungsdomizil: Tannenzaunstrasse 23,
Postfach, 8610 Uster

gegen

1. **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**, Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, 3001 Bern, **Beklagte 1**
2. **Berufsverband der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH)**, Elfenstrasse 18, Postfach, 3000 Bern 16, **Beklagte 2**

betreffend

Persönlichkeitsverletzung gemäss Artikel 28 ZGB / Teilrevision SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

A. Urkunden

- Beilage 1 Internet-Handelsregisterauszug Verein DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben vom 19.04.2022, Firmennummer CHE-109.238.672;
- Beilage 2 Statuten Verein Dignitas – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben;

- Beilage 3a Original Vollmacht [REDACTED]
- Beilage 3b Vollmacht [REDACTED]
- Beilage 3c Vollmacht [REDACTED]
- Beilage 4 SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» vom 25.11.2004;
- Beilage 5 SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» vom 17.05.2018;
- Beilage 6a Standesordnung der FMH vom 12.12.1996 mit Änderungen;
- Beilage 6b Anhang 1 zur Standesordnung FMH;
- Beilage 7 Artikel aus Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 2021; 102(44) vom 03.11.2021;
- Beilage 8 E-Mail Kläger 1 vom 25.01.2022 und Antwort der Beklagten 1 vom 25.01.2022;
- Beilage 9 SAMW: Präzisiertes Kap. 6.2. der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod», Stand 03.11.2021, Version zu Händen des SAMW-Senats am 25.11.2021 (*Entwurf Richtlinien*);
- Beilage 10 Statuten SAMW vom 31.05.1990 mit Änderungen.

B. Edition

Allfällig abweichende neueste Fassung der SAMW-Richtlinien, zu edieren bei der Beklagten 1