

# Assistierter Suizid in den Stadtzürcher Alters- und Kranken- heimen

C. Ernst

## Das Vorgehen

Im Jahr 1987 verbot der damalige Vorsteher des Gesundheits- und Wirtschaftsdepartements, Stadtrat Josef Nigg (CVP), Sterbehilfeorganisationen wie Exit den Zutritt zu den städtischen Akutspitälern, Kranken- und Altersheimen. Heimbewohner und Patienten, welche durch assistierten Suizid zu sterben wünschten, hatten dafür ihre Wohnung oder ein von der Organisation zur Verfügung gestelltes Raum aufzusuchen. Später gingen diese Institutionen an das Gesundheits- und Umweltdepartement unter Stadtrat Robert Neukomm (SP) über. Nach dessen Angaben sollen Altersheimbewohner gegen das Verbot des assistierten Suizids protestiert und damit praktisch die Zulassung von Exit gefordert haben. Stadtrat Neukomm setzte eine Arbeitsgruppe ein und liess drei Gutachten erstellen: durch einen Theologen, einen Sozialethiker und einen Juristen. Alle Gutachten gingen davon aus, dass Suizid primär ein Akt menschlicher Freiheit und Autonomie sei und befürworteten, den assistierenden Suizid mindestens in den Heimen zuzulassen, sofern durch besondere Vorkehrungen gesichert sei, dass es sich nicht um urteilsunfähige, d.h. um psychisch kranke Patienten handle.

Am 25. Oktober 2000 erfolgte darauf eine Regelung durch den Gesamtstadtrat: Suizidhilfeorganisationen sollen ab 1. Januar 2001 in den Heimen den Bewohnern zum Suizid verhelfen und in den Akutspitälern mit suizidwilligen Patienten Gespräche führen können. Zum Sterben durch Suizid haben diese nach wie vor das Spital zu verlassen.

## Das «Tabuthema» und die Mitteilung an die Heimbewohner

Die neue Regelung wurde von Stadtrat Neukomm in einer Pressekonferenz dargestellt: Sie wurde eingeführt, weil «der Tod nicht tabuisiert werden darf und das Sterben in den Spitälern und Heimen thematisiert

werden muss» (Stadtrat Neukomm). Dessen Mitarbeiter, der Direktor des Amtes für Altersheime der Stadt Zürich, erklärte, der Wunsch, einer Zeit der Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit vor dem Tod zu entgehen, führe immer zum Bedürfnis nach assistiertem Suizid. Es sei «ganz einfach», diesen Willen einer urteilsfähigen Person zu akzeptieren, wenn man den Tod nicht tabuisiere. Bewohner und Mitarbeiter würden die neue Verfügung als «menschliebende Regelung» begrüßen.

Am 25. Oktober schrieb Stadtrat Neukomm an die Bewohner der Alters- und Krankenhäuser: «Eine Person, die im Alters- oder Krankenhaus wohnt oder kein eigenes Zuhause mehr hat, kann im Heim unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation Suizid begehen.» Falls das Personal «Zweifel an der Urteilsfähigkeit» dieser Person habe, werde ein aussenstehendes Team zur Beurteilung der Situation zugezogen. «Nach Durchführung des Suizids werden die zurückbleibenden Mitbewohnerinnen und Angehörigen angemessen betreut und begleitet». Mit dieser Regelung sei ein angemessener Kompromiss zwischen dem «Interesse der Öffentlichkeit, dass in den Heimen keine Selbsttötungen durchgeführt werden», und dem Selbstbestimmungsrecht der Bewohner gefunden worden.

## Die Autonomie des Suizids

Seit etwa 50 Jahren besteht in Europa und den USA eine ausgedehnte psychiatrische Forschung zum Suizid. Sie beruht auf drei Methoden: erstens der Sammlung von Daten zur Lebensgeschichte und den Lebensbedingungen von repräsentativen Serien von Suizidierten und zweitens auf der Untersuchung von Personen, welche einen schweren Suizidversuch im Spital überlebt haben. Die dritte Methode beruht auf psychiatrisch-epidemiologischen Untersuchungen der Gesamtbevölkerung, deren Resultate nach einigen Jahren mit den Todesursachen der inzwischen Verstorbenen verknüpft werden. Die Resultate sind bei allen Methoden dieselben: 90 bis 95 Prozent der Suizidierten haben in den Monaten vor ihrem Tod an einer eindeutigen, nach Standardmethoden diagnostizierbaren psychischen Erkrankung oder Störung gelitten. Die Verteilung der Diagnosen unterscheidet sich nach dem Alter: bei jüngeren Personen stehen Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund, beim Alterssuizid depressive Episoden und chronische Depressionen. Bei älteren Männern steigt das Suizidrisiko steil an. Vor allem im Alter erstmals auftretende Depressionen («late onset depression») sind mit hohem Risiko verbunden und werden oft nicht erkannt. [1]

Bereits die oben genannten Resultate der Suizidforschung sprechen dagegen, dass der «rationale» oder «Bilanzsuizid» die Regel sei. Die Suizidforschung zeigt aber auch, wie sehr sich sogenannte Lebensbilanzen verändern können. Den ersten Beweis für deren Inkonstanz ergeben die Nachuntersuchungen von Personen, welche einen schweren Suizidversuch überlebt haben. Sie ergeben regelmässig, dass eine Minderzahl

Korrespondenz:  
Dr. med. et phil. Cécile Ernst  
Wiesenstrasse 18  
CH-8008 Zürich

dieser Risikogruppe nach Jahren durch einen Suizid gestorben ist (10 bis 20 Prozent). Die Mehrzahl lebt weiter und vielen Nachuntersuchten erscheint die Situation, die zum Suizidversuch geführt hat, kaum mehr einfühlbar [2]. Den zweiten Beweis für die Inkonstanz des Suizidwunsches – gerade bei Personen, bei denen man ganz besonders geneigt ist, rationale Bilanzsuizide anzunehmen – ergibt sich aus einer Mehrfachuntersuchung einer Stichprobe von beinahe 1000 dem Tod nahen Schwerkranken. Deren Wunsch, durch Suizidhilfe oder aktive Sterbehilfe aus dem Leben zu gehen, schwankte mit deren Befinden: mit dem Vorkommen von depressiven Symptomen, von Schmerzen und mit der erlebten Qualität der Pflege [3].

### Der Begriff «Urteilsfähigkeit» ist ungeeignet für die Beurteilung von Suizidalen

Philosophische Begriffe wie Selbstbestimmung, Freiheit, Autonomie entsprechen dem zivilrechtlichen Begriff der Urteilsfähigkeit. Dieser kennt aus Gründen der Rechtssicherheit keine Abstufungen: eine Person ist urteilsfähig und ihre Unterschrift gültig – oder eben nicht. Mit einem solchen kategorialen Begriff lässt sich die labile Wirklichkeit von suizidalen Personen nicht erfassen. Wie gezeigt wurde, schwankt ihre Einstellung abhängig von der Stimmung, der körperlichen Befindlichkeit, den menschlichen Beziehungen. Gerade erfahrene Experten werden sich weigern, auf einer so unsicheren Basis Entscheide zu fällen, wenn es um den irreversiblen Entschluss zum eigenen Tod geht. Um so absurder erscheint es, wenn der Zürcher Stadtrat vorsieht, dass das Heimpersonal die erste Triage der Suizidwilligen aufgrund von deren «Urteilsfähigkeit» durchführen soll. Hier fehlt es am elementaren Sachverstand.

### Der Pflegenotstand in den Zürcher Heimen

Man kann Suizide im Rahmen des Stress-/Vulnerabilitätsmodells verstehen: eine Person sucht eine Belastung zu bewältigen, die sie nicht bewältigen kann. Der Weg in den Tod erscheint schliesslich als einziger Ausweg. Im Zusammenhang mit der Diskussion des Stadtratsbeschlusses hat uns ein Mitarbeiter von Exit folgende Zeilen geschickt.

«In den relativ wenigen Fällen, wo ich Bewohner von Alters-/Pflegeheimen besuchte, stand meist im Vordergrund die Isolation, der fehlende intellektuelle Input. Meistens waren diese älteren Menschen durch ein somatisches Grundleiden an ihr Zimmer gefesselt, oft allein oder zusammen mit einer kaum ansprechbaren [...] Zimmerkollegin. Für diese Patienten bleibt noch das triste Warten auf den Tod in vier engen Wänden [...]. Die Kontakte mit dem Pflegepersonal beschränkten sich auf ein bis zwei Visiten täglich.»

Die geschilderte Leere und Isolation genügen, um einem in dieser Hinsicht vulnerablen Heimbewohner zu zeigen, dass er niemandem mehr etwas bedeutet und vom Leben nichts mehr zu erwarten hat. Er wird bei voller Urteilsfähigkeit den assistierten Suizid verlangen. Trotzdem wäre es Zynismus, einen solchen Suizid frei und selbstbestimmt zu nennen. In einer Zeit des Pflegenotstands sollte der Staat den Zugang zu Suizid nicht erleichtern, sondern die Lebensbedingungen der Heimbewohner verbessern.

### Warum die Zulassung von Organisationen der Suizidhilfe in Heimen generell abzulehnen ist

- Der Stadtratsbeschluss schadet dem Ruf der Heime, welche nun als Orte erscheinen, in denen man sich das Leben nehmen will und in denen der Suizid von der Obrigkeit besonders gefördert wird.
- Der Zugang zum Suizid wird leichter. Dieser erscheint als eine vom Staat autorisierte Problemlösung.
- Es entsteht ein Druck auf die Heimbewohner, welche sich vom Stadtrat in wenig taktvoller Weise geradezu zum Suizid aufgefordert fühlen müssen.
- Zahlreiche Untersuchungen haben die ansteckende Suggestivkraft von Suiziden nachgewiesen. Personen, welche in Kollektivhaushalten eng zusammenleben, sind dafür besonders anfällig.
- Je mehr Aussenstehende von einem Suizid wissen und dafür – als Mitglieder einer Sterbehilfeorganisation – dafür aufgebieten werden, um so schwieriger wird es für einen Suizidwilligen, sich schliesslich anders zu besinnen und zurückzutreten. Die Angst, lächerlich zu werden, kann in der labilen Situation von Suizidwilligen den Ausschlag geben.

### Weshalb speziell Exit als Suizidhilfeorganisation abzulehnen ist

In seinem Gutachten zuhanden des Stadtrats schreibt der Theologe Professor W. Kramer (S. 6), dass die Suizidhilfeorganisation Exit durch den Stadtratsbeschluss eine Monopolstellung erhalten werde. Er stellt deren Vertrauenswürdigkeit mit folgenden Argumenten in Frage: unklare Verantwortlichkeiten, öffentliche Querelen, abstossende Auftritte und fragwürdige Aktionen wichtiger Exponenten, Suizidhilfe an psychiatrische Patienten, unreflektierte, subjektive Entscheidungskriterien. Exit sei kein angemessener Partner der Stadt.

In einer medizinischen Dissertation der Universität Basel (Prof. A. Finzen) sind 1999 von T. A. Schenker 43 Suizidfälle unter Exit-Beteiligung aus den Kantonen BL und BS anhand von Akten der Gerichtsmedizin und der Polizei untersucht worden. Sie zeigen,

- dass Exit sich nicht bemüht, angeblich lebensbedrohende, unheilbare Krankheiten, mit welchen die Klienten ihren Todeswunsch begründen, auch nur in Ansätzen zu verifizieren;
- dass Exit aktuelle und frühere psychiatrische Behandlungen nicht beachtet und damit im herkömmlichen Sinn «Urteilsunfähigen» zum Suizid verhilft;
- dass Exit sich in keiner Weise darum kümmert, ob den vereinsamten, verbitterten, verzweifelten Personen auf andere Weise als durch assistierten Suizid geholfen werden könnte (entsprechende Kritik eines Geschäftsführers von Exit hat vor einiger Zeit in dessen rascher Entlassung geendet);
- dass Exit Bedenkzeiten nicht einhält.

Vor kurzem ist ein Exit-Sterbehelfer verurteilt worden, der einen Suizidalen in Baar mit einem Plastiksack erstickte. Exit ist nicht vertrauenswürdig und kein Partner für den Staat. Exit ist eine ideologisch geprägte, sektenartige Organisation, welche bestrebt ist, ihre Fälle assistierten Suizids zu maximieren.

#### Wozu das alles?

Suizid ist keine Privatsache. Die staatliche Autorisierung der Beihilfe zum Suizid verändert die öffentliche Meinung. Wenn dieser dadurch zunehmend als eine normale und banale Methode der Lebensbeendigung erscheint, so werden sich die Suizidziffern verändern. Zwei Bevölkerungsgruppen sind davon besonders betroffen: Jugendliche in Krisensituationen mit ihrer Neigung zu impulsivem Verhalten; ältere Personen, welche sich infolge von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit als Last fühlen. Leichte Zugänglichkeit und hohe Akzeptanz des Suizids führen unweigerlich zur Frage, warum jemand noch da sei, wenn er doch so leicht gehen könnte und zu einem Rechtfertigungszwang für die Existenz von «Nutzlosen» [4, 5].

Den theologischen und dem juristischen Gutachter fehlte jede Kenntnis der Suizidforschung. Das trifft auch auf Stadtrat Neukomm und seine Mitarbeiter zu. Ihnen fehlt auch jeder Respekt vor der Bitterkeit und Enttäuschung, der Angst- und Hoffnungslosigkeit von Suizidalen. Bei der am Anfang geschilderten Pressekonferenz blieb es dem Stadtrat überlassen, auf das bisherige Ausmass des assistierten Suizids in Spitälern und Heimen hinzuweisen: jährlich verlassen ein bis zwei Personen die städtischen Institutionen, um auswärts zu sterben. Von einer verbreiteten Nachfrage kann nicht die Rede sein und ebensowenig von einer Notwendigkeit, den Tod zu «enttabuisieren», wo doch heute Sterben und Tod erstrangig öffentliche Themen sind und eine Enttabuisierung sicher nicht Sache des Staates ist.

Der Tenor des Stadtrats heisst: Suizid in Heimen wird verlangt, also wird er auch geboten, denn die Stadt geht mit der Zeit. In einer solchen Haltung liegt die grosse Gefahr, dass der Suizid zu einer Komponente des zeitgemässen «Lifestyle» wird: wer modern und politisch korrekt sein will, wagt es nicht mehr, gegen den Mythos vom «selbstbestimmten Suizid» aufzutreten. Dieser wiegt aber zu schwer, als dass er in den Dienst des Image und der Profilierung gestellt werden dürfte, auch nicht in den Dienst des Profils einer Stadtregierung.

#### Referenzen

- 1 Conwell J, Rubenstein PR, Cox C. Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide. *Am J Psychiatry* 1996;153(8):1001-8.
- 2 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts. A case control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8):1009-14.
- 3 Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel L. Attitudes and desires relate to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284:2460-8.
- 4 Finzen A, Schenker TA, Frei A, Hoffmann-Richter, et al. Beihilfe zum Suizid und Sterbehilfe bei körperlich und psychisch Kranken. *Spektrum* 2000;29:58-66.
- 5 Spaemann R, Fuchs T. Töten oder sterben lassen? Freiburg i.Br.: Herder Verlag; 1997.
- 6 Donatsch A. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe. In: Mettner M (Hrsg.). *Wie menschenwürdig sterben?* Zürich: NZZ Buchverlag; 2000. S. 111-9.