

IX. Gesundheitsrecht

- 63 **Ärztliche Sorgfaltspflicht im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid.**
- **Die Verordnung eines rezeptpflichtigen Betäubungsmittels stellt eine aufsichtsrechtlich relevante Tätigkeit im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung dar; hierin eingeschlossen sind die der Rezeptierung vorausgehenden Untersuchungen und Abklärungen (Art. 9 Abs. 1 Satz 1, 10 Abs. 1 und 11 Abs. 1 BetmG; §§ 22 Abs. 1 und 33 Abs. 1 GesG) (Erw. 2).**
 - **Völkerrechtliche Aspekte, insbesondere Anwendung von Art. 8 EMRK (Erw. 3).**
 - **Rückgriff auf die SAMW-Richtlinien (Erw. 4/a). Würdigung der Einzelfälle (Erw. 4/b).**
 - **Verhältnismässigkeit des Verbots, von der Betäubungsmittelgesetzgebung erfasste Stoffe zu rezeptieren oder abzugeben (Erw. 5).**

Entscheid des Verwaltungsgerichts, 3. Kammer, vom 28. Januar 2005 in Sachen M. gegen Regierungsrat.

Aus den Erwägungen

1. Das Gesundheitsdepartement wirft dem Beschwerdeführer vor, gegen § 22 Abs. 1 GesG und gegen Art. 11 BetmG verstossen zu haben, dies namentlich weil er Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken geleistet, die Diagnosestellung und die Abklärung der Urteilsfähigkeit nicht mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt sowie unzureichende Zeugnisse ausgestellt habe. Auch der Regierungsrat bejahte eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflichten. Der Beschwerdeführer nimmt nun unter Hinweis auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) den Standpunkt ein, Beihilfe zum Suizid sei keine ärztliche Tätigkeit im Sinne der Behandlung eines Patienten; folglich gebe es für eine staatliche

Aufsicht über diese Gutachtertätigkeit auch keine gesetzliche Grundlage.

2. a) Gemäss Art. 9 Abs. 1 Satz 1 BetmG können Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und verantwortliche Leiter von öffentlichen oder Spitalapotheken, die ihren Beruf auf Grund der von der zuständigen kantonalen Behörde gemäss Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft erteilten Ermächtigung selbständig ausüben, Betäubungsmittel nach Massgabe des Bedarfs der vorschriftsgemässen Berufsausübung ohne besondere Bewilligung beziehen, lagern, verwenden und abgeben. Zum Verordnen von Betäubungsmitteln sind die in Art. 9 genannten Ärzte und Tierärzte befugt (Art. 10 Abs. 1 BetmG). Auch § 33 Abs. 1 GesG schreibt unter dem Randtitel "Rezeptbefugnis" vor, dass Arzneimittel nur von Ärzten, Zahnärzten und behandelnden Tierärzten verordnet werden dürfen. Die Verordnung eines rezeptpflichtigen Betäubungsmittels - und um ein solches handelt es sich bei dem hier in Frage stehenden Wirkstoff Natrium-Pentobarbital (Anhang a der Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe vom 12. Dezember 1996 [SR 812.121.2, Fassung vom 15. November 2001]) - darf somit von Bundesrechts wegen wie auch nach kantonalem Recht nur im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung erfolgen, welche der Aufsicht durch den Kantonsarzt und das Gesundheitsdepartement untersteht (§ 4 und § 7 Abs. 4 GesG).

b) Handelt es sich beim Verordnen eines Betäubungsmittels um eine aufsichtsrechtlich relevante Tätigkeit im Rahmen der Berufsausübung, trifft dies selbstverständlich auch auf die der Verordnung vorausgehenden Untersuchungen und Abklärungen zu. Diese bilden eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausstellung des Rezepts, denn Betäubungsmittel dürfen nur in dem Umfang verordnet werden, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist (Art. 11 Abs. 1 BetmG; siehe auch Art. 26 Abs. 1 HMG). Die behördliche Beurteilung, ob die Verordnung eines Betäubungsmittels im Einzelfall rechtmässig war, erfolgt daher aufgrund der vorgängig durchgeführten Untersuchungen und Abklärungen, über die der Arzt von Gesetzes wegen Aufzeichnungen

zu machen hat (§ 23 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GesG). Ob der Arzt dabei im direkten Auftrag des Suizidwilligen handelt oder aber als "Gutachter" im Auftrag einer Institution (z.B. DIGNITAS oder EXIT), welcher er das Betäubungsmittel schliesslich rezeptiert, ist aus aufsichtsrechtlicher Sicht unerheblich. In beiden Fällen muss die Verordnung des Betäubungsmittels den erwähnten Anforderungen von Art. 11 Abs. 1 BetmG, aber auch jenen von § 22 Abs. 1 GesG genügen, wonach sich die Medizinalpersonen bei der Berufsausübung an die Grundsätze der Wissenschaft, der Berufsethik und der Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu halten haben. Diese Vorgaben sind naturgemäss auch zu beachten, wenn die Leistungen des Arztes unentgeltlich oder gegen Überweisung eines symbolischen Honorars an eine gemeinnützige Organisation erbracht werden. Insofern überzeugt der Standpunkt des Beschwerdeführers, der zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeit unterscheidet und auf den Umstand verweist, dass kein Vertragsverhältnis mit den Patienten bestand, nicht. Dem Beschwerdeführer hilft auch nicht, dass in den vom Senat der SAMW am 25. November 2004 genehmigten medizinisch-ethischen Richtlinien "Betreuung von Patienten am Lebensende" (Ziff. 4.1, S. 7) festgestellt wird, die Beihilfe zum Suizid sei "nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit". Diese Aussage ist klarerweise mit Blick auf die Ziele der Medizin gemeint, Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern und den Patienten in seiner Krankheit zu begleiten; Freitodbegleitung gehört - zumindest in einem engeren Sinne - nicht dazu (a.a.O., S. 7).

c) Als Zwischenergebnis ist mithin festzuhalten, dass der Beschwerdeführer, soweit er die medizinischen Akten von suizidwilligen Personen studierte, mit ihnen Gespräche führte, ihnen ärztliche Zeugnisse ausstellte und zuhanden von DIGNITAS Natrium-Pentobarbital rezeptierte, im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung handelte, welche der Aufsicht durch den Kantonsarzt und das Gesundheitsdepartement unterstand. Die sachliche Zuständigkeit des Gesundheitsdepartements ist daher zu bejahen; es war nach Massgabe von § 4 Abs. 2 GesG befugt, die aufsichtsrechtlich notwendigen Massnahmen und Verfügungen zu erlassen.

3. a) Der Beschwerdeführer setzt dem nun allerdings das Völkerrecht, insbesondere Art. 8 EMRK entgegen. Diese Bestimmung verschaffe dem Einzelnen einen Anspruch auf Achtung seines Privatlebens, wozu auch das Recht gehöre, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten; die Suizidfreiheit bestehe voraussetzungslos, vollkommen unabhängig von irgend einer medizinischen Indikation. Der Anspruch aus Art. 8 EMRK reiche aber noch weiter. Die Schwierigkeit bestehe nämlich darin, dass aufgrund der heutigen technischen und pharmazeutischen Gegebenheiten keine allgemein zugängliche Methode des Suizids mehr bestehe, die einigermassen risikofrei wirke, wogegen die einzige Methode, welche bei regelrechter Durchführung risiko- und schmerzfrei wirke - die Verwendung von Natrium-Pentobarbital -, auch dann nicht allgemein und ohne weiteres zugänglich sei, wenn für einen Menschen wirklich ernsthafte Gründe vorhanden seien, seinem eigenen Leben ein Ende zu bereiten. Soweit das Landesrecht nicht die Möglichkeit vorsehe, Natrium-Pentobarbital zur Durchführung eines risiko- und schmerzlosen Suizids zu beziehen, bestehe das durch Art. 8 Abs. 1 EMRK garantierte Recht auf Beendigung des eigenen Lebens nur theoretisch. Dies stelle eine Verletzung der EMRK dar. Dieser Standpunkt stützt sich im Wesentlichen auf den Aufsatz "Die EMRK schützt die Suizidfreiheit" von Ludwig A. Minelli ab (veröffentlicht in: AJP 5/2004, S. 491 ff. [Zusammenfassung auf S. 497 f.]).

b) Art. 8 EMRK lautet wie folgt:

"⁽¹⁾ Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz."

"⁽²⁾ Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer."

aa) Wegleitend für die Auslegung von Art. 8 EMRK ist das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 29. April 2002 in der Sache Diane Pretty v. The United

Kingdom (2346/02). Zu beurteilen war der Fall einer 43-jährigen Frau, die an einer fortgeschrittenen Form der amyotrophen Lateralsklerose litt. Es handelt sich dabei um eine unheilbare neurologische Erkrankung, die zum Verlust der Muskelsubstanz und damit einhergehend zu einer fortschreitenden Lähmung führt (Erw. 7). Diane Pretty war vom Hals an abwärts gelähmt, konnte kaum noch verständlich sprechen und wurde mittels eines Schlauchs ernährt. Ihre Lebenserwartung war kurz und konnte nur noch in Wochen oder Monaten gemessen werden. Nicht beeinträchtigt waren ihr Intellekt und ihre Urteilsfähigkeit. Sie äusserte mit Nachdruck den Wunsch, selber bestimmen zu können, wann sie sterbe, um auf diese Weise von Leiden und Unwürdigem verschont zu bleiben (Erw. 8). Ihr Ehegatte sollte ihr beim Freitod behilflich sein, aber nur, wenn ihm von den Strafverfolgungsbehörden Straffreiheit garantiert würde, was diese mit Verweisung auf den "Suicide Act 1961" jedoch ablehnten (Erw. 10 ff.). Der EGMR führte in diesem Zusammenhang und mit Blick auf Art. 8 EMRK wörtlich aus (Erw. 67):

"The applicant in this case is prevented by law from exercising her choice to avoid what she considers will be an undignified and distressing end of her life. The court is not prepared to exclude that this constitutes an interference with her right to respect for private life as guaranteed under Article 8 § 1 of the Convention."

Ob das Recht auf Achtung des Privatlebens gemäss Art. 8 Abs. 1 EMRK auch das Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, umfasst, ist damit vom EGMR noch nicht endgültig entschieden worden. Dies räumt im Übrigen auch Minelli ein (a.a.O., S. 492).

bb) Selbst wenn man davon ausginge, Art. 8 Abs. 1 EMRK garantiere dieses Recht, bestünde es nicht voraussetzungslos, wie dies der Beschwerdeführer postuliert. Im Rahmen von Art. 8 Abs. 2 EMRK sind nämlich Einschränkungen des Rechts auf Achtung der Privatsphäre möglich. Dort sind für die staatlichen Behörden die *Rechtfertigungsgründe* für Eingriffe, für das Individuum die *Schranken* der Ausübung des jeweiligen Rechts festgelegt. Eingriffe staatlicher Behörden bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, welche hinreichend zugänglich und hinreichend präzise formuliert sein muss.

Der Eingriff muss darüber hinaus einen in Art. 8 Abs. 2 EMRK abschliessend genannten Zweck verfolgen. Schliesslich muss der behördliche Eingriff "in einer demokratischen Gesellschaft notwendig" sein. Der EGMR hat diesen Rechtfertigungsgrund in ständiger Rechtsprechung so ausgelegt, dass die Massnahmen einem "dringenden gesellschaftlichen Bedürfnis" entsprechen und verhältnismässig erscheinen müssen (Mark E. Villiger, Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK], 2. Auflage, Zürich 1999, Rz. 543 ff. mit Hinweisen; Jochen Frowein / Wolfgang Peukert, Europäische MenschenRechtsKonvention, 2. Auflage, Kehl 1996, Art. 8 N 12 ff.). In diesem Sinne prüfte der EGMR, ob der "Suicide Act 1961" den Anforderungen von Art. 8 Abs. 2 EMRK genüge (Erw. 67); er führte dazu aus (Erw. 74):

"Nonetheless, the Court finds, in agreement with the House of Lords and the majority of the Canadian Supreme Court in *Rodriguez*, that States are entitled to regulate through the operation of the general criminal law activities which are detrimental to the life and safety of other individuals (see also *Laskey, Jaggard and Brown*, cited above, pp. 132-33, § 43). The more serious the harm involved the more heavily will weigh in the balance considerations of public health and safety against the countervailing principle of personal autonomy. The law in issue in this case, section 2 of the 1961 Act, was designed to safeguard life by protecting the weak and vulnerable and especially those who are not in a condition to take informed decisions against acts intended to end life or to assist in ending life. Doubtless the condition of terminally ill individuals will vary. But many will be vulnerable and it is the vulnerability of the class which provides the rationale for the law in question. It is primarily for States to assess the risk and the likely incidence of abuse if the general prohibition on assisted suicides were relaxed or if exceptions were to be created. Clear risks of abuse do exist, notwithstanding arguments as to the possibility of safeguards and protective procedures."

Für den EGMR sind somit öffentliche Gesundheit und Privatautonomie gegeneinander abzuwägen. Der Schutz der schwachen und verletzlichen Personen rechtfertigt ein Gesetz, das die Beihilfe zum Suizid unter Strafandrohung verbietet. Es sei hauptsächlich

Sache der Staaten, die Risiken abzuwägen und die Wahrscheinlichkeit von Missbräuchen zu bewerten, welche mit einer Lockerung der gesetzlichen Regelung bzw. mit einer Schaffung von Ausnahmen einhergingen. Es existierten klare Missbrauchsrisiken, und zwar ungeachtet der Möglichkeit schützender Verfahren. Gestützt hierauf gelangte der EGMR im Fall Pretty zur Schlussfolgerung, dass der betreffende Eingriff als "in einer demokratischen Gesellschaft notwendig" für den Schutz Dritter sei und dementsprechend keine Verletzung von Art. 8 EMRK vorliege (Erw. 78). Insofern erweist sich die Auffassung des Beschwerdeführers, es sei in keiner Weise ersichtlich, dass das Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, von den Vertragsstaaten unter Berufung auf Art. 8 Abs. 2 EMRK irgendwie eingeschränkt oder gar entzogen werden dürfe, da die für derartige Eingriffe erforderlichen Voraussetzungen, wie sie von Art. 8 Abs. 2 EMRK gefordert würden, vollständig fehlten, als nicht haltbar. Eine genügende gesetzliche Grundlage vorausgesetzt, ist ein solcher Eingriff auch nach Auffassung des EGMR aufgrund der Schwere des betroffenen öffentlichen Interesses durchaus zulässig. In gleicher Weise lässt sich gestützt auf Art. 36 BV ein Eingriff in die durch Art. 10 Abs. 2 und Art. 13 Abs. 1 BV geschützte individuelle Selbstbestimmung rechtfertigen, sofern dadurch das Grundrecht weder völlig unterdrückt noch seines Gehalts als fundamentale Institution der Rechtsordnung entleert wird (Ulrich Häfelin / Walter Haller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 6. Auflage, Zürich 2005, Rz. 370 ff. mit Hinweisen).

c) aa) Der Selbstmordversuch ist nach kontinental-europäischer Auffassung straflos bzw. "unverboten" (siehe den Bericht der Arbeitsgruppe "Sterbehilfe" an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vom März 1999 [im Folgenden: Bericht "Sterbehilfe"], S. 12). So statuiert auch Art. 115 StGB die Straflosigkeit des Dritten, der dem Suizidenten die Mittel zur Selbsttötung beschafft, sofern er aus uneigennützigen Motiven handelt. Aus der Straffreiheit der Suizidbeihilfe lässt sich freilich nicht schliessen, das Recht, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, erlaube Ärzten die Abgabe von Natrium-Pentobarbital an Suizidwillige. Für diese Berufsgruppe gelten mit Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG

besondere gesetzliche Vorgaben. Dies sind generell-abstrakte Normen, welche den Anforderungen von Art. 8 Abs. 2 EMRK an eine Eingriffsnorm genügen.

bb) Es gibt heute weder auf völker- noch auf landesrechtlicher Ebene eine Norm, welche einen Arzt berechtigt, ausserhalb seiner Berufspflichten und losgelöst von einer medizinischen Indikation zu Händen von Suizidwilligen bzw. von Sterbehilfeorganisationen Natrium-Pentobarbital zu verschreiben. Klarerweise liegt damit ein sogenanntes qualifiziertes Schweigen, d.h. eine bewusst negative Antwort des Gesetzgebers, und keine Gesetzeslücke vor (siehe zu diesen Begriffen BGE 125 V 11 mit zahlreichen Hinweisen; ferner Ulrich Häfelin / Georg Müller, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2002, Rz. 233 ff.; AGVE 1993, S. 376; VGE III/38 vom 18. Mai 2004 [BE.2004.00019], S. 20). Wer im Bereich der Beihilfe zum Suizid Recht schaffen will, hat die ausserordentlich schwierige Frage zu entscheiden, wie sie sich zu Art. 2 EMRK verhält, wo die staatliche Pflicht zum Schutz des Lebens statuiert ist (siehe auch das erwähnte Urteil des EGMR, Erw. 34 ff.). Die Frage hat in erster Linie eine moralisch-ethische Dimension, beschlägt daneben aber auch die Frage der Sozialkosten (siehe die Arbeit von Peter Holenstein, "Der Preis der Verzweiflung" [Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz], September 2003). Ist die Lösung eines Problems aber derart von Weltanschauungen und auch von politischen Randbedingungen geprägt, ist der Richter schlicht überfordert. Es muss vielmehr dem Gesetzgeber anheim gestellt bleiben, aktiv zu werden und, falls ein entsprechendes öffentliches Bedürfnis ausgemacht wird, eine adäquate Regelung zur Lockerung der Suizidbeihilfe zu treffen (siehe auch das erwähnte Urteil des EGMR, Erw. 74).

d) Nach dem Gesagten bleibt zu prüfen, ob mit Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG ein in Art. 8 Abs. 2 EMRK aufgeführter Zweck verfolgt wird und die in diesen Bestimmungen enthaltenen Massnahmen einem dringenden gesellschaftlichen Bedürfnis entsprechen. Beide Voraussetzungen sind erfüllt. Die an die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften bzw. die Grundsätze der Wissenschaft anknüpfende Reglementierung der Rezeptie-

rung von Betäubungsmitteln dient offensichtlich der Wahrung der öffentlichen Gesundheit, indem ein missbräuchlicher Umgang mit Betäubungsmitteln verhindert werden soll; solche Risiken bestehen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auch im Bereich der Suizidbeihilfe (siehe dazu das erwähnte Urteil des EGMR, Erw. 74). Angesichts der Gefährlichkeit von Betäubungsmitteln, insbesondere auch von Natrium-Pentobarbital, welches je nach Dosis zum Tode führt, ist auch das dringende gesellschaftliche Bedürfnis nach solchen Bestimmungen ausgewiesen. Folglich vermögen die hinter Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG stehenden gesetzgeberischen Zielsetzungen Eingriffe in die gemäss Art. 8 Abs. 1 EMRK geschützten Garantien, d.h. auch in das Recht auf Achtung der Privatsphäre zu rechtfertigen. Ein Eingriff in den unantastbaren Kerngehalt des Rechts, seinem eigenen Leben ein selbstbestimmtes Ende zu bereiten, liegt dabei nicht vor; weder wird die Ausübung dieses Rechts verboten noch sonst in einer Weise eingeschränkt, dass von einer völligen Unterdrückung bzw. Entleerung seines Gehalts gesprochen werden muss. Insbesondere kann aus der Rechtsordnung kein Anspruch auf einen risiko- und schmerzlosen Suizid abgeleitet werden, wie dies der Beschwerdeführer suggerieren will.

4. a) aa) Soweit Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG auf die "anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften" bzw. auf die "Grundsätze der Wissenschaft" und "der Berufsethik" verweisen, bedienen sie sich unbestimmter Rechtsbegriffe. Diese Rechtsfiguren umschreiben die Voraussetzungen der Rechtsfolge oder die Rechtsfolge selbst in offener, unbestimmter Weise (BGE 98 Ib 509; AGVE 2002, S. 402; Häfelin/Müller, a.a.O., Rz. 445). Die Abgrenzung zwischen unbestimmtem Rechtsbegriff und Ermessen ist dabei fließend; bei beiden Begriffen liegen offene Formulierungen vor, welche den rechtsanwendenden Behörden einen Entscheidungsspielraum gewähren. Der Unterschied liegt darin, dass die unbestimmten Rechtsbegriffe der Auslegung zugänglich sind und diese eine Rechts- und keine Ermessensfrage darstellt (AGVE 2002, S. 402; Häfelin/Müller, a.a.O., Rz. 448).

bb) Nach Auffassung des Gesundheitsdepartements müssen die erwähnten Begriffe dahingehend verstanden werden, dass der Arzt

verpflichtet sei, seine Tätigkeit lege artis, d.h. dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechend, und unter Berücksichtigung der ärztlich allgemein anerkannten ethischen Grundsätze auszuüben; bei der Konkretisierung dieser Begriffe spielten die Richtlinien der SAMW eine bedeutende Rolle. Der Regierungsrat teilt diese Auffassung.

aaa) Den SAMW-Richtlinien fehlt aus der Sicht des Bundesrechts ein für Ärzte und Patienten verbindlicher Charakter, denn dieses Recht verweist an keiner Stelle darauf. Anders verhält es sich in denjenigen kantonalen Rechtsordnungen, welche die Anwendbarkeit der Richtlinien ausdrücklich vorsehen oder sie aufgrund einer Verweisung zum Bestandteil des kantonalen Rechts erklären (Bericht "Sterbehilfe", S. 15, mit Hinweis auf ein unveröffentlichtes Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 3. März 1998 samt Zusatzbericht vom 7. April 1998). So hat das Bundesgericht kantonale Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen, welche die Anwendbarkeit der SAMW-Richtlinien ausdrücklich vorsahen, für zulässig erklärt (BGE 98 Ia 512 ff., 123 I 122 ff.). Weil eine solche Verweisung im vorliegenden Fall fehlt, ist nach dem Gesagten von der grundsätzlichen Unverbindlichkeit der Richtlinien auszugehen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie nicht zur Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe bzw. als Auslegungshilfe herangezogen werden dürfen, sofern sie tatsächlich den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften widerspiegeln.

bbb) Bezüglich der Beihilfe zum Suizid sind heute in allgemeiner Hinsicht die bereits erwähnten medizinisch-ethischen SAMW-Richtlinien "Betreuung von Patienten am Lebensende" (vorne Erw. 2/b) relevant. Unter der Ziffer 4.1 ("Beihilfe zum Suizid") führen sie Folgendes aus:

"Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid strafflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Die Rolle des Arztes besteht bei Patienten am Lebensende darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist

im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern.

Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben.

In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

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

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden."

Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat im ähnlich gelagerten Fall eines Arztes, der im Rahmen von Freitodbegleitungen wiederholt eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital verordnet hatte und dessen Praxisbewilligung in der Folge auf präventivmedizinische Tätigkeiten beschränkt worden war, die Frage aufgeworfen, ob die SAMW-Richtlinien im Bereich der aktiven Sterbehilfe einen für die ärztliche Sorgfalt massgebenden Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergäben oder ob darin nicht vielmehr nur Leitlinien aufgezeigt würden, welche den Ärzten in den Grenzbereichen der Medizin und in bisher unbekannten Situationen eher ethisch mo-

tivierte Empfehlungen abgäben; für letzteres spreche, dass die Beihilfe zum Suizid auf einem persönlichen Gewissensentscheid des verantwortlichen Arztes beruhe und aus religiösen und weltanschaulichen Beweggründen abgelehnt werden könne, und dass aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe auch Missbräuche resultieren könnten (ZBl 101/2000, S. 491). Die angeführten SAMW-Richtlinien "Betreuung von Patienten am Lebensende" tragen indessen dieser Situation vollumfänglich Rechnung. Dem Arzt wird darin ausdrücklich zugebilligt, den mit dem Suizidwunsch eines Patienten regelmässig verbundenen Gewissenskonflikt in voller Freiheit für sich zu lösen. Für diejenigen Fälle, in welchen der Arzt Beihilfe zum Suizid leisten will, bilden die SAMW-Richtlinien eine durchaus taugliche Auslegungshilfe; sie bringen zum Ausdruck, was in der Grenzsituation der ärztlichen Sterbehilfe unter den "anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften" bzw. den "Grundsätzen der Wissenschaft" und "der Berufsethik" konkret zu verstehen ist. Die Medikation eines tödlich wirkenden Betäubungsmittels setzt demnach eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene Untersuchung und eine entsprechende Diagnose voraus. Es bedarf in jedem Falle einer medizinischen Indikation. So wenig für den Arzt der Wunsch eines Patienten nach einem bestimmten Medikament im Normalfall den Ausschlag für dessen Rezeptierung geben darf, so wenig kann bei der Sterbehilfe der (mangelfreie) Selbsttötungswunsch des Patienten allein für die Verabreichung des fraglichen Mittels genügen. Aufgrund der besondern Stellung des Arztes, namentlich seiner Verantwortung gegenüber dem Leben und der öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen sowie dem gesundheitlichen Wohlergehen des Einzelnen im Besonderen, gehört es zu seiner Aufgabe, rezeptpflichtige Medikamente oder Betäubungsmittel nur soweit einzusetzen, als dies aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies bedeutet, dass sich der behandelnde Arzt nicht nur über die Urteilsfähigkeit eines Sterbewilligen, sondern auch darüber Gewissheit zu verschaffen hat, dass im Sinne der SAMW-Richtlinien ein Leiden vorliegt, das unabwendbar zum Tod führt. Da es bei der Sterbehilfe um eine Massnahme mit tödlicher und damit irreversibler Folge für den Patienten geht, sind hinsichtlich Untersu-

chung und Diagnose höchste Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt zu stellen (ZBl 101/2000, S. 493 f.).

b) Das Verwaltungsgericht ist aufgrund der Akten und der Parteibefragung anlässlich der Verhandlung vom 28. Januar 2005 zur Überzeugung gelangt, dass der Beschwerdeführer bei seiner Tätigkeit, sterbewilligen Personen eine letale Dosis des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital zu verordnen, in zum Teil krasser und schwerwiegender Weise gegen Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG verstossen hat. Im Folgenden ist auf die einzelnen Fälle einzugehen:

aa) Freitod von K. (geb. 1945) am 19. August 2001.

Im Auftrag von DIGNITAS empfing der Beschwerdeführer K., die sich in Begleitung ihres Ehemanns und einer Freitodbegleiterin befand, am 12. Juni 2001 zu einem etwa 1½-stündigen Gespräch in seinen Praxisräumen in O. Ein paar Tage zuvor hatte er die einschlägigen Krankengeschichten und Arztberichte erhalten. Eine ärztliche Untersuchung fand nicht statt. Im Anschluss an das Gespräch verordnete der Beschwerdeführer 15 g Natrium-Pentobarbital; das Rezept sandte er an DIGNITAS. Mit Hilfe des rezeptierten Mittels verübte K. am 19. August 2001 in Z. Suizid.

In seinem Bericht vom 12. Juni 2001 hielt der Beschwerdeführer über K. selber Folgendes fest:

"Sie leidet an einem auch durch alle medizinisch und psychiatrischen Abklärungen nie wirklich erklärten Schmerzsyndrom, ausgehend vom Schulterbereich, beginnend nach schwierig erlebtem Klimakterium und Berufsstress, 1995. Sie ist wiederholt in Spezialkliniken untersucht und erfolglos behandelt worden, medizinisch, neurologisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch. 1999 begannen vor allem psychiatrisch geführte Behandlungen, samt Versuch eigentlicher Psychotherapie. Später kamen dann noch Gallenkoliken dazu und eine Überfunktion der Schilddrüse. Gegen Osteoporose nimmt sie ein spezifisches (?) Mittel, gegen die 'Depression' ein Antidepressivum. Auch Morphin brachte keine Linderung."

In der Krankengeschichte, dokumentiert durch rund 25 Arzt- und Klinikberichte, welche dem Beschwerdeführer vorgelegen haben müssen (er erinnert sich allerdings nur an deren zwei), werden zusammenfassend sehr starke chronische Schmerzen im Bereich der

Halswirbelsäule und eine ausgeprägte Osteopenie (Knochenschwund) sowie eine psychische Überlagerung bzw. wahnhafte Depression diagnostiziert. Der Beschwerdeführer verwarf diese Schlussfolgerungen und stellte selber die folgende "Differentialdiagnose":

"Schwerste frühkindlich angelegte Konversionsneurose oder ein rätselhafter Gehirnprozess, der die Persönlichkeit völlig verändert (es sollen sich Anomalien beim bildgebenden Verfahren des Gehirns gezeigt haben, die aber nicht näher spezifiziert werden)."

Es ist nun aber schlechterdings undenkbar, dass ein Arzt einzig aufgrund eines 1½-stündigen Gesprächs, ohne jede Untersuchung, eine seriöse Differentialdiagnose stellen kann. Im Bericht vom 12. Juni 2001 finden sich hierüber denn auch keine weiteren Ausführungen. Nicht nachvollziehbar ist sodann, wie der Beschwerdeführer zu seiner Diagnose einer "frühkindlich angelegten Konversionsneurose" gelangt ist. An der Verhandlung vom 28. Januar 2005 relativierte er die fragliche Aussage denn auch stark; sie sei allgemein gemeint gewesen, und aus der ganzen Situation heraus habe er annehmen müssen, dass K. als Kind traumatisiert worden sei. Bezeichnend ist ferner, dass der Beschwerdeführer den - undatierten, aber offenbar aus dem Jahr 2001 stammenden - Bericht einer diplomierten Psychologin, welche die Weiterführung der begonnenen Verhaltenstherapie (bisher 45 Stunden) als erfolversprechend bewertete und dringend empfahl, weil der Teufelskreis, in welchem die Patientin stecke, nur so unterbrochen werden könne, kurzerhand als nicht ernst zu nehmend abqualifizierte. Erstaunlich ist dies namentlich darum, weil der Beschwerdeführer Allgemeinmediziner ist und über keine Spezialausbildung auf den Gebieten der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Das Verwaltungsgericht hat den Eindruck gewonnen, dass sich der Beschwerdeführer zu stark von den massiven Vorwürfen leiten liess, welche K. gegenüber den vorbehandelnden Ärzten erhob. Wenn der Beschwerdeführer die ihm vorliegenden Anamnesen und Diagnosen nicht akzeptieren wollte, musste er dies anhand gründlicher, dem ärztlichen Standard entsprechender Untersuchungen und Befunde belegen. Davon kann aber keine Rede sein.

bb) Freitod von S. (geb. 1954) am 11. Dezember 2001.

Für diese Patientin, an die er sich an der Verhandlung nicht mehr zu erinnern vermochte, stellte der Beschwerdeführer im Auftrag von DIGNITAS ebenfalls ein Rezept für 15 g Natrium-Pentobarbital aus. Das Gespräch, bei welchem der Freitodwunsch erörtert wurde, fand am 6. November 2001 in O. statt, und der Freitod wurde am 11. Dezember 2001 in Z. vollzogen. S. war wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit teilweise paranoiden Zügen und depressiven Anteilen in intensiver psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung; in somatischer Hinsicht wurde kein Befund von Krankheitswert festgestellt. Auch der Beschwerdeführer diagnostizierte bei ihr eine schwere Depression. Anders aber als der behandelnde Facharzt, der eine kontinuierliche ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Weiterbetreuung "dringend" empfahl und eine berufliche Wiedereingliederung als möglich erachtete, bezeichnete der Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 7. November 2001 den Zustand von S. als "offensichtlich hoffnungslos"; sie komme aus ihrer schweren Depression trotz vielen psychiatrischen Behandlungen und Hospitalisierungen nicht mehr heraus. Auch diesen Befund stützte der Beschwerdeführer auf das eine Gespräch mit S. vom 6. November 2001. Dies ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Anzahl der für die Meinungsbildung erforderlichen Konsultationen klarerweise unzureichend. Vor allem hätte der Beschwerdeführer, wenn er als Nicht-Facharzt von einer fachärztlichen Beurteilung abweichen wollte, durch Einholung einer spezialärztlichen Zweitmeinung ergründen müssen, ob es sich bei S. tatsächlich so verhielt, dass ihr "die heutige Medizin nicht mehr helfen kann". Zu beanstanden ist schliesslich auch, dass der Bericht des Beschwerdeführers vom 7. November 2001 überhaupt keine Aussagen zur Urteilsfähigkeit von S. enthält. Allein dies ist eine gravierende Unterlassung.

cc) Freitod der Geschwister S.M. (geb. 1973) und P.M. (geb. 1971) am 11. Februar 2002.

Die Geschwister M., beide französische Staatsangehörige, kamen am 8. September 2001 als Mitglieder von DIGNITAS nach O. zu einem "ausgedehnten Gespräch" mit dem Beschwerdeführer; nach dessen Erinnerung dauerte die Konsultation "mehr als eine Stunde".

Der Beschwerdeführer verordnete ihnen im Anschluss daran je 15 g Natrium-Pentobarbital. Der Freitod wurde dann rund fünf Monate später in Z. vollzogen.

Eine eigentliche Krankengeschichte stand dem Beschwerdeführer nicht zur Verfügung. Bei den Akten befinden sich zwar verschiedene Berichte französischer Ärzte, doch enthalten diese weder eine Anamnese noch eine Diagnose, sondern äussern sich ausschliesslich im Zusammenhang mit der auf 80% festgesetzten Invalidität der Geschwister M.. Die Diagnose einer Schizophrenie im Bericht vom 9. September 2001 stellte der Beschwerdeführer aufgrund des erwähnten Gesprächs sowie eines Rezepts, welches ein Psychiater zuhanden seines Patienten P.M. am 4. Mai 2000 ausgestellt hatte; der Beschwerdeführer führte dazu aus, wenn ein Psychiater die Medikamente "Floral" und "Fluanxol" rezeptiere, müsse man annehmen, es handle sich um eine schizophrene Psychose. Es bedarf keiner langen Erörterungen, dass solche Grundlagen viel zu dürftig sind, als dass sie für eine Diagnose- und Prognosestellung herangezogen werden könnten. Der Beschwerdeführer musste an der Verhandlung selber einräumen, dass seine Abklärungen ungenügend waren, doch äusserte er gleichzeitig die Meinung, er habe diesen Mangel durch seine Erfahrung als Arzt wettmachen können. Damit überschätzt sich der Beschwerdeführer offensichtlich. Um die Tragweite psychischer Erkrankungen richtig beurteilen zu können, bedarf es einer entsprechenden fachärztlichen Ausbildung, über welche der Beschwerdeführer wie erwähnt nicht verfügt (vorne Erw. aa). Es widersprach deshalb auch der ärztlichen Sorgfaltspflicht, allein aus den Angaben der Geschwister M. den Schluss zu ziehen, die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft; ein psychiatrisches Gutachten oder zumindest eine ausführliche psychiatrische Beurteilung, die sich auch über die Urteilsfähigkeit aussprechen, wären unabdingbar gewesen.

dd) Freitod von F. (geb. 1941) zwischen dem 15. und 17. April 2003.

Nach den Darlegungen des Beschwerdeführers war F. "schwer psychotisch und körperlich krank"; die sehr starken Schmerzen, welche sie am ganzen Körper verspürt habe, seien paranoiden Ursprungs

gewesen. Die Beziehung zu ihm sei über EXIT zustande gekommen, denn diese Organisation habe ihrem Mitglied keine Sterbehilfe gewähren wollen. Er habe F. dann in Z. besucht und lange, d.h. etwa eine Stunde, mit ihr gesprochen. Er habe sie auch untersucht und dabei ein "Angstbauchweh" festgestellt. Insgesamt habe er sie zweibis dreimal gesehen. Weil die (damals noch im gleichen Haus wohnende) Schwägerin von F. ihm gegenüber eine ablehnende Haltung eingenommen habe, habe er selber keine Freitodbegleitung vornehmen können. Er habe F. das Natrium-Pentobarbital - zusammen mit einem Anti-Brechmittel - deshalb in einem Restaurant in Z. übergeben, ihr gleichzeitig aber auch einen Beschrieb ausgehändigt und sich vergewissert, ob sie das alles verstanden habe. Wie üblich habe er einen ärztlichen Bericht verfasst und an EXIT geschickt. Von den weiteren Geschehnissen, insbesondere vom Suizid - F. wurde am Abend des 19. April 2003 tot in ihrer Wohnung aufgefunden -, habe er keine Kenntnis erhalten.

Wie sich aus den Akten ergibt, war F. bei Dr. med. V., in psychiatrischer Behandlung; dessen Diagnose lautete im Wesentlichen auf chronische Schizophrenie, Status nach Brustkrebsoperation, leichte unbehandelte Zuckerkrankheit und Tinnitus. Laut dem Beschwerdeführer habe ihm F. davon erzählt, ihm aber gleichzeitig "strengstens verboten, mit dem Psychiater darüber zu sprechen". Wenn der Beschwerdeführer diesen Patientenwillen respektieren wollte, so hätte er sich zumindest durch Einholung einer fundierten psychiatrischen Fachmeinung über Diagnose und Prognose sowie Urteilsfähigkeit der Patientin Gewissheit verschaffen müssen. Gerade die Urteilsfähigkeit war zwar nach dem Zeugnis von Dr. V. bei der letzten Konsultation etwa zehn Tage vor dem Tod "klar gegeben", doch sei F. vorher "durch ihre schizophrenen kognitiven Störungen enorm verlangsamt im Denken" gewesen. Die Angabe des Beschwerdeführers, F. sei im Zeitpunkt, als er ihr das Natrium-Pentobarbital ausgehändigt habe, urteilsfähig gewesen, wird dadurch doch etwas relativiert. Ein Widerspruch besteht auch zwischen der Äußerung von Dr. V., bei F. sei ungefähr drei Wochen vor ihrem Tod eine deutliche Besserung der psychiatrischen Erkrankung eingetreten, vermutlich weil sie sich durch ihn nach früheren Widerständen

habe überzeugen lassen, ein Antidepressivum einzunehmen, und der auf seine langjährige Erfahrung als Allgemeinpraktiker gestützte Befund des Beschwerdeführers, ihr Zustand sei "unheilbar" gewesen. Schliesslich war die Abgabe des Natrium-Pentobarbital an F. nicht nur "am Rande der Legalität", wie es der Beschwerdeführer selber bezeichnet, sondern eindeutig gesetzwidrig, weil offensichtlich kein Notfall im Sinne von § 32 Abs. 1 GesG vorlag.

ee) Freitod von P. (geb. 1930) am 6./7. Juni 2004.

P. suizidierte sich in der Nacht vom 6. auf den 7. Juni 2004 in seinem Zimmer im Alters- und Pflegeheim C. mittels einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital. Anlässlich der Verhandlung gab der Beschwerdeführer an, wie F. sei P. Mitglied von EXIT gewesen, habe von dieser aber keine Freitodbegleitung erhalten. Sein Kontakt zu ihm sei über eine Freitodbegleiterin entstanden, die er gut kenne. Zusammen mit dieser Frau hätten er und P. sich in einem Hotel in V. getroffen, wo ein etwa eineinhalbstündiges Gespräch stattgefunden habe. Sein persönlicher Eindruck sei danach der eines sehr vereinsamen und verzweifelten, depressiven Menschen gewesen; dabei habe es sich um eine sekundäre Depression gehandelt, welche die Folge der vielen Krankheiten und der Vereinsamung von P. gewesen sei. Auf Wunsch der Freitodbegleiterin habe er P. im Anschluss an das erwähnte Gespräch das Natrium-Pentobarbital in die Hand gegeben, wiederum - wie bei F. - mit genauer Instruktion, wie es zu verwenden sei. Abgesprochen sei dabei gewesen, dass P. den Suizid in einigen Tagen in Anwesenheit der Freitodbegleiterin vornehmen werde. An dieses Versprechen habe sich P. dann aber nicht gehalten. Rückblickend müsse er sagen, dass er mit der Abgabe des Betäubungsmittels an P. einen Fehler gemacht habe.

In einem undatierten Bericht der chirurgischen Klinik des kantonalen Spitals S., über den der Beschwerdeführer offenbar verfügte, wird auf eine vom 29. April bis zum 1. Mai 2002 dauernde Hospitalisierung von P. Bezug genommen. Die Diagnose der Klinik lautet auf eine nicht akute Krebserkrankung (Harnblasen- und Prostatakarzinom) und Zuckerkrankheit. Erwähnt werden ferner drei Herzinfarkte (1963, 1968 und 1988) sowie ein "Suizidversuch im Rahmen einer depressiven Erkrankung". Der allgemeininternistische Zustand

des Patienten wird als "unauffällig" bezeichnet. Während des Klinikaufenthalts wurde bei P. Prostatastanzbiopsie vorgenommen. Danach konnte er "in einem guten Allgemeinzustand" entlassen werden. Damit steht fest, dass P. nicht an einer Krankheit litt, derrentwegen er mit dem baldigen Tod zu rechnen hatte. Was den psychischen Bereich anbelangt, gibt es nur sehr vage und in keiner Weise medizinisch abgestützte Angaben über eine Depression. Bezeichnend ist, wie sich der Beschwerdeführer diesbezüglich an der Verhandlung ausgedrückt hat:

"Und er muss auch eine Depression gehabt haben. (Auf die Frage, ob P. auch seelisch krank gewesen sei) Seelisch krank in dem Sinn, er hatte sicher eine Depression."

Dieser Befund stützt sich auf das eine und einzige Gespräch in V. ab und ist auch nicht im Entferntesten durch eine ärztliche Fachmeinung untermauert. Dass der Beschwerdeführer trotzdem die 15 g Natrium-Pentobarbital verordnete und dazu noch an P. direkt abgab, war gemessen an den gesetzlichen Vorgaben grob sorgfaltswidrig.

ff) Freitodfälle im Sterbehospiz in R. (Mai bis Dezember 2004).

Im Gegensatz zu den vorstehend beschriebenen Fällen handelte sich bei den sterbewilligen Personen, die der Beschwerdeführer im Auftrag von DIGNITAS im Sterbehospiz in R. untersuchte, um somatisch schwerstkranke Personen. Insofern erweisen sich diese Freitodfälle als weniger problematisch. Gleichwohl zeichnen sich auch diese Fälle dadurch aus, dass der Beschwerdeführer die erforderliche Sorgfalt in verschiedener Hinsicht vermissen liess. Seine gegenüber der Beihilfe zum Suizid unkritische Haltung manifestierte er nicht nur anlässlich der Verhandlung, sondern auch in der Art und Weise, wie er die Untersuchungen im Sterbehospiz R. vornahm. Seine selten länger als eine Stunde dauernden Konsultationen erfolgten meistens erst unmittelbar vor dem Freitod, so dass den Patienten keine Bedenkzeit blieb. Das Natrium-Pentobarbital lag häufig auch schon bereit, obwohl der Beschwerdeführer das Rezept noch gar nicht ausgestellt hatte. Zudem untersuchte der Beschwerdeführer selbst englischsprachige Patienten, obwohl seine Englischkenntnisse nach eigenen Angaben nicht sehr gut sind. Bedenk-

lich ist schliesslich auch Folgendes: Anlässlich der Verhandlung wurde der Beschwerdeführer mit den Namen der von ihm untersuchten Personen konfrontiert und um eine Stellungnahme gebeten. Er konnte sich indessen, obwohl die angesprochenen Fälle bloss wenige Monate zurücklagen, verschiedentlich nicht mehr an die Personen oder deren Leiden erinnern; sein Erinnerungsvermögen versagte selbst nach Beschreibung des Krankheitsbildes wiederholt. Ein derart beeinträchtigtes Erinnerungsvermögen ist zwar angesichts des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers verständlich. Es lässt aber Zweifel daran aufkommen, ob der Beschwerdeführer überhaupt noch in der Lage ist, die ärztliche Tätigkeit in jeder Hinsicht korrekt auszuüben.

c) Die aufgeführten Fälle zeigen wie bereits erwähnt, dass der Beschwerdeführer die ärztliche Sorgfaltspflicht, wie sie in Art. 11 Abs. 1 BetmG und § 22 Abs. 1 GesG sowie in den einschlägigen medizinisch-ethischen SAMW-Richtlinien festgelegt und definiert ist, in gravierendem Ausmass und wiederholt verletzt hat. Der Beschwerdeführer masst sich an, nach seinem Gutdünken eigene Massstäbe zu setzen und danach zu verfahren. Das Gesetz verlangt indessen, dass der Arzt nach wissenschaftlichen Grundsätzen vorgeht und es nicht dabei bewenden lässt, sich bei einem Gespräch, das in aller Regel nicht mehr als eine "Momentaufnahme" sein kann, des Sterbewillens des betreffenden Patienten zu versichern. Langjährige Erfahrung als Arzt ist für Befund und Diagnose sicher ein wesentliches Element, doch hat die Medizin erprobte wissenschaftliche Methoden entwickelt, die nach wie vor in den Vordergrund zu stellen sind.

5. Liegen schwerwiegende oder wiederholte Verletzungen der Berufspflichten oder gesundheitsrechtlicher Vorschriften vor, kann dem Arzt die Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung entzogen werden (§ 21 Abs. 2 GesG). Zudem können die Kantone die Befugnisse nach Art. 9 BetmG für bestimmte Zeit oder dauernd entziehen, wenn die ermächtigte Medizinalperson betäubungsmittelabhängig ist oder eine Widerhandlung nach den Art. 19 - 22 BetmG begangen hat (Art. 12 Abs. 1 BetmG). Ein solcher Fall liegt u.a. vor, wenn der Arzt Betäubungsmittel anders als nach Art. 11 BetmG verwendet oder abgibt (Art. 20 Ziff. 1 al. 3 BetmG).

Das öffentliche gesundheitspolizeiliche Interesse, die Einhaltung der Randbedingungen im Bereich der ärztlichen Sterbehilfe für die Zukunft sicherzustellen und den unsachgemässen Umgang mit Betäubungsmitteln zu verhindern, ist ausserordentlich gross. Das (unbefristete) Verbot, von der Betäubungsmittelgesetzgebung erfasste Stoffe als verwendungsfertige Arzneimittel oder über Magistralrezepturen zu verordnen, anzuwenden oder abzugeben, ist klarerweise geeignet, weitere gleichartige Verfehlungen gegen die Bestimmungen des BetmG und GesG wirksam zu verhindern. Es erscheint angesichts der Schwere der Sorgfaltspflichtverletzungen, insbesondere aber auch mit Blick auf den nach wie vor sorglosen Umgang des Beschwerdeführers mit dem Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital erforderlich; so fällt aus diesem Grunde insbesondere auch ein bloss befristeter Entzug oder ein solcher, der nur Personen mit psychischen Störungen betrifft, ausser Betracht. Wenn der Beschwerdeführer gegen die erwähnte Massnahme vorbringt, er sei dann beispielsweise nicht mehr in der Lage, einem Patienten, der an schweren, nur mit Morphinen zu behebenden oder wenigstens zu lindernden Schmerzzuständen leide, solche Mittel zu verschreiben, so ist ihm entgegenzuhalten, dass angesichts seines hohen Alters das Interesse an der uneingeschränkten Ausübung seines Arztberufs im Gegensatz zu den beschriebenen öffentlichen Interessen nicht schwer wiegt, zumal seine Tätigkeit heute auf einige wenige Patienten beschränkt ist. Die Verhältnismässigkeit der gestützt auf § 21 Abs. 2 GesG angeordnete Massnahme ist deshalb ebenfalls zu bejahen.

6. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich nicht nur die Hauptanträge, sondern auch die Eventualanträge als unbegründet erweisen, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

X. Verwaltungsrechtspflege

64 Rechtliches Gehör. Verfügungsform.

- In Gesuchsverfahren kann von einer Anhörung grundsätzlich abgesehen werden; dies gilt auch bezüglich der Erhebung von Gebühren im Zusammenhang mit der Gesuchsstellung (Erw. 2/b).
- Ist eine Verfügung von einer nicht unterschriftsberechtigten Person unterzeichnet worden, kann dieser Mangel nicht geheilt werden (Erw. 2/c).

Urteil des Verwaltungsgerichts, 3. Kammer, vom 30. November 2004 in Sachen N. AG gegen Regierungsrat.

Aus den Erwägungen

2. (...)

b) (...). In Verfahren, welche durch Einreichung eines Gesuchs eingeleitet werden, bedarf es nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich keiner Anhörung mehr; es findet gewissermassen eine Vorverlagerung des rechtlichen Gehörs statt, indem der Gesuchsteller sein Gesuch entsprechend zu begründen hat (BGE 111 Ia 103 f.; Michele Albertini, Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör im Verwaltungsverfahren des modernen Staates, Bern 2000, S. 263). Damit ist allerdings nur der begünstigende Teil der Bewilligung abgedeckt. Aber auch wenn mit der Bewilligung belastende Nebenbestimmungen verknüpft oder - wie im vorliegenden Falle - Gebühren erhoben werden, braucht der Bewilligungsnehmer in aller Regel nicht angehört zu werden. Nebenbestimmungen bilden als mildere Massnahme (in Befolgung des Verhältnismässigkeitsprinzips) eine Alternative zur Bewilligungsverweigerung (Albertini, a.a.O., S. 38; AGVE 2002, S. 242 f.). Mit der Gebührenerhebung wiederum muss der Gesuchsteller normalerweise