

Assistierter Suizid

Grundlagenpapier
Juni 2026

Ausgangslage

Selbstbestimmung im Alter ist vielen älteren Menschen wichtig und bedeutet für sie Lebensqualität. Auch den letzten Lebensabschnitt als sinnvoll zu erleben, ist von grosser Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter. Dazu gehören früher oder später Gedanken über das Lebensende. Dies ist ein wichtiges und sensibles Thema, für den älteren Menschen selbst, aber auch für seine Angehörigen. Der assistierte Suizid hat in den letzten Jahrzehnten eine breite gesellschaftliche Akzeptanz erfahren, was sich in stetig steigenden Fallzahlen widerspiegelt. Mit einem Medianalter von 81 Jahren (im Jahr 2022) bei den Betroffenen ist die Suizidhilfe primär eine Wahl der älteren Generation.

In der Schweiz bestehen die Freiheit und die Möglichkeit im Rahmen der Rechtsordnung, über die eigene medizinische Versorgung und das eigene Lebensende zu bestimmen. Betroffene können sich an Fachpersonen wenden, um ihre Optionen zu besprechen und diese Entscheidungen durch Instrumente wie Patientenverfügungen oder Vorsorgeaufträge abzusichern. Dieses Spektrum der Selbstbestimmung umfasst die Ablehnung lebenserhaltender Massnahmen, die Wahl von Palliativpflege oder die Vorbereitung eines assistierten Suizides.

Die Motivlage älterer Menschen ist häufig geprägt von dem Wunsch, selbstbestimmt zu sein und zu bleiben und nicht zur Last zu fallen. Neben terminalen Erkrankungen wie Krebs treten zunehmend altersbedingte Funktionseinschränkungen in den Vordergrund, wie z.B. der Verlust von Mobilität, Seh- oder Hörfähigkeit. Lebensende-Entscheidungen gründen in der persönlichen Werthaltung und werden oft mit den Angehörigen oder Fachpersonen besprochen. Das kann sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen von grosser Bedeutung, teilweise aber auch Belastung sein.

Im Kontext der Altersarbeit ist das Verhältnis von Freiheit und Schutzbedürftigkeit besonders sensibel. Während die gesetzliche Regelung den Zugang zur Suizidhilfe ermöglicht, besteht die Gefahr eines «age bias»: Sterbewunsch und Suizidgedanken bei älteren Menschen, vor allem bei kranken älteren Menschen, werden als verständlich, unvermeidbar und erwartbar in Anbetracht des «Alters» bewertet. Nur wenn ein Anliegen nach assistiertem Suizid achtsam, empathisch und verstehend aufgenommen, sorgfältig abgeklärt und in einen Unterstützungsprozess eingebettet wird, kann ein voreiliger oder durch behandelbare Belastungen motivierter Suizidentschluss verhindert werden.

Pro Senectute berät zur Lebensgestaltung und persönlichen Vorsorge, aber leistet keine Beratung, Begleitung oder Vermittlung zum assistierten Suizid.



Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung

Direkte aktive Sterbehilfe (Euthanasie): Eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen auf dessen Verlangen. Eine Drittperson verabreicht dem sterbewilligen Menschen absichtlich ein tödlich wirkendes Mittel. ***In der Schweiz ist dies rechtlich nicht erlaubt.***

Indirekte aktive Sterbehilfe: Wenn zur Linderung von Leiden und Symptomen Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Diese Art der Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt. Auch die Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betrachten diese Form der Sterbehilfe als ***zulässig***.

Passive Sterbehilfe: Auf Grundlage des aktuellen oder früher geäusserten Willens einer Person wird auf die Aufnahme von lebenserhaltenden Massnahmen verzichtet oder solche werden abgebrochen, in dem beispielsweise ein Sauerstoffgerät abgestellt wird. Diese Form der Sterbehilfe ist ebenfalls gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird aber als erlaubt angesehen. Solche Massnahmen können im Rahmen einer Patientenverfügung festgehalten werden, so dass sie umgesetzt werden, wenn die Person nicht mehr urteilsfähig ist.

Assistierter Suizid (Suizidhilfe): Die sterbewillige Person nimmt einen gut vorbereiteten, wohl überlegten Suizid vor. Dabei wird sie nicht allein gelassen, sondern betreut und begleitet, möglichst immer in Anwesenheit von Familie und Freunden, wo immer möglich bei ihr zuhause. Der suizidwilligen Person wird die durch den Arzt verschriebene Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selbst einnimmt. ***In der Schweiz ist dies rechtlich erlaubt, solange die assistierenden Personen und Organisationen dabei keine selbstsüchtigen Motive befriedigen.***

Palliativ-medizinische Betreuungsmassnahmen: Palliative Medizin und Betreuung umfassen medizinische Behandlungen, körperliche Pflege, aber auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung des Patienten sowie seiner Angehörigen. Sie können die Lebensqualität Schwerkranker und Sterbender deutlich erhöhen und damit auch Sterbewünsche verhindern.



Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung:

Die Rolle von Suizidhilfe-Organisationen

Die besondere Rechtslage in der Schweiz bildet die Basis für die Arbeit spezialisierter Suizidhilfe-Organisationen. Seit 1942 ist die Beihilfe zum Suizid straffrei, sofern ihr keine selbstsüchtigen Motive (wie etwa finanzielle Vorteile) zugrunde liegen. Dieser im Strafgesetzbuch (Art. 115) verankerte Tatbestand ermöglichte es, dass sich ab 1982 erste Suizidhilfe-Organisationen bildeten. Ursprünglich mit dem Ziel gegründet, Patientenverfügungen und das Wissen um ein selbstbestimmtes Sterben zu fördern, haben diese Organisationen heute die Praxis des assistierten Suizids fest etabliert. Umfragen zeigen regelmässig, dass eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung diese Möglichkeit des selbstbestimmten Sterbens befürwortet.

In der Praxis hat sich in der Schweiz eine klare Aufgabenteilung zwischen Medizin und Suizidhilfe-Organisationen herausgebildet. Diese Struktur ist historisch gewachsen, jedoch rein rechtlich gesehen nicht zwingend vorgeschrieben: Das Gesetz verlangt keine Vermittlung durch eine Suizidhilfe-Organisation. Dennoch spielen sie aktuell eine unverzichtbare Rolle in der Schweizer Praxis, da sie die Koordination und die Begleitung am Sterbetag übernehmen. Viele dieser Organisationen sehen sich selbst als Akteure einer Übergangszeit: Sie betonen, dass es ihre spezialisierten Strukturen idealerweise irgendwann nicht mehr brauchen sollte, wenn die Suizidhilfe vollumfänglich als Teil der regulären medizinischen Versorgung und Sterbebegleitung anerkannt und integriert wäre.

Urteilsfähigkeit

Urteilsfähigkeit wird bei einer mündigen Person im Schweizer Recht grundsätzlich vermutet. Eine Person gilt so lange als urteilsfähig, bis konkrete Hinweise oder Abklärungen zeigen, dass sie für eine bestimmte Entscheidung nicht (mehr) urteilsfähig ist.

Urteilsfähigkeit bedeutet, dass eine Person in der Lage ist,

- eine Situation zu verstehen,
- deren Folgen richtig einzuschätzen,
- einen eigenen Willen zu bilden und
- entsprechend diesem Willen zu handeln.

Im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) ist Urteilsfähigkeit ein zentraler rechtlicher Begriff. Sie wird immer bezogen auf eine konkrete Entscheidung beurteilt – also nicht generell, sondern situativ. Eine Person kann z. B. für einfache finanzielle Fragen urteilsfähig sein, für komplexe medizinische Entscheidungen aber nicht mehr.

Aktuell sieht die Zusammenarbeit meist so aus, dass eine ärztliche Fachperson für die sorgfältige Prüfung verantwortlich ist: Sie klärt die medizinische Vorgeschichte, die Urteilsfähigkeit sowie die Gründe hinter dem Sterbewunsch ab. Sind die Kriterien erfüllt, verschreibt sie das Medikament Natrium Pentobarbital in tödlicher Dosis. Die eigentliche Begleitung am Sterbetag wird jedoch meist von den Organisationen übernommen. Die Einnahme des Medikaments erfolgt oral, intravenös oder durch eine Magensonde, wobei der letzte, zum Tod führende Handlungsschritt selbst vorgenommen werden muss.

Dieser Prozess findet heute an unterschiedlichen Orten statt: im eigenen Zuhause, in Räumlichkeiten der Organisationen oder, je nach kantonaler Regelung und Institutionsrichtlinie, auch in Alters- und Pflegeheimen sowie in Spitälern. Während einige Organisationen ihre Dienste ausschliesslich in der Schweiz wohnhaften Personen anbieten, ermöglichen andere auch Menschen aus dem Ausland den Zugang zur Suizidhilfe in der Schweiz. Ein zentraler Grundsatz der Suizidhilfe-Organisationen ist dabei die finanzielle Zugänglichkeit: Finanzierbarkeit ist nie ein Ausschlusskriterium. Die Suizidhilfe-Organisationen bieten bei Bedarf Kostenreduktionen oder eine vollständige Kostenbefreiung an.

Internationaler Kontext

Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz über eine weitgehend liberale Rechtsprechung zum assistierten Suizid und weist keine spezifische, umfassende gesetzliche Regelung auf; dies macht sie auch für Personen aus dem Ausland zu einem zugänglichen Ziel für den sogenannten «Sterbetourismus». Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal der Schweiz ist die organisatorische Umsetzung. Während die Suizidhilfe in den meisten Ländern als staatlich regulierter, rein medizinischer Akt vollzogen wird, hat sich in der Schweiz ein duales System etabliert: Die Ärzteschaft übernimmt die medizinisch-ethische Abklärung und Verordnung, während Suizidhilfe-Organisationen die Beratung und praktische Begleitung sicherstellen. Ein letzter Unterschied besteht in der Form der Suizidhilfe: In der Schweiz ist ausschliesslich der assistierte Suizid zulässig, bei dem die sterbewillige Person den letzten zum Tod führenden Handlungsschritt zwingend selbst ausführen muss; hier geht es um das Recht auf den Suizid und die freie selbstbestimmte Handlung wird betont. Im Gegensatz dazu stehen Länder wie die Niederlande, Belgien, Luxemburg, Spanien oder Kanada, welche die aktive Sterbehilfe (Euthanasie) erlauben, bei der eine ärztliche Fachperson dem Patienten auf dessen Wunsch eine tödliche Injektion verabreicht, um unnötiges Leiden am Lebensende zu vermeiden.

Rechtlicher und Medizin-ethischer Rahmen

In der Schweiz existiert keine spezifische gesetzliche Regelung zum praktischen Ablauf eines assistierten Suizids. Stattdessen stützt sich die Praxis auf ein Zusammenspiel aus allgemeiner Verfassung, bundesgerichtlicher Rechtsprechung, dem Strafgesetzbuch sowie medizin-ethischen Richtlinien.

Der Rechtliche Rahmen

Die schweizerische Bundesverfassung (BV) enthält zwar keine spezifischen Normen zur Suizidhilfe, schützt jedoch über die Menschenwürde (Art. 7 BV), die persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) und den Schutz der Privatsphäre (Art. 13 Abs. 1 BV) das Recht auf Selbstbestimmung. Das Schweizer Bundesgericht bestätigte 2006 in einer Entscheidung, dass dieses Selbstbestimmungsrecht auch die Entscheidung über Art und Zeitpunkt des eigenen Todes einschliesst, sofern die betroffene Person urteilsfähig ist und freiwillig handelt. Es besteht jedoch kein Rechtsanspruch auf Beihilfe; niemand kann dazu verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Im schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB) wird strikt zwischen der verbotenen Fremdtötung und der straflosen Beihilfe unterschieden. Während die direkte aktive Sterbehilfe konsequent unter Strafe steht, ist die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich straflos. Voraussetzung für die Straflosigkeit ist das Fehlen jeglicher selbstsüchtigen Beweggründe (z.B. Erbaussichten) seitens der helfenden Person.

Tatbestand	Direkte aktive Sterbehilfe	Assistierter Suizid (Suizidhilfe)
Gesetzliche Regelung	Art. 111 StGB: Vorsätzliche Tötung Art. 113 StGB: Totschlag Art. 114 StGB: Tötung auf Verlangen	Art. 115 StGB: Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord
Status	Immer strafbar	Straffrei (vorausgesetzt die sterbewillige Person ist urteilsfähig und keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen)
Der Vorgang	Eine Drittperson tötet einen Menschen auf dessen Verlangen (z. B. durch eine Spritze).	Eine Drittperson hilft beim Suizid (z. B. beim Besorgen des Mittels), tötet aber nicht selbst.
Letzter zum Tod führender Handlungsschritt	Die Drittperson hat die Handlungshoheit.	Die sterbewillige und urteilsfähige Person hat die Handlungshoheit.

Tabelle 1: Direkte aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid im Vergleich. Quellen: Bundesamt für Justiz. (2026). *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung*, und Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2022). *Umgang mit Sterben und Tod (2. Auflage)*.

Medizin-ethische Richtlinien (SAMW)

Da für den assistierten Suizid ein verschreibungspflichtiges Medikament benötigt wird, ist die Rolle der Ärzteschaft zentral. Die Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) bilden hierfür den ethischen Standard. Die Richtlinien haben keine unmittelbare Rechtskraft, sie liegen aber den aktuellen Voraussetzungen für einen assistierten Suizid in der Schweiz zugrunde.

Der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte der Schweiz FMH hat diese SAMW-Richtlinien in ihre Standesordnung aufgenommen, wodurch sie verbandsrechtlich für die ihr angeschlossenen Ärzte verbindlich ist. Grundsätzlich gilt: Die Mitwirkung am assistierten Suizid ist für Ärztinnen und Ärzte eine Gewissensentscheidung; es besteht keine rechtliche oder berufsethische Verpflichtung zur Durchführung.

Die SAMW-Richtlinien verlangen von der Ärzteschaft eine besondere Sorgfaltspflicht. Eine Suizidhilfe ist demnach nur ethisch vertretbar, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Urteilsfähigkeit: Die Person muss in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig sein, auch noch im Moment der Durchführung. Der Wunsch nach einem assistierten Suizid kann also nicht im Vorfeld in einer Patientenverfügung festgehalten werden. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, muss zwingend ein entsprechendes fachärztliches Gutachten eingeholt werden.

Schwerwiegendes Leiden: Die Person leidet unerträglich unter den Symptomen einer Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen. Der Wunsch der Person, in dieser unerträglichen Lebenssituation nicht mehr leben zu wollen, muss für die Ärztin oder den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar sein. Entscheidend ist hierbei die subjektive Wahrnehmung der betroffenen Person, was für sie als «unerträglich» gilt.

Autonomer Wille: Der Wunsch muss wohlüberlegt, dauerhaft und ohne äußeren Druck entstanden sein. Die Ärztin oder der Arzt muss zudem mindestens zwei ausführliche Gespräche in angemessenem zeitlichem Abstand geführt haben, um die Beständigkeit des Wunsches zu prüfen.

Erwägung von Alternativen: Die Ärztin oder der Arzt muss mit der Person alle anderen Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote (z.B. Palliative Care oder Unterstützung durch Sozialdienste) besprochen haben. Die Suizidhilfe ist nur vertretbar, wenn diese Optionen entweder erfolglos geblieben sind oder von der urteilsfähigen Person abgelehnt werden.

Umgang mit Sterben und Tod



Der assistierte Suizid im Kontext des Alters

Zahlen zum assistierten Suizid in der Schweiz

Die Inanspruchnahme des assistierten Suizids in der Schweiz hat in den letzten 16 Jahren eine enorme Dynamik erfahren. Seit der Jahrtausendwende haben sich die Fallzahlen etwa alle fünf Jahre verdoppelt. Von 1998 bis 2024 hat das Bundesamt für Statistik (BFS) 17'610 assistierte Suizide dokumentiert. Davon betrafen 7'330 Männer und 10'280 Frauen. Im Jahr 2024 machten assistierte Suizide knapp 2.5% aller Todesfälle in der Schweiz aus.

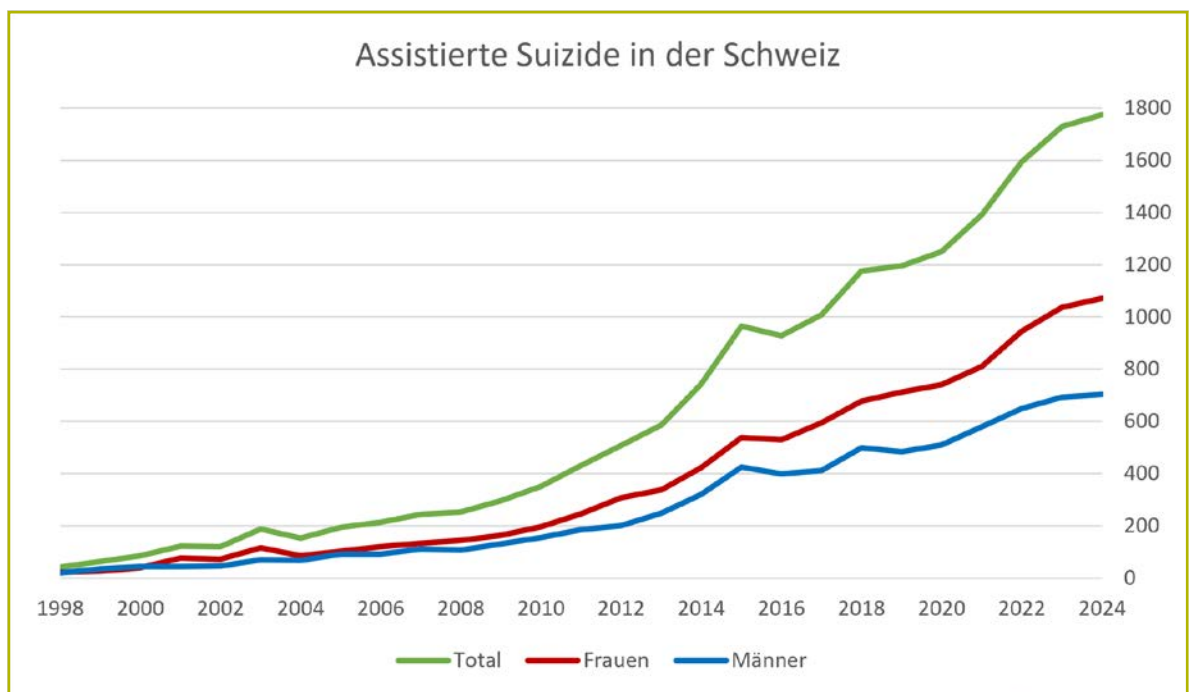


Abbildung 1: Entwicklung der assistierten Suizidfälle in der Schweiz (1998-2024).
Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (CoD)

Die Suizidhilfe in der Schweiz ist in der Mehrheit der Fälle ein Altersphänomen; das mediane Alter derjenigen, die sich für den assistierten Suizid entschieden haben, lag im Jahr 2022 bei 81 Jahren. Wenn man die Gruppe derer, die den assistierten Suizid wegen einer Krebserkrankung gewählt haben (ca. 40% der Fälle), ausklammert, betrug das mediane Alter zuletzt 84 Jahre. Assistierte Suizide gehen meist mit einer Zunahme schwerwiegender unheilbarer Erkrankungen wie Krebs, neurodegenerative Krankheiten oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher.

Ein Unterschied zeigt sich auch zwischen den Geschlechtern: Frauen über 65 machen seit 1998 57% der assistierten Suizid Fälle aus, mit steigender Tendenz. Ein wesentlicher Grund dafür ist die höhere Lebenserwartung von Frauen, die zudem häufig mit älteren Partnern zusammenleben und diese somit öfter überleben. In der Folge sind sie im hohen Alter häufiger alleinstehend. Daneben können Sozialisationsmuster bedeutsam sein, etwa der Wunsch, nicht zur Last zu fallen, oder die Präferenz für einen «sanften» Tod.

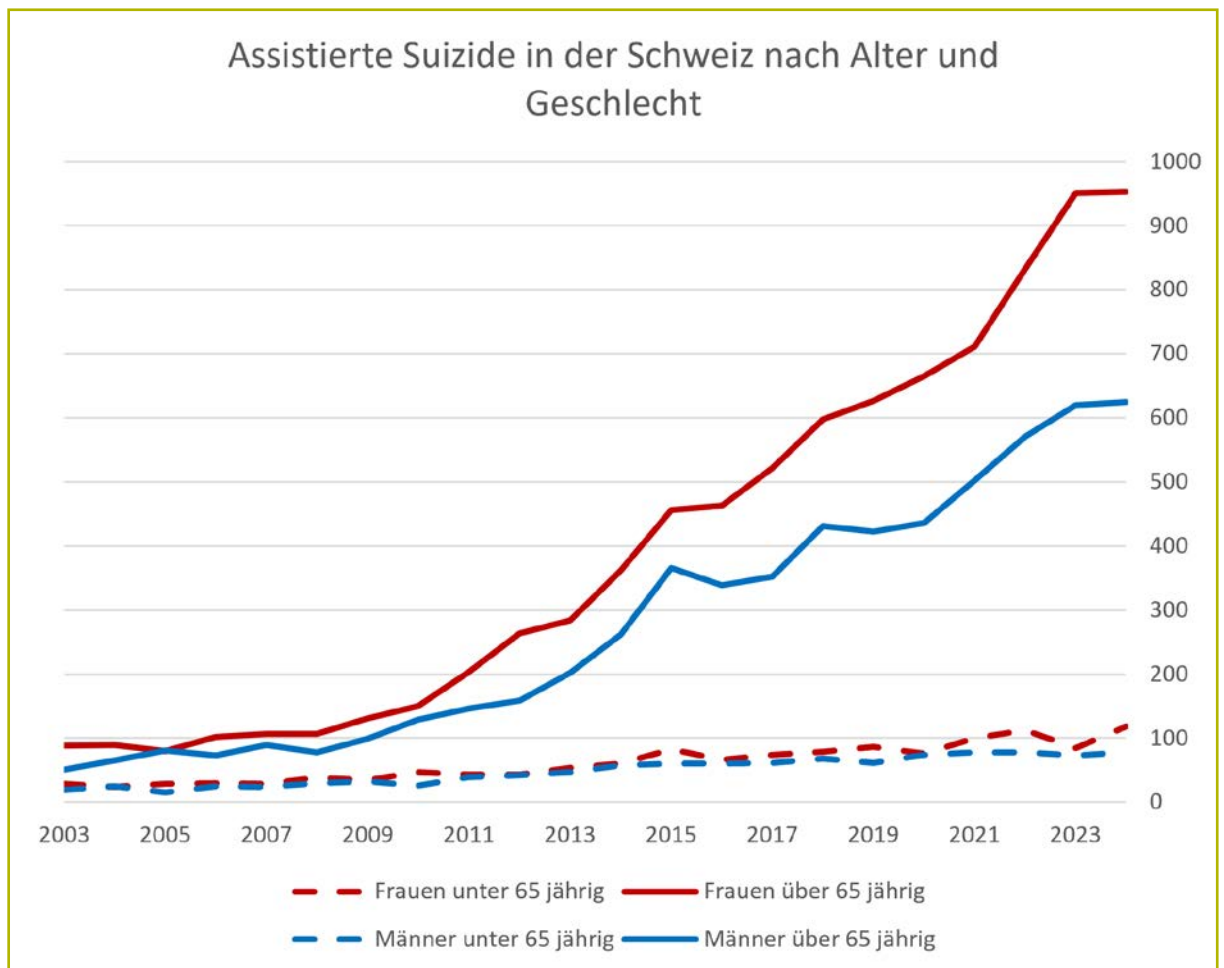


Abbildung 2: Entwicklung der assistierten Suizidfälle in der Schweiz (2003-2024) differenziert nach Alter und Geschlecht. Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (CoD).

Allgemein ist die Suizidrate (ohne assistierten Suizid) in den letzten 20 Jahren gesunken, während die Suizidhilferate angestiegen ist. Diese gegenläufige Entwicklung fällt zeitlich zusammen mit einer in der neueren Sterbehilfe breit vertretenen Perspektive, die den Tod nicht mehr primär als pathologisches Geschehen, sondern als einen natürlichen und sinnvollen Teil des Lebens versteht.

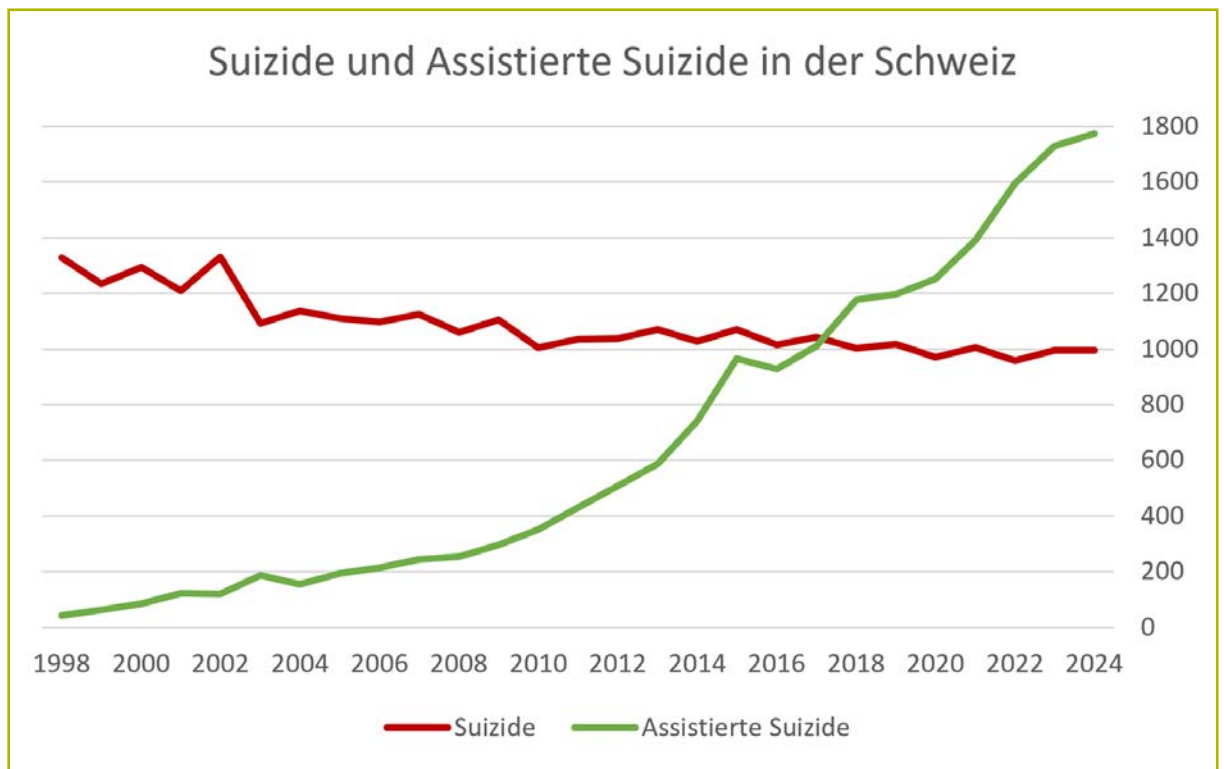


Abbildung 3: Entwicklung der Suizid- und assistierten Suizidfälle in der Schweiz (1998-2024).
Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (CoD)

Der Anstieg assistierter Suizide lässt sich auf ein Zusammenspiel demografischer und gesellschaftlicher Faktoren zurückführen. Ein wesentlicher Treiber ist die demografische Alterung: Da Suizidhilfe vor allem in hohen Altersgruppen vorkommt, steigt mit der Lebenserwartung auch die Zahl potenziell Betroffener. Parallel dazu findet ein Wertewandel statt. In einer zunehmend säkularen Gesellschaft verlieren traditionelle religiöse Normen an Bindungskraft, während persönliche Autonomie und Selbstbestimmung als Leitprinzipien stärker werden. Der assistierte Suizid wird dabei weniger als Tabu, sondern als Ausdruck einer aktiven Lebensgestaltung bis zum Ende wahrgenommen.

Ageismus und die Wahrnehmung des Sterbewunsches

In der öffentlichen und fachlichen Debatte über den assistierten Suizid spielt Ageismus, d.h. die Stereotypisierung und Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters, eine oft unterschätzte Rolle. Wenn das Alter als eine Phase des Defizits und fehlender Produktivität verstanden wird, entsteht die Erwartung des sozialen Rückzugs und des Nicht-zur-Last-Fallen im Alter. Dies kann zu einem sogenannten «age bias» in der Bewertung von Suizidwünschen führen: Demnach werden Suizidgedanken und -absichten bei älteren Menschen eher als bei jüngeren als vernünftig und rational bewertet, da damit einer schwierigen und von aussen betrachtet weniger lebenswerten Lebensphase ein Ende gesetzt wird. Das Nicht-zur-Last-Fallen widerspiegelt auch den positiven Altersstereotyp des freundlichen älteren Menschen.

Sterbewünsche werden im Alter gesellschaftlich oft schneller akzeptiert als bei jungen Menschen, selbst wenn keine schwere Krankheit vorliegt. Diese Normalisierung kann dazu führen, dass die Behandlungsbe-


dürftigkeit und -dringlichkeit nicht angemessen eingeschätzt und eine psychotherapeutische Behandlung oder weitere Interventionen nicht angeboten werden, obwohl diese indiziert wären. Selbstbestimmung über das eigene Lebensende kann auch bedeuten, Veränderungen und Hilfe anzunehmen. Umgekehrt besteht das Risiko, komplexe Lebenskrisen allein auf eine medizinische Diagnose wie «Altersdepression» zu reduzieren. Eine solche Stigmatisierung vernachlässigt dabei die oft komplexen sozialen und persönlichen Hintergründe und verringert die Chance einem gefährlichen Suizidverlauf entgegenzuwirken.

Praxisrelevante Aspekte

Abgrenzung: Akute Suizidalität vs. Assistierter Suizid

Eine akute Suizidalität aufgrund einer psychischen Krise oder Erkrankung ist zu unterscheiden von einem wohlerwogenen Sterbewunsch aufgrund von andauerndem Leiden. Während bei einer akuten Suizidalität die unmittelbare Krisenintervention und der Schutz des Lebens im Vordergrund stehen, handelt es sich beim assistierten Suizid um einen reflektierten Prozess unter Wahrung der Urteilsfähigkeit.

Reden kann retten: Sprich über Suizidgedanken



	Akute Suizidalität	Assistierter Suizid
Hintergrund	Akute psychische Krise oder schwere Depression	Wohlerwogen aufgrund von Krankheit oder massiven Einbussen der Lebensqualität
Zeitfaktor	Impulsiv, oft von hoher Ambivalenz geprägt	Dauerhaft, über einen längeren Zeitraum gereift
Urteilsfähigkeit	Im Moment der Krise oft eingeschränkt	Zwingende Voraussetzung für die Durchführung
Fokus der Hilfe	Prävention: Weg aus der Krise finden	Begleitung: Respektierung der Selbstbestimmung; Begleitung beim Abschied

Tabelle 2: Akute Suizidalität und assistierter Suizid im Vergleich. Quelle: *Internes Fachwissen*

Palliative Care als komplementäre Option

Palliative Care und assistierter Suizid werden oft als Gegensätze wahrgenommen, sind jedoch als komplementäre Optionen zu verstehen. Eine Analyse der Vorstellungen eines «guten Sterbens», wie sie im Kontext von Palliative Care geäußert werden, zeigt, dass Werte wie Selbstbestimmung, Schmerz- und Symptomkontrolle sowie der Erhalt der Lebensqualität in beiden Ansätzen wichtig sind.

- **Selbstbestimmte Wahl:** Wer sich gewohnt war, selbstbestimmt zu leben, möchte oft auch so sterben. Dabei kann es sehr wohl auch eine bewusste Entscheidung sein, «nichts zu entscheiden» und das Sterben unter guter Palliative Care auf sich zukommen zu lassen.
- **Ganzheitliche Versorgung:** Es gilt das Wissen um die verschiedenen Behandlungsangebote am Lebensende, vor allem auch der Palliative Care, zu verbessern. Die Erfahrungen der Suizidhilfe-Organisationen zeigen, dass es für viele Menschen beruhigend ist, zu wissen, dass Optionen im Sinne eines «Notausgangs» da sind. Eine palliative Versorgung wird oft parallel zur Vorbereitung eines assistierten Suizids weiterverfolgt. Ziel ist es Entscheidungen am Lebensende möglichst frei von physischen, psychischen und sozialen Leiden treffen zu können.
- **Politisches Ziel:** Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfolgt gemäss dem Bericht «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» (2020) das Ziel, die Selbstbestimmung der Menschen am Lebensende zu fördern und den Zugang zu Behandlungsangeboten wie Palliative Care zu verbessern.

Bessere Betreuung und Behandlung von
Menschen am Lebensende



Einbezug und Belastung von Angehörigen

Auch wenn Menschen selbstbestimmt leben und sterben möchten, sind sie in soziale Beziehungen eingebettet. Angehörige oder Freunde sind ebenfalls betroffen. Für sie kann es im Abschieds- und Trauerprozess hilfreich sein, zu wissen, dass sie die Wünsche des sterbenden Menschen kennen, respektieren und unterstützen können, die Verantwortung aber nicht bei ihnen liegt.

Aktuelle Debatte

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz hat sich von der grundsätzlichen Zulässigkeit hin zu Detailfragen und regulatorischen Herausforderungen verschoben. Mit der Normalisierung kommen die Debatten nicht an ein Ende.

Prognose und Ruf nach Monitoring

Der Anteil der assistierten Suizide an allen Todesfällen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen und lag 2024 laut BFS bei 2,5 %. Im Vergleich dazu lag der Anteil in Kanada 2023 bei 4,1 % und in den Niederlanden 2023 bei 5,4 %. Vor diesem Hintergrund wird diskutiert, ob sich die Schweiz auf eine Situation einstellen muss, in der in 10 bis 15 Jahren rund 5 % aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen könnten, was je nach Todesfallzahl etwa 3500 bis 3600 Fälle pro Jahr bedeuten würde. Angesichts dieser massiven Zunahme wird argumentiert, dass der Schweiz ein nationales Register oder Monitoring fehlt. Im Gegensatz zu anderen Ländern werden archivierte Unterlagen der assistierten Suizide in der Schweiz bisher nicht systematisch gesammelt und ausgewertet. Am 26. Juni 2025 wurde die Motion 25.3945 eingereicht, die den Bundesrat beauftragt, «die Anzahl und die Umstände der jährlich in der Schweiz durchgeführten assistierten Suizide zu erfassen und, falls nötig, dafür die gesetzlichen Grundlagen anzupassen». Die Motion wurde im Ständerat angenommen, aber im Dezember 2025 im Nationalrat abgelehnt.

Suizidhilfe bei Gesunden

Derzeit wird diskutiert, ob assistierter Suizid für Personen ohne schwerwiegende medizinische Diagnose möglich sein soll. Das Bundesgericht hat 2024 bestätigt, dass Suizidhilfe auch bei gesunden Personen nicht gegen das Betäubungsmittelgesetz verstösst. Dies befeuerte die Debatte darüber, ob der assistierte Suizid ein reines Instrument der Autonomie ist, das jedem urteilsfähigen Menschen offenstehen sollte, oder ob er weiterhin an medizinische Kriterien gebunden bleiben muss.

Deutungshoheit der Vereine vs. Staatliche Rahmenbedingungen

In der Schweiz liegt die praktische Durchführung der Suizidhilfe primär in den Händen privater Vereine. Forschende weisen darauf hin, dass diese Suizidhilfe-Organisationen über Jahrzehnte hinweg eine starke Deutungshoheit über den konkreten Ablauf und die Indikationen gewonnen haben. Kritisch diskutiert wird dabei erstens, dass es an einheitlichen Standards fehlt: Während medizinische Einrichtungen strengen Qualitäts- und Aufsichtsvorgaben unterstehen, agieren die Vereine in weiten Teilen autonom. Zweitens wird zunehmend darüber debattiert, ob der Staat seine bisher eher passive Rolle verlassen und ein Spezialgesetz schaffen sollte, um die Qualität und Transparenz zu sichern sowie einen fairen, gleichberechtigten Zugang zur Suizidhilfe für alle Menschen zu gewährleisten. Wenn Selbstbestimmung über das Lebensende als Menschen- bzw. Grundrecht verstanden wird, stellt sich folgerichtig die Frage, ob es nicht auch Aufgabe des Staates ist, dieses Recht aktiv zu gewährleisten und durch verbindliche Rahmenbedingungen angemessen einzubetten.

Medizinische Intervention oder Demedikalisierung?

Eine Frage, die noch bleibt, ist, ob Suizidhilfe in Zukunft eine medizinische Intervention mit den entsprechenden Qualitätsansprüchen sein soll oder ob eine Demedikalisierung der bessere Weg ist. Während der aktuelle Ablaufprozess den Suizid als privaten Akt der Selbstbestimmung begreift, bei dem die Ärzteschaft primär für die Rezeptierung des Medikaments zuständig ist, die ethische Verantwortung aber beim Individuum und den begleitenden Organisationen liegt, würde eine echte Demedikalisierung noch einen Schritt weitergehen. Letztere sähe Methoden vor, die gänzlich ohne ärztliche Einbindung und Verschreibungspflicht auskommen, um den Sterbeprozess vollständig aus dem medizinischen System zu lösen. Gleichzeitig wächst der Ruf nach einer stärkeren Integration von Palliative Care und Suizidhilfe-Kompetenzen in die ärztliche Ausbildung, um die Selbstbestimmung am Lebensende nicht nur rechtlich zu sichern, sondern auch medizinisch und menschlich kompetent zu begleiten.

Öffnung der Institutionen

Auch die Öffnung von öffentlich finanzierten Spitälern und Pflegeheimen als Sterbeorte ist ein zentrales Thema. Im Vordergrund steht hierbei das Patientenwohl: Den betroffenen Personen soll ermöglicht werden, in ihrer vertrauten Umgebung zu verbleiben, um ihnen am Lebensende beschwerliche und belastende Veränderungen wie z.B. Transporte in externe Räumlichkeiten zu ersparen.

Selbstbestimmt, aber nicht allein

Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten am Lebensende ermöglichen es den Menschen, die für sie passende Option zu finden. Ob dies der Weg der Palliative Care, der Verzicht auf Behandlung oder der assistierte Suizid ist, eine frühzeitige Vorsorgeplanung (Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag, Testament, usw.) entlastet nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihr Umfeld. Gespräche zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen sind dabei der wichtigste Schlüssel.

Was ist wichtig:

- **Keine Stellvertretung:** Ein assistierter Suizid kann nicht per Patientenverfügung für den Fall einer späteren Urteilsunfähigkeit angeordnet werden.
- **Voraussetzungen:** Die Urteils- und Handlungsfähigkeit muss gegeben sein. Auch bei einer psychiatrischen Grunderkrankung oder Demenzdiagnose ist ein assistierter Suizid möglich, muss aber stattfinden, solange die Urteilsfähigkeit noch weitgehend intakt ist.
- **Freiwilligkeit:** Die gesamte Vorbereitungsphase von der Abklärung bis zur Durchführung eines assistierten Suizides dauert. Der Prozess kann selbstverständlich jederzeit und ohne Begründung durch die Person abgesagt werden.
- **Finanzielle Hürden:** Die Suizidhilfe-Organisationen bieten Kostenreduktion oder Kostenbefreiung an und Finanzierbarkeit ist nie ein Ausschlusskriterium. Niemand sollte aus Angst vor den Kosten davor zurückschrecken, Unterstützung anzufragen.
- **Palliative Care:** Die Inanspruchnahme von Palliative Care und die Vorbereitung eines assistierten Suizides schliessen sich nicht aus.

Appell

Suizidalität im Alter **darf** kein Tabu sein. Hinschauen, ernst nehmen, zuhören und Gespräche anbieten sind zentrale präventive Schritte. Gleichzeitig braucht es eine professionelle **und** offene Begleitung von Menschen, die sich mit dem Lebensende auseinandersetzen. **Die Aufgabe von Pro Senectute** ist es, Gespräche verfügbar zu machen, Angehörige einzubeziehen und über **die richtigen** Schnittstellen passende Hilfen zu koordinieren – **im Wissen darum, dass niemand verpflichtet ist, Suizidhilfe zu leisten.**

Quellenverzeichnis

- Das Schweizer Parlament** (2025). Motion 25.3944, Rahmenregulierung im Bereich des assistierten Suizids. *Amtliches Bulletin*.
- Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V.** (2019). Assisted suicide in Switzerland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116 (33–34), 545–552.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C. et al.** (2025). Preparing for the end-of-life: public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliat Care* 24, 118.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01758-7>
- Bundesamt für Gesundheit.** (2020). Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende: Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018.
- Bundesamt für Justiz.** (2026). Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung.
- Bundesamt für Statistik.** (2026). Statistik der Todesursachen (CoD).
- Bundesamt für Statistik.** (2026). Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz.
- Canetto, S. S.** (2019). If physician-assisted suicide is the modern woman's last powerful choice, why are White women its leading advocates and main users? *Professional Psychology Research and Practice*, 50(1), 39–50.
<https://doi.org/10.1037/pro0000210>
- DIGNITAS.** (n.d.). Länder mit Regelungen zur Sterbehilfe
- EXIT Deutsche Schweiz.** (2025). EXIT-Mitgliederzahl auch 2024 deutlich gestiegen. *EXIT - Deutsche Schweiz*.
- Feichtner, A., Wasl, M.** (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. In: Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H., Weixler, D. (eds) Assistierter Suizid. Springer, Berlin, Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Fittkau, L., Gehring, P.** (2008). Zur Geschichte der Sterbehilfe. In Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 1: Stellen wir uns darauf ein, dass 5 Prozent aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen. *Ars Medici*, 2024 (22), 654–657.
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 2: Welche Verantwortung tragen Politik und Gesetzgeber? *Ars Medici*, 2024 (23), 682–685.
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 3: Ist Suizidhilfe in Vereinshand Teil des eidgenössischen Brauchtums? *Ars Medici*, 2024 (24), 714–717.

- Hurst-Majno, S.** (2025). Selbstregulierung und ihre Grenzen [Präsentation]. Fachtagung Science et politique à table: Ist die Suizidhilfe in der Schweiz ausreichend geregelt? *Akademien der Wissenschaften Schweiz*, Bern, Schweiz.
- Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende.** (2017). Lebensende: Synthesebericht des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67. *Schweizerischer Nationalfonds*.
- Obsan** (2025). *Suizid und Suizidhilfe* (Obsan Indikator). https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/_010
- Riedel, A., Klotz, K., & Heidenreich, T.** (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. *Ethik in Der Medizin*, 36 (3), 263–281. <https://doi.org/10.1007/s00481-024-00822-9>
- Rüegger, H.** (2025). Sich für das Sterben entscheiden können. *NOVAcura*, 56 (8), 1–4
- Schwarzenegger, C., Manzoni, P., Studer, D., & Leanza, C.** (2010). Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält: Erste Resultate einer repräsentativen nationalen Befragung. *Jusletter*, 13. September 2010.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.** (2019). Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis: Medizin-ethische Richtlinien (1. Aufl.).
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.** (2022). Umgang mit Sterben und Tod (2. Auflage).
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch**, SR 210. (2026) Art. 16.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch**, SR 210. (2026) Art. 18.
- Tag, B.** (2025). Handlungsoptionen für Parlament und Gesetzgeber [Präsentation]. Fachtagung Science et politique à table: Ist die Suizidhilfe in der Schweiz ausreichend geregelt? *Akademien der Wissenschaften Schweiz*, Bern, Schweiz.
- Umbricht, A.** (2022). Telefonische Omnibus-Befragung zum assistierten Suizid: Quantitative Befragung im Auftrag von «DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben». *gfs-zürich, Markt- & Sozialforschung*.
- Xu, C. X.** (2025). Assisted suicide in Switzerland: the impact of shifting public attitudes on families and professionals. *Undergraduate Journal of Public Health*, 9 (0). <https://doi.org/10.3998/ujph.7609>
- Zimmermann, M.** (2025). Suizidhilfe heute: Zahlen, Fakten, Kontroversen [Präsentation]. Fachtagung Science et politique à table: Ist die Suizidhilfe in der Schweiz ausreichend geregelt? *Akademien der Wissenschaften Schweiz*, Bern, Schweiz.

Impressum

Herausgeberin: Pro Senectute Schweiz, Abteilung «Grundlagen und Politik»,
Redaktion: Corinne Hafner Wilson, Anna Celio-Panzeri, Eliane Müller, Noah Golub, Tina Weber, Rahel Habegger

Pro Senectute Schweiz
Lavaterstrasse 60
8027 Zürich
www.prosenectute.ch/grundlagen
E-Mail: innopol@prosenectute.ch

1. Auflage: Juni 2026

Mit den Grundlagenpapieren arbeitet Pro Senectute Schweiz aktuelle alterspolitische Themen auf und ordnet sie ein.
Pro Senectute Schweiz bekennt und verpflichtet sich zu einer inklusiven und genderneutralen Sprache.
Sämtliche Texte sind frei von Codierungen und Wertungen.

