

exit

VEREINIGUNG FÜR
HUMANES STERBEN
DEUTSCHE SCHWEIZ

info 4/2004



<u>Alzheimer – ein langes Abschiednehmen</u>	Seite 3
<u>Das Alter – der mit Abstand wichtigste Faktor für Alzheimer</u>	Seite 11
<u>Suizid-Prävention – das verdrängte Problem</u>	Seite 18
<u>Suizid-Beihilfe aus rechtsethischer Sicht</u>	Seite 20

INHALT

Editorial	2
Alzheimer – ein langes Abschiednehmen	3
Das Alter – der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für Alzheimer Interview mit Dr. A. Wettstein	11
EXIT-INTERN	
Das FTB-Team in Vitznau	17
Die <i>andere</i> Meinung Suizid-Prävention – das verdrängte Problem	18
Suizid-Beihilfe aus rechtlicher Sicht	20
Presseschau	24
EXIT-INTERN	
EXIT lockert Moratorium für psychisch Kranke	25
«EXIT – Quo vadis?»	26
Info-Veranstaltungen 2004	26
EXIT/Blum gegen Stöhlker	26
EXIT gegen H.	26
Briefe von Mitgliedern	26
Kommissionen, Adressen, Impressum	27

2004 war für EXIT ein gutes, intensives Jahr – gut, weil wir in allen Bereichen Fortschritte gemacht haben; intensiv, weil uns die Arbeit manchmal fast über den Kopf gewachsen ist. Immer mehr Menschen erwarten von uns Hilfe, immer mehr Fragen verlangen nach einer Antwort. Das Eine wie das Andere ist im Grunde positiv – Beweis dafür, dass EXIT zu einer respektierten, unverzichtbaren Institution geworden ist. Diese Tatsache als ständige Herausforderung zu begreifen und nicht als manchmal mühsame Belastung, ist die Basis für den ungebrochenen Elan und die Tatkraft all jener, die für EXIT Verantwortung tragen.



EXIT ist stark, weil wir mit guten Argumenten für eine gute Sache kämpfen. EXIT wird respektiert, weil wir seriös arbeiten und tagtäglich den Tatbeweis erbringen, dass wir uns der Verantwortung bewusst sind, die unser Engagement mit sich bringt. Unsere Stimme hat aber auch deshalb Gewicht, weil 50 000 Menschen mit ihrer Mitgliedschaft Zeugnis ablegen, dass wir in der Bevölkerung einen starken Rückhalt haben. Für den Stellenwert von EXIT im gesellschaftlichen Dialog ist es entscheidend, dass wir nicht nur auf die passive Sympathie vieler, sondern auf immer mehr aktive Mitglieder zählen können.

In den letzten Monaten hat sich eine Tendenz verschärft, die dem Vorstand Sorgen macht: Immer mehr Menschen melden sich bei uns, die nicht Mitglieder sind, die aber selbstverständlich davon ausgehen, dass wir ihnen helfen – und zwar möglichst sofort. Ohne das Phänomen moralisch zu werten: Es gibt ganz offensichtlich eine verbreitete Grundhaltung, EXIT zwar sinnvoll, vielleicht sogar notwendig zu finden, sich aber erst dann an unsere Organisation zu wenden, wenn die Uhr auf fünf vor Zwölf steht. Das stellt uns in mancherlei Hinsicht vor Probleme.

Erstens: EXIT definiert sich als Organisation, die in erster Linie für ihre Mitglieder da ist und nicht, quasi auf Knopfdruck, allen zur Verfügung steht, wenn sie nur in angemessener Weise für die Kosten der beanspruchten Leistung aufkommen. Dass eine solche Reduktion von EXIT auf einen «Dienstleistungsbetrieb» Gift wäre für unsere Glaubwürdigkeit, dürfte allen klar sein. Und dass unsere Mitglieder sich zu Recht die Frage stellen würden, warum sie denn eigentlich Mitglied von EXIT geworden sind, ebenfalls.

Zweitens: Ein zentraler Begriff für EXIT ist das Selbstbestimmungsrecht. Zur Selbstbestimmung gehört aber die Selbstverantwortung. Wir gehen davon aus (und möchten auch in Zukunft davon ausgehen!), dass der Beitritt zu einer Organisation wie EXIT die Konsequenz einer grundlegenden Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und damit Ausdruck dieser Selbstverantwortung ist.

Drittens: Für EXIT ist ein begleiteter Suizid der letzte Akt in einem Prozess der Begleitung. Ein solcher Prozess braucht seine Zeit. Kurzfristige Begleitungen sind deshalb grundsätzlich – auch bei Mitgliedern! – problematisch; sie sollten immer die Ausnahme, nicht die Regel sein.

Und schliesslich viertens: Unsere Kapazitäten und Ressourcen sind begrenzt. Würden wir dazu übergehen, auf alle kurzfristigen Gesuche von Nicht-Mitgliedern ohne Vorbehalte einzutreten, würden wir sehr schnell an unsere Grenzen stossen, und die eigenen Mitglieder müssten damit rechnen, Opfer dieser – falsch definierten – Grosszügigkeit zu werden.

Aus all diesen Gründen hat der Vorstand beschlossen, ab sofort auf kurzfristige Gesuche von Nicht-Mitgliedern nur noch in Ausnahmefällen einzutreten. Sie als EXIT-Mitglieder können uns helfen, wenn Sie diesen Entscheid gegenüber jenen Menschen in ihrem Bekanntenkreis kommunizieren, die EXIT zwar eine gute Sache finden, aber (noch) nicht Mitglied sind.

ANDREAS BLUM

Alzheimer – ein langes Abschiednehmen

Ein Bericht von Otmar Hersche

Die aktuellen Zahlen der Schweizerischen Alzheimervereinigung sind alarmierend:

In unserem Land leben heute rund 89 000 Personen (30 000 Männer und 59 000 Frauen), die an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz erkrankt sind.

Jedes Jahr kommen etwa 21 000 Fälle dazu. Mit zunehmender Lebenserwartung steigt die Zahl der Erkrankungen. Im Jahre 2020 rechnet man mit 115 000, im Jahre 2030 mit 134 000 Patienten.

Alzheimer ist die häufigste und bekannteste Form von Demenz. Mittel zur Vorbeugung und Heilung gibt es bis jetzt nicht. Bei klarer Diagnose ist es möglich, den Verlauf mit Medikamenten zu verlangsamen und die Auswirkungen zu mildern. Alzheimer ist nicht übertragbar. Dennoch leben die Betroffenen oft isoliert und ausgegrenzt wie die Träger einer ansteckenden Krankheit. Speziell im frühen und mittleren Stadium spüren sie die Veränderungen. Sie werden ständig mit ihren Defiziten und mit den Reaktionen der Umwelt auf ihre Defizite konfrontiert. Das kann zu Minderwertigkeitsgefühlen, Depressionen und Aggressionen führen. Alzheimer wird daher oft verdrängt und tabuisiert.

Auch die Angehörigen leiden unter diesen Verhältnissen. Sie erleben den langsamen Abbau und Zerfall der Patienten, die sie oft pflegen ohne Rücksicht auf die eigene Gesundheit. Bis zu zwei Drittel der pflegenden Angehörigen leiden unter gesundheitlichen Störungen. Viele müssen selber hospitalisiert werden.

Einer unter vielen: Walter Studer

Zu diesen Angehörigen gehört Walter Studer (Name geändert). Seine Frau ist seit gut einem Jahr in einem Pflegeheim. Erste Anzeichen waren bereits vor rund sieben Jahren erkennbar:

Vergesslichkeit, Orientierungsschwierigkeiten. Tägliche Verrichtungen, die früher Routine waren, konnten bald nur noch mit Mühe erledigt werden: «Einmal bin ich in die Küche gekommen. Sie wollte etwas backen. Es war ein merkwürdiger Geruch in der Luft. Nicht der Backofen war in Betrieb, sondern zwei Kochplatten waren glühend heiss. Das war für mich ein Signal: Jetzt muss ich aufpassen. Ich kann sie nicht mehr allein lassen.» In ihrem Verhalten fiel die Frau immer mehr in die Kindheit zurück. Sie klammerte sich buchstäblich an ihren Mann. Als dieser einmal für kurze Zeit in den Keller stieg, fand er bei seiner Rückkehr die Frau völlig aufgelöst in der Stube: «Wo bist du gewesen? Ich habe dich überall gesucht.» Sie stand nun stets in seiner Nähe: «Was machst du? Was soll ich machen?» Für Walter gab es keine freie Minute mehr. Um die Zeit irgendwie zu vertreiben, unternahm das Paar oft Ausflüge mit der Bahn. Am Anfang genoss die Frau die Fahrten, bewunderte die Landschaft, die Blumen und Häuser. Doch nach wenigen Wochen sass sie teilnahmslos im Zug. Einer ärztlichen Untersuchung widersetzte sie sich heftig: «Willst du mich versorgen?» Es kam eine Periode starker Wutausbrüche. Während rund zwei Jahren schreckte die Frau jede zweite oder dritte Nacht auf und machte ihrem Mann schwere Vorwürfe: «Alles nimmst du mir weg. Ich kann nichts mehr machen!» Die Standpauken waren oft derart massiv, dass der Mann zornig und traurig zugleich das gemeinsame Schlafzimmer verliess. Am Morgen war alles wie weggeblasen. Die Frau konnte sich an nichts erinnern.

Schliesslich folgte der totale Zusammenbruch. In der Psychiatrischen Klinik wurde Alzheimer im fortgeschrittenen Stadium festgestellt. Während knapp sechs Jahren hatte Walter seine Frau zu Hause gepflegt. Sie war jetzt vollständig auf Hilfe angewiesen. Sie konnte nicht mehr allein zu Bett gehen, nicht mehr allein aufstehen, sie konnte die Kleider nicht mehr selbständig

an- oder ausziehen. Die Einweisung in ein Heim wurde nötig. Besonders hart war der Abend vor der Trennung: «Es war das letzte Mal, dass wir in unserer Wohnung gemeinsam am Tisch sassen, nach fünfzig Ehejahren.»

Walter Studer hatte Glück. Im Heim wird seine Frau liebevoll gepflegt. Sie erkennt ihren Mann noch, nennt seinen Namen. Ein Gespräch ist aber nicht mehr möglich. Die Versuche, einige Erlebnisse in Erinnerung zu rufen, quittiert sie freundlich nickend. Es ist jedoch klar, dass die Äusserungen bei ihr nicht mehr ankommen. Das Ehepaar macht noch kleine Spaziergänge. Sie fragt dann etwa: «Gehen wir jetzt heim?» Er: «Nein, du bist doch unter ärztlicher Kontrolle.» Sie: «Habe ich denn ein Pyjama hier?»

Sie ist jetzt länger als ein Jahr im Heim, doch sie weiss noch immer nicht, wo sich ihr Zimmer befindet.

Zum Glück realisiert sie nicht, dass sie total abhängig ist. Sie würde das nicht ertragen: «Wenn ich ihr sage, dass ich sie am nächsten Tag wieder besuche, leuchtet ihr Gesicht. Und dann trippelt sie in kleinen Schritten davon, sie weiss selber nicht wohin. Ich hatte nie den Mut, ihr zu erklären, dass sie nie mehr in unsere Wohnung zurückkehren wird.» Etwas Beklemmendes spielt sich in den letzten Tagen ab. Sie möchte etwas mitteilen, versucht, ein Wort zu artikulieren, ihr Mann will helfen: vergebens – der Faden ist gerissen.

Es tut weh, mitansehen zu müssen, wie eine starke Persönlichkeit allmählich zerfällt. Frau Studer war eine selbstbewusste und selbstständige Frau, die sich im Sozialbereich, in der Kirchengemeinde und Krankenpflege engagierte. Sie hat gemalt und getöpft, war kulturell interessiert. Das Paar hat eine Tochter, einen Sohn und acht Grosskinder. In den guten Jahren machten sie grosse Reisen, unter anderem nach China und Indien. Das alles liegt weit zurück, ist vergessen. Was da vor sich geht, so sieht es Walter Studer, ist ein langes Abschiednehmen, ein langsames Sterben:

«Ich habe viel über den Tod nachgedacht. Ich bin daran, meine persönlichen Unterlagen zu ordnen. Es soll alles bereit sein, wenn mir etwas passiert.»

Vielleicht eine Art Nirwana

Besuch im Psychogeriatrischen Heim Oberried in Belp. Die Patienten sind beim Mittagessen. In den Räumen auf drei Stockwerken sitzen drei, vier Personen an einem Tisch, mehrheitlich Frauen. Wenige sind für sich allein. Es ist sehr ruhig. Essen ist eine schwierige Angelegenheit, die volle Konzentration verlangt. Wie hantiert man mit Löffel, Messer und Gabel? Einige wissen noch, wie das geht. Andere erhalten Hilfe, das Personal zerkleinert die Speisen in mundgerechte Stücklein. Ein Mann ist in seinem Rollstuhl eingeschlafen. Eine Frau sagt französisch, was sie auf dem Teller sieht. Heute sei ihre Sprache französisch, morgen vielleicht italienisch, erklärt die Pflegefachfrau. Eine andere Frau rührt mit dem Löffel in ihrem Essen, als würde sie kochen. Der Teller ist ihre Pfanne, der Tisch ein Herd, und sie muss schauen, dass die Speise gleichmässig warm wird. Einzelne sind nicht mehr in der Lage, selbstständig zu essen, sie werden von Fachpersonen versorgt. Sie öffnen den Mund, nehmen auf, schliessen den Mund, schlucken. Das Bild erinnert an Babys, die den Bananenbrei von der Mutter erhalten.

Ein Pfleger versucht mit unendlicher Geduld, einen Mann zum Trinken zu bewegen. Aber der Mund will sich einfach nicht öffnen, es ist heute ein störrischer Mund.

Regina Brand Sieber, Heimleiterin und *Christine Stähli*, Fachverantwortliche Pflege, geben Auskunft. Demenz und Mobilität: Das sind die beiden Hauptkriterien für die Aufnahme ins Heim. Die Patienten befinden sich ausnahmslos in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit. Sie werden meistens von einem Alters- und Pflegeheim oder einer Psychiatrischen Klinik eingewiesen. Oberried wirkt von aussen freundlich und einladend – ein schönes, behäbiges Haus. Gegen aussen ist es streng abgeschlossen. Niemand soll unbeaufsichtigt weglauen können. Ein Ghetto also? Die beiden Frauen widersprechen vehement. «Im Haus haben wir ein ganz offenes Konzept», meint Regina Brand Sieber: «Ich bin überzeugt, dass es den Leuten hier wohl ist. Sie können sich frei bewegen. Alle haben die gleichen Defizite, niemand macht ihnen deswegen

Vorwürfe.» Und Christine Stähli ergänzt: «Wir schauen: Wo sind noch persönliche Ressourcen? Und wir versuchen, diese so lange als möglich zu erhalten und zu trainieren. Doch irgendwann kommt der Zeitpunkt, da dieses oder jenes einfach nicht mehr geht. Das ist der normale



Verlauf der Krankheit.» Bei schwerer Demenz sei überhaupt keine verbale Kommunikation mehr möglich. Dann arbeite man hauptsächlich mit Beobachtungen und versuche, mit Berührungen, Streicheln, mit Klängen und Düften dem Kranken näher zu kommen.

Auf die Situation im vierten Stock bin ich vorbereitet. Hier leben elf Personen mit schwerer Demenz, nur zwei von ihnen können sich noch frei bewegen. Die anderen liegen im Bett oder sitzen im Rollstuhl. Das Mittagessen ist bereits vorbei. Das Geschirr wird abgetragen. Eine Frau hustet, sie hat sich wohl verschluckt, eine andere döst vor sich hin, einige schlafen, schnarchen. Die Räume sind hell und angenehm farbig. Im Jahresbericht 2003 heisst es zu dieser Station: «Diese Menschen können sich kaum mehr selbstständig bewegen und ihre Bedürfnisse verbal äussern. Sie sind auf eine Vollpflege angewiesen. Äussere Reize wie Geräusche, Radio, lautes Rufen und Sprechen führen bei ihnen schnell zu Überforderung und entsprechendem Fehlverhalten wie andauerndes Rufen, Schreien, Hin- und Herbewegen oder Rückzug. Kindliche Ängste vor Dunkelheit oder vor dem Alleinsein können aufkommen.»

So sieht die letzte Etappe aus. Die Perspektive ist deprimierend. Da werden kranke Menschen mit Sorgfalt und Zuwendung gepflegt, im Wissen, dass keine Besserung möglich ist – im Gegenteil, dass die Krankheit immer schlimmer wird, bis zum totalen körperlichen und geistigen Zerfall. *Regina Brand Sieber*: «Altern besteht in einem kontinuierlichen Abbau der Kräfte, das ist nicht zu ändern. Für uns ist es wichtig, dass es den Leuten trotz allem gut geht, dass die Lebensqualität für sie stimmt.» Und dann sagt sie etwas – für mich – Erstaunliches: «Wer sich auf diese Menschen einlassen kann, erfährt, dass er nicht nur geben muss, sondern dass da ein ständiges Geben und Nehmen ist. Es ist, bei allen Schwierigkeiten und Problemen, eine schöne und spannende Arbeit.» Und *Christine Stähli*:

«Demenz hat auch etwas Gnädiges, irgendwann realisieren die Menschen nicht mehr, in welchem Stadium sie sich befinden. Dann kann sich sogar etwas wie ein Wohlbefinden ausbreiten. Sie sind dann einfach ganz in ihrer Welt.»

ALZHEIMER

Alles Belastende falle weg, auch alles Verpflichtende, Bindende – Existenz nur noch im Hier und Jetzt. Vielleicht eine Art Nirwana?

Für die Angehörigen allerdings sieht das anders aus. *Regina Brand Sieber*: «Die Erinnerungen verschwinden. Die Persönlichkeit löst sich auf. Plötzlich wird man vom eigenen Partner nicht mehr erkannt. Das ist hart. Und es wird immer schlimmer. Wir erleben traurige Situationen und Begegnungen. Da ist zum Beispiel eine Frau, die ihren Mann wie ein kleines Kind behandelt. So kompensiert sie auf ihre Weise, was die Krankheit angerichtet hat.»

Im Eingangsraum, als ich mich verabschieden will, fixiert mich eine Frau mit grossen, strengen Augen. Sie geht schweigend um mich herum, sie möchte wohl ein ernstes Wörtlein mit mir reden. Vielleicht bin ich für sie ein hergelaufener Vagabund. Doch es scheint, dass sie das ernste Wörtlein einfach nicht findet. Ein Mann, der mir während des Besuchs bereits mehrmals begegnet ist, kommt näher. Er will etwas von einem Vater und einem Techniker berichten, möglich, dass sein Vater ein Techniker war, er weiss es selber nicht mehr genau und vergisst sogleich, was er erzählen wollte. Eine kleine lebhaftige Frau



nimmt mich in Schutz gegen die Frau mit den durchdringenden Augen. Sie soll mich freundlicher ansehen! Zum Trost summt sie ein Liedlein, nicht schön, aber mit Überzeugung.

In diesem Zwischenraum zwischen Innen und Aussen, zwischen Demenz und sogenannter Normalität werden die Grenzen fliessend. Die Unterscheidungen zwischen Wichtigem und Unwichtigem verschieben sich, verschwinden teilweise sogar. *Christine Stähli*: «Die Leute können hier auf ihre Weise produktiv sein. Für sie heisst das etwa: Sie lesen im Garten Blätter zusammen, oder sie befassen sich intensiv mit einem Tüchlein oder einem Stück Papier und versuchen, daraus etwas zu machen, oder sie waschen irgendetwas. Hier lässt man sie machen, sie stören niemanden.»

Allerdings gebe es auch schwierige Situationen. Es gehe gelegentlich nicht ganz ohne Zwang, zum Beispiel in der Körperpflege, oder wenn ein Patient rastlos durch das Haus irre. «Wir haben ein Pflege-Leitbild,» sagt *Regina Brand Sieber*. «Wir bekennen uns zu einer palliativen Pflege, ohne lebensverlängernde Massnahmen in einer gesundheitlich aussichtslosen Situation. Das müssen die Angehörigen unterschreiben, das gehört zu den Anmeldeformalitäten.» Das Haus biete Pflege bis zum Schluss und entlaste damit auch die Angehörigen. Der Patient soll in Ruhe und möglichst ohne Schmerzen sterben können.

«Wie ist das, wenn man stirbt?»

Anfangs September ist Fritz Marty (Name geändert) im Alter von 80 Jahren gestorben. Bis einige Wochen vor seinem Tod, das heisst während sieben Jahren, hat ihn seine Frau Anna zu Hause gepflegt.

Der Anfang war harmlos, die übliche Vergesslichkeit, wie sie bei alten Menschen vorkommen kann.

Erst als Fritz anfang, merkwürdige Fragen zu stellen, fasste seine Frau den Verdacht, es könnte etwas nicht mehr stimmen. Sie hielt nun ihre Beobachtungen in einem Notizheft fest. Das war ihre Art, den Überblick über ein Geschehen zu behalten, das langsam verwirrlige, später sogar unheimliche Züge annahm.

«Wo sind eigentlich meine Geschwister? Ich habe sie lange nicht mehr gesehen,» fragte Fritz eines Tages. Seine Geschwister sind aber bereits vor Jahren gestorben. «Was soll ich heute anziehen?» Das hat er früher nie gefragt. Als Bundesbeamter ging er immer wie aus dem Trüchli in sein Büro. «Wer ist im oberen Stock? Da hat doch Frau Giger gewohnt.» Das Ehepaar Marty wohnt in einem Einfamilienhaus. Im oberen Stock sind die Schlafzimmer. «Wie ist das, wenn man stirbt?» Was soll man auf eine solche Frage antworten? «Die letzte Nacht hatte ich einen Schlaganfall. Wann kommt endlich der Doktor?» Einmal hängte er alle Bilder im Korridor ab und trug sie auf sein Zimmer. Ein anderes Mal verbrachte er einen ganzen Vormittag damit, die paar wenigen Rechnungen für die Auszahlung bereit zu machen. Er bat anschliessend seine Frau, diese «schwere» Arbeit, die er immer selber ausgeführt hatte, zu übernehmen.

Allmählich verlor er seine Selbstständigkeit. In der frühen Phase der Krankheit merkte er die Veränderungen. Vermutlich gab es hie und da auch Differenzen zwischen den Eheleuten, oder er hat sich über sich selber geärgert. «Dann bring mich doch in ein Heim!» hat er etwa gesagt. Er ist in einer Lehrerfamilie aufgewachsen und sehr autoritär erzogen worden. Anna hatte den Eindruck, dass sie nun für ihn die massgebende Autorität wurde. Bei jeder Kleinigkeit fragte er sie um Rat oder bat um Zustimmung. Vieles war rührend. So machte er seiner Frau regelmässig Komplimente für das gute Essen. Am Abend bedankte er sich ausführlich: «Ich danke dir für alles. Was würde ich ohne dich machen?» So etwas war ihm früher nie in den Sinn gekommen. «Das hat mich für alles entschädigt,» sagt Anna. Einmal begleitete er sie in ein Kleidergeschäft. Zwei Blusen gefielen ihr, sie konnte sich nicht entscheiden und bat den Mann um seine Meinung. «Dann kauf' doch beide.» Das sagte Fritz, der sonst eher zum Club der Rappenspalter gehörte.

Die Pflege wurde mit fortschreitender Krankheit immer schwieriger.

Anna musste immer darauf gefasst sein, dass der Mann die Wohnung verliess und irgendwo herumirrte.

Zweimal pro Woche konnte sie ihn in eine Tagesklinik bringen, wo er von 9 bis 15.30 betreut wurde. Regelmässig rebellierte er: «Wer befiehlt das eigentlich? Du vergewaltigst mich!» Wenn sie ihn am Nachmittag wieder nach Hause bringen wollte, sagte er: «Du, ich bleibe da.» Es gefiel ihm in der Klinik. Sonst sass er die meiste Zeit in der Stube, auf seinem Platz, in einer bestimmte Ecke des Sofas. Er schlief oder döste praktisch den ganzen Tag. Besonders anstrengend waren die Nächte. «Ich hatte einen leichten Schlaf. Ich bin durchschnittlich fünfmal aufgestanden, weil ich etwas gehört habe. Es war wie damals, als meine Tochter und später mein Sohn Babys waren und ich bei jedem Pieps erwachte.» Das führte zur Überforderung. «Es war hart, aber ich konnte nicht anders. Er hat mir so leid getan.»

In einer Nacht Ende März dieses Jahres ist es dann passiert. «Ich hörte ihn rufen. Er lag am Boden, eiskalt. Vermutlich ist er schon lange so gelegen. Am Kopf hatte er eine Wunde, die stark blutete. Er hatte grosse Schmerzen. Wir brachten ihn ins Spital. Diagnose: Schenkelhalsfraktur.»

Anschliessend an den Spitalaufenthalt kam die Einweisung in ein Pflegeheim: «Das war eine ganz schwere Zeit für mich, ich habe nur noch geheult. Wir waren 47 Jahre verheiratet. Es war der erste Abschied.»

Die letzten Wochen seines Lebens waren für Fritz eine schöne Zeit. Er hat sich gut mit dem Personal verstanden. Zehn Tage vor seinem Tod bekam er hohes Fieber. Die Frage eines Spitalaufenthaltes stellte sich. Anna beriet sich mit Tochter und Sohn und lehnte schliesslich ab. Fritz war in einem schlimmen Zustand, nur noch ein Hüfeli Elend. Er sollte in seiner gewohnten Umgebung sterben. Am Todestag war die ganze Familie versammelt. Er schaute alle mit grossen Augen an, erkannte sie wohl nicht mehr, er wollte noch etwas sagen, vergeblich. «In den letzten Tagen hatte er keine Kraft mehr. Man musste ihm alles eingeben. Und kurz bevor er starb, hat er beide Hände hoch erhoben, dann wieder gesenkt. Das hat mich tief berührt. Es war, als ob er, weit weg, etwas gesehen hätte. Hat er vielleicht etwas gesehen? Ich weiss es nicht. Aber ich glaube nicht, dass es fertig ist mit dem Tod.»

Bern zum Beispiel

Rita Tola leitet die Anlaufstelle der Alzheimervereinigung Bern. Bei ihr steht neben der Öffentlichkeitsarbeit die direkte und auf die konkreten Bedürfnisse abgestimmte Unterstützung der Menschen, die Alzheimer Patienten pflegen, im Vordergrund. Ein Auskunfts- und Beratungstelefon ist eingerichtet, Ferienangebote für Alzheimer Patienten sind für das kommende Jahr geplant. Sie sollen auch den Angehörigen etwas Erholung ermöglichen. Zur weiteren Unterstützung werden Gesprächs- und Austauschmöglichkeiten in Angehörigengruppen angeboten. In regelmässigen Zusammenkünften, unter Anleitung von Fachpersonen, können die Betroffenen ihre Erfahrungen und Fragen zur Sprache bringen. Im Kontakt mit anderen Menschen, die ähnliche Probleme haben, setzen sie sich mit der Krankheit auseinander und eignen sich Wissen über die Betreuung der Kranken an.

Rita Tola ist zuversichtlich, dass sich in nächster Zeit einiges bewegen wird. Sie berichtet von einem neuen Leitbild für die Alterspolitik, auch von einem projektierten Demenz-Zentrum für die Region Bern, das wichtige Akzente für die Pflege und Betreuung setzen könnte:

«Demenz geht uns alle an. Es gibt kaum jemanden, der nicht in seinem Bekannten- oder Familienkreis irgendwie betroffen wäre. Ich bin auch der Meinung, dass die Mittel für Verbesserungen vorhanden wären, es ist eine Frage der Verteilung der Mittel.»

Nach Meinung von *Rita Tola* müsste ein Wertewandel in der Gesellschaft stattfinden. Wertewandel – das bedeutet für sie Abkehr vom einseitigen Leistungs- und Konkurrenzdenken und Hinwendung zu einem mitmenschlichen und solidarischen Verhalten: «Eigentlich sollten wir soweit kommen, dass diese Krankheit nicht einfach nur negativ gesehen wird. Ich habe die Vision, dass jemand mit einer Demenz nicht ausgegrenzt wird. Wenn das erreicht ist, sind auch tröstliche, ja sogar heitere Beziehungen und Begegnungen mit Kranken möglich.»



Über Diagnose und Therapie

Der Befund ist skandalös: Zwei von drei Demenz-Kranken haben keine Diagnose, etwa 60 000 Betroffene in der Schweiz und ihre Angehörigen leben also mit einer Krankheit, über die sie nichts Genaueres wissen.

Dazu *Ernst Michel*, Arzt für Innere Medizin in der Praxisgruppe Wylerfeld und während Jahren Präsident der Sektion Bern der Alzheimer-vereinigung: «Jeder Arzt ist heute in der Lage, mit einfachen Tests eine Basisabklärung vorzunehmen.»

Eine zweite Meinung und Untersuchungen durch einen Spezialisten gehören aber dazu, allein schon deshalb, weil es viele verschiedene Formen von Demenz gibt, und weil es darum geht, medizinisch nichts zu verpassen.

«Die Diagnose-Sicherheit beträgt heute über 90 Prozent.»

Ein anderes Problem: Es geht heute manchmal sehr lange, bis Betroffene den Arzt aufsuchen. Dazu Ernst Michel: «Alzheimer ist eine Krankheit, die viel mit Scham zu tun hat, mit etwas, das man nicht wahrhaben möchte, das peinlich ist. Das aber ist ein gesellschaftliches Problem nicht ein medizinisches.»

Im krassen Gegensatz zur präzisen Diagnose steht die therapeutische Perspektive. Im Falle von Alzheimer kann man keine Heilung versprechen. Ist also eine Diagnose überhaupt sinnvoll? Ernst Michel: «Sicher macht eine Diagnose Sinn. Es geht, sowohl für die Betroffenen wie für die Angehörigen, ja vor allem darum, zu wissen, woran sie sind. Denn schon die frühen Symptome – man hat etwas Wichtiges vergessen oder verpasst – bekommen so wenigstens eine Etikette. Dann kann man sagen: Das ist nicht böser Wille, das ist eben eine Krankheit. Häufig geht es auch darum, Vorkehrungen zu treffen für die Zeit, da man vermutlich nicht mehr handlungsfähig ist. Mit der Diagnose hat man wenigstens Klarheit und kann sich vorbereiten auf das, was unausweichlich kommt.»

Aber Alzheimer ist für *Ernst Michel* nicht einfach eine negativ besetzte Krankheit: «Ich will die Sache nicht schön reden. Es ist eine schwere Krankheit, die sehr viel von den Menschen abverlangt.

Die Diagnose Alzheimer ist für alle ein Schock – für den Patienten, für die Angehörigen, aber auch für den Arzt.

Aber es gibt auch immer wieder Momente der Freude, kleine Erfolgserlebnisse, zum Beispiel, wenn der Kranke selbstständig in die Stadt gehen oder ohne Hilfe den Zug benutzen kann.

Mir kommen in diesem Zusammenhang zwei Frauen aus unserer Praxis in den Sinn, deren Männer an Alzheimer gestorben sind. Sie würden sicher nicht behaupten, dass sie die Zeit der Krankheit nochmals erleben möchten. Aber sie

würden wohl auch sagen: Wir haben durch die Erfahrung mit dieser Krankheit vieles erlebt und gelernt, was wir vorher nicht wirklich begriffen haben, und das eben auch zum Leben gehört. Letztlich geht es doch darum, dass wir alle älter werden möchten, gleichzeitig der Gedanke uns aber unerträglich ist, alt und krank zu sein. Hier steckt das grundsätzliche Dilemma.»

**Nationales Alzheimer-Telefon
024 426 06 06**

Otmar Hersche (1934), Dr. phil.

In früheren Jahren u. a. Direktor von Radio und Fernsehen DRS.

Lebt heute als Publizist in Bern.

O. Hersche ist Mitglied des Patronatskomitees von EXIT.

WIE WEITER?

Die Schweizerische Alzheimervereinigung ergreift Partei für Menschen, die an einer Demenz-Erkrankung leiden (Alzheimer oder andere Formen) und für ihre Angehörigen. Sie engagiert sich für die Erhaltung der Würde von Menschen mit einer Demenz und für die Verbesserung ihrer Lebensqualität und die ihrer Angehörigen.

Statistiken und Prognosen reden eine deutliche Sprache: Es ist mit einer dramatischen Zunahme von Demenz-Erkrankungen zu rechnen. Nur eine Minderheit aber hat bisher eine ausreichende und kompetente Betreuung und Pflege. Es gibt einen grossen Nachholbedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

Die Schweizerische Alzheimervereinigung setzt folgende Schwerpunkte:

1. **Früherkennung fördern:** In Zusammenarbeit mit den Hausärzten muss die Früherkennung forciert werden. Ohne Diagnose gibt es keine Behandlung. Eine frühzeitige Abklärung ermöglicht den Betroffenen und Angehörigen eine bessere Lebensplanung.
2. **Konkrete Hilfe anbieten:** Menschen, die bei sich oder im engsten Umfeld Hinweise auf kognitive Störungen erkennen, brauchen eine Vertrauensperson.

Die Schweizerische Alzheimervereinigung bietet für die Demenz-Beratung ein «**Nationales Alzheimer-Telefon**» an: **024 426 06 06**

3. **Wissen vermitteln:** Demenzkranke haben spezifische Unterstützungs- und Betreuungsbedürfnisse. Die Betreuungspersonen sollen mit Bildungsangeboten in ihrer Aufgabe unterstützt werden.
4. **Tabuisierung aufbrechen:** Unsere Gesellschaft muss Alzheimer und andere Demenz-Formen als Krankheit akzeptieren. Information und Sensibilisierung sind von zentraler Bedeutung.
5. **Forschung vorantreiben:** Hohes Alter gehört zu den grössten Risikofaktoren für Demenz-Erkrankungen. Angesichts der demographischen Entwicklung erhält die Forschung auf diesem Gebiet zunehmende Bedeutung.

Für weitere Informationen und Unterlagen wenden Sie sich an:

Schweizerische Alzheimervereinigung
Rue des Pêcheurs 8, 1400 Yverdon
T 024 426 20 00, F 024 426 21 67
info@alz.ch
www.alz.ch

Das Alter – der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für Alzheimer

Andreas Blum im Gespräch mit Dr. A. Wettstein

Herr Dr. Wettstein: Wie ist die Alzheimer-Krankheit in der Sprache der medizinisch-psychiatrischen Wissenschaft definiert?

Die Alzheimerkrankheit wird verursacht durch einen stetig zunehmenden Verlust von Nervenzellen im Gehirn, am Anfang vor allem in den Gehirnarealen, die das Gedächtnis (vor allem das Frischgedächtnis) und das logische Denken und Urteilen ermöglichen. Später werden die meisten Hirnleistungen betroffen, Alzheimerkranke werden zunehmend hilfs- und später pflegebedürftig.

Die Alzheimer-Demenz beruht auf einer Schädigung des Gehirns durch ein krankhaftes Eiweiss, genannt Amyloid.

Eine kleine Menge von Amyloid entwickelt sich im Gehirn aller sehr alten Menschen. Gewisse genetische Veränderungen haben jedoch grosse Mengen von Amyloid-Ablagerungen zur Folge, bereits schon in wesentlich früherem Alter. So war die Patientin, in deren Gehirn Alois Alzheimer nach ihrem Tod als erster die Ablagerungen beschrieben hat, bei Beginn ihrer Krankheit erst 43-jährig.

... und wie erklären Sie Alzheimer einem Nicht-Mediziner?

Mein Grossvater hat von Alzheimer-Kranken als kindlich gewordenen und mein Vater von verkalkten oder Menschen mit Arterienverkalkung gesprochen. Sie haben die zunehmende Gedächtnis- und Urteilsschwäche gekannt und das unaufhaltbare Fortschreiten der Symptome, was sie Verblödung genannt haben.

Mit anderen Worten: Alzheimer ist also nicht, wie viele meinen, ein relativ neues Krankheitsbild?



Albert Wettstein (1946)
PD Dr. med.
1996 Habilitation für geriatrische Neurologie

Seit 1983 Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich (u. a. verantwortlich für die Klinik zur ambulanten Demenzverdachts-Abklärung sowie für die ärztliche Betreuung in den zehn städtischen und zwei privaten Pflegezentren).

Die Symptome und Auswirkungen der Alzheimerschen Krankheit waren schon den alten Ägyptern und Griechen bekannt.

Die Griechen haben aber Demenz nicht als Krankheit, sondern als normalen Alterungsprozess gedeutet, was insofern stimmt, als geringe Veränderungen im Gehirn aller Höchstbetagten nachweisbar sind, bei Alzheimerkranken allerdings in einem sehr viel stärkeren Ausmass als bei Gesunden. So wird in einem Homer zugeschriebenen Aphrodite-Hymnus im 7. Jahrhundert vor Christus die Titanos-Sage beschrieben: Da die Göttin Eos vergessen hatte, für ihren geliebten Titanos neben Unsterblichkeit auch ewige Jugend zu wünschen, wurde dieser zunehmend gebrechlich und dement. Sie musste ihn pflegen und ihm das Essen eingeben, war jedoch durch das ständige Geplapper des senil gewordenen Geliebten so frustriert, dass sie ihn in eine zirpende Zikade verwandelte. Den alten Griechen waren also nicht nur die wesentlichen Symptome, sondern auch die schwerwiegenden Auswirkungen auf die Betreuenden bekannt.

Die Krankheit ist progredient, d. h. sie schreitet unaufhaltsam fort, ist chronisch. Heisst das auch, dass sie unheilbar ist?

Bis heute gibt es keine Therapie, die den progressiven Verlauf der Alzheimer-Krankheit aufhalten kann.

Die Alzheimer-Impfung hat zwar das Potential dazu, aber der bisher verwendete Impfstoff führte in einzelnen Fällen zu einer tödlichen Hirnhautentzündung. Deshalb wird jetzt nach einem besseren gesucht. Es wird aber sicher noch viele Jahre dauern, bis die Impfung ausserhalb von Forschungsprojekten erhältlich sein wird – wenn überhaupt. Erstaunlich ist jedoch, dass der Zustand der geimpften Personen, die wirklich Antikörper gebildet haben gegen Amyloid, sich tatsächlich nicht weiter verschlechterte, auch nicht derjenigen, die als Komplikation eine Hirnhautentzündung durchgemacht und diese dank gezielter Behandlung überlebt hatten.

Bei Alzheimer verläuft der geistige Verfall schleichend. Lassen sich aus medizinischer Sicht so

etwas wie Phasen im Krankheitsverlauf unterscheiden? Wenn Ja: Wie lassen sich diese charakterisieren?

Zusatzfrage: Lassen sie sich einigermaßen präzise voneinander trennen oder sind die Übergänge total fliegend?

Die Entwicklung verläuft kontinuierlich rückwärts (Retrogenese), analog zur Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen (Ontogenese). So wie er als Kind Fähigkeiten stufenweise entwickelt (z. B. Gehen – Sprechen – Lesen), verliert ein Demenz-Kranker diese wieder.

Die Entwicklung ist schleichend, der Verlust gewisser Fähigkeiten jedoch abrupt und meist irreversibel.

Im Endstadium – welches zum Glück nur selten erreicht wird – dämmert die betroffene Person in embryonaler Stellung dahin, ohne auf die Umwelt überhaupt noch in irgendeiner Weise reagieren zu können.

In der Schweiz leiden fast 100 000 Menschen an dieser heimtückischen Krankheit, die vor allem auch für die Angehörigen extrem belastend ist – rund 7 % der über 65-Jährigen, bei den über 85-Jährigen sind es sogar fast 30 %. Das sind erschreckende Zahlen. Gibt es dafür – und vor allem für die starke Zunahme in den letzten Jahren – eine medizinische Erklärung?

Die Zunahme der Alzheimerkrankheit ist die Folge der Tatsache, dass heute viel mehr Menschen ein hohes Alter erreichen.

Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für Alzheimer – neben den sehr selten dominant vererbten präsenilen Alzheimer-Erkrankungen – ist das Alter: 85–90-Jährige sind zu 20 % dement ($\frac{2}{3}$ wegen Alzheimer), die 90–95-Jährigen zu 40 %, die 95–100-Jährigen zu 60 % und die über 100-Jährigen zu 72 %. Das heisst mit anderen Worten aber auch, dass es sehr hoch betagte Menschen gibt, die eindeutig nicht dement sind. Üblicherweise dauert es, bei Menschen mit geringen geistigen Reserven, ca. 20 Jahre, bei Menschen mit grossen geistigen Reserven rund 30 Jahre vom Zeitpunkt der ersten Amyloid-Ablagerungen bis zum Auftreten der ersten Symptome, und meistens nochmals einige Jahre bis zur Demenz. Demenz-Erkrankungen sind der

wichtigste Grund, warum 50 % aller Menschen in hoch entwickelten Ländern erst nach einer mehrjährigen Periode von zunehmender Gebrechlichkeit sterben, beginnend mit Hilfsbedürftigkeit im Haushaltbereich, gefolgt von eigentlicher Pflegebedürftigkeit in den persönlichen Bereichen wie Aufstehen, Ankleiden und Toilettengang.

Welches ist der momentane Stand der medizinischen Forschung? Ist mit den seit kurzem auf dem Markt erhältlichen Medikamenten so etwas wie ein Durchbruch erzielt worden oder lässt sich nach so kurzer Zeit noch nichts Schlüssiges über die Wirkung sagen?

Auf dem Markt sind drei so genannte Cholinesterase-Hemmer (der Marktleader Aricept von Pfizer, Exelon von Novartis und Remenyl von Janssen) sowie als Memantine das Ebixa und das Naturprodukt Ginkgo-Extrakt, z. B. Tebokan. Die Wirkung ist in vielen Studien nachweisbar und alle bestätigen etwa das Gleiche: Sie bringen keine ins Gewicht fallende Verbesserung, verzögern aber die fortschreitende Verschlechterung der Hirnleistung und deren Folgen, die ersten drei genannten um 3 bis 9 Monate und die letzten beiden um etwa 3 Monate. Der Nachweis, dass sie im Alltag entscheidende Verbesserungen bringen, z. B. eine Pflegeheimplatzierung verzögern können, ist nicht erbracht. Studien, die dies angeblich belegen, halten einer kritischen Prüfung nicht stand.

Alzheimer im fortgeschrittenen Stadium ist mit dem irreversiblen Verlust der geistigen Fähigkeiten verbunden. Damit kommt der möglichst frühzeitigen Diagnose eine grosse Bedeutung zu, damit man sich auf die in absehbarer Zeit eintretende Situation vorbereiten kann.

Wie weit ist man heute in diesem Punkt?

Hirnleistungs-Schwäche vom Alzheimer-Typ ist heute schon sehr früh feststellbar, u. a. durch einen Gedächtnistest, und erlaubt eine recht sichere Diagnose, schon bevor alle Kriterien für eine Alzheimer-Demenz erfüllt sind. In diesen frühen Stadien (leichte kognitive Beeinträchtigung) sind die Betroffenen klar noch urteilsfähig, z. B. für ein Testament oder eine Patientenverfügung. Dies ist ein guter Grund, sich schon bei beginnender Gedächtnisstörung untersuchen zu lassen, denn leider sind subjektive Gedächtnisstörungen kein

zuverlässiger Indikator für eine später sich entwickelnde Demenz. Gedächtnisstörungen sind z. B. typisch auch für Depressionen, und das Vergessen der Namen von Personen, die einem nicht besonders nahe stehen, ist sogar völlig normal. Abklären lassen sollten sich Personen, die in mehr als einem der folgenden fünf Bereiche öfters Schwierigkeiten haben:

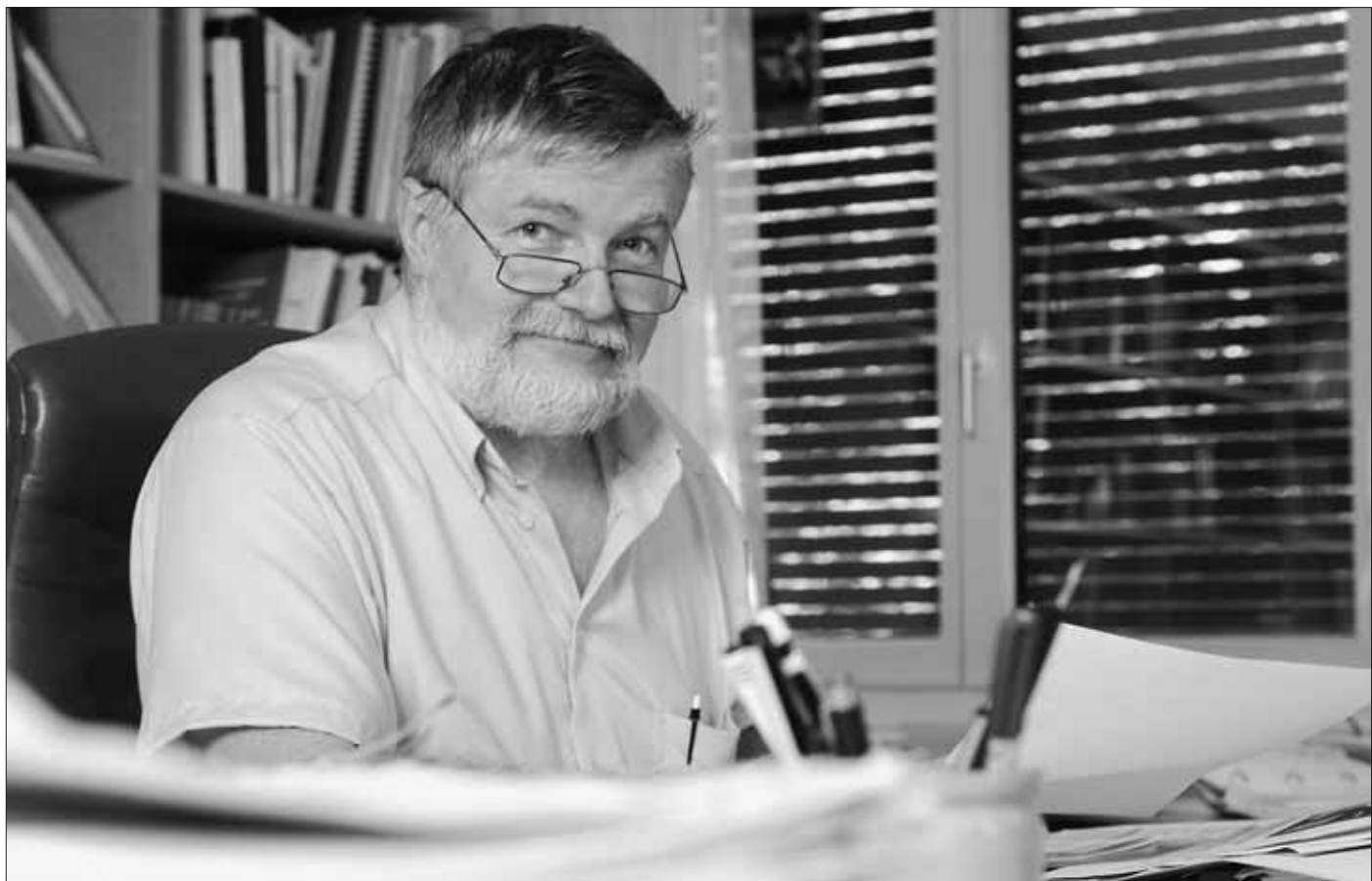
1. Im Gespräch öfters dasselbe wiederholen.
2. Nach einem kurzen Gesprächsunterbruch den Faden verlieren.
3. Alltagsgegenstände wie Schlüssel, Portemonnaie, Schirm nicht mehr finden.
4. Namen von engen Freunden oder Bekannten nicht mehr wissen.
5. Personen verkennen.

Eine EXIT-spezifische Frage: Für viele, insbesondere ältere Menschen ist die Perspektive Alzheimer ein Szenario, das sie extrem ängstigt. Viele denken an Suizid und formulieren ihren Willen, dass sie in einem solchen Fall nicht mehr weiterleben möchten, auch in ihrer Patientenverfügung.

Nun ist die in der Schweiz straflose Beihilfe zum Suizid, wie sie von EXIT als Hilfe angeboten wird, an die Bedingung der Urteilsfähigkeit gebunden, d. h. der sterbewillige Mensch muss zur selbstbestimmten Entscheidung fähig und sich gleichzeitig über die Konsequenzen seines Handelns im Klaren sein. Wie steht es damit bei Alzheimer-Patienten? Hier wird die Grenze zwischen Urteilsfähigkeit und Urteilsunfähigkeit ja nur selten klar und eindeutig zu ziehen sein. Und trotzdem: Muss der in der PV formulierte Wille (artikulierte noch vor der Diagnose Alzheimer oder in der ersten Phase der Krankheit!), in diesem Fall auf jede lebensverlängernde Massnahme inkl. künstliche Ernährung verzichten zu wollen, nicht prinzipiell respektiert werden?

Im Prinzip ist die Gültigkeit von Patientenverfügungen völlig klar und sie muss respektiert werden, ausser es sei aufgrund von konkreten Hinweisen der Verdacht entstanden, die betroffene Person habe ihre Meinung geändert und wolle weiter leben.

Was die Urteilsfähigkeit betrifft, so ist diese im Frühstadium wahrscheinlich und im Vorstadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung sicher gegeben.



Denn trotz der objektiv nachweisbaren Gedächtnisstörung ist die Fähigkeit, zu entscheiden, ob die Umstände für oder gegen ein Weiterleben sprechen, noch vorhanden. In mittleren Stadien wird dies unwahrscheinlich und in den schweren Stadien unmöglich. Erstaunlich ist jedoch, dass Menschen im Frühstadium einer Alzheimer-Erkrankung ihre Krankheit kaum als bedrohlich erleben, sondern als normale Alterserscheinung zu verdrängen pflegen. Auch in mittleren Stadien sind es weniger die Betroffenen selbst, die an der Krankheit leiden, als die Angehörigen, die sie betreuen müssen. Deshalb sind Strategien wie Angehörigenschulung, die das Wohlbefinden der betreuenden Angehörigen verbessern können, von grosser Bedeutung.

Ich habe diese Frage nicht zuletzt deshalb gestellt, weil Sie vor kurzem in einem Referat gesagt haben:

«Bei Demenzkranken sind vorgefasste Willenserklärungen allein wenig hilfreich, weil sie lediglich einen Hinweis darauf geben, welche Lebensphilosophie für die Betroffenen mass-

geblich war, als sie noch gesund waren. Sie können jedoch keine Antwort auf die entscheidende Frage geben, wie der Betroffene seine Behinderung erlebt und realisiert, wie sein aktueller Lebenswille ist.»

Bei allem Respekt: Mit dieser Aussage habe ich Mühe, belegt sie doch jeden in der PV formulierten Patientenwillen mit einem fundamentalen Vorbehalt, der in der Konsequenz zu einer Rechtfertigung der Nicht-Respektierung des Patientenwillens führen kann. Dabei haben wir doch gar keine Wahl: Der Wille, im Falle einer so schweren Erkrankung wie Alzheimer etwas zu wollen oder eben nicht zu wollen, ist nun einmal untrennbar mit der – wie Sie sagen – Lebensphilosophie verbunden, wie wir sie als gesunde Menschen für uns persönlich definieren.

Deshalb noch einmal die Frage: Läuft Ihre Argumentation letztlich nicht darauf hinaus, den im Zustand der Urteilsfähigkeit formulierten Willen, im Falle einer Alzheimer-Krankheit nicht über Jahre buchstäblich zu Tode gepflegt werden zu wollen, für nichtig zu erklären?

Komplexe Fragen wie diese müssen individuell angegangen werden. Vergewärtigen Sie sich einen Witwer, der sich nicht vorstellen konnte, zufrieden in einem Pflegeheim leben zu können und der deshalb eine EXIT-Verfügung erlassen hat und darin ausdrücklich lebensverlängernde Massnahmen wie Antibiotika-Therapie im Falle einer Demenz-Erkrankung untersagt hat. Stellen Sie sich jetzt vor, er habe widerwillig einer Heimplatzierung zustimmen müssen, weil er wegen beginnender Alzheimer-Demenz und einer starken Gehbehinderung nach einem Sturz mit Hüftfraktur nicht mehr zuhause betreut werden konnte. Dieser Mensch hat sich dann überraschend gut und schnell im Heim eingelebt und geniesst den guten Service. Ausserdem hat er sich neu verliebt in eine ebenfalls etwas demente Mitpatientin. Er verbringt den ganzen Tag bei ihr und strahlt eine enorme Zufriedenheit und Lebensfreude aus, und sagt das auch allen, die ihn besuchen. Nun hat er sich erkältet, eine Lungenentzündung bekommen und ist kaum mehr ansprechbar. Was soll ich jetzt höher werten als Arzt: die früher ausgesprochene Ablehnung von Antibiotika oder die in den letzten Wochen gezeigte Lebensfreude? Da ich diese Frage nicht eindeutig beantworten kann, stelle ich eine andere, leichter beantwortbare Frage: Verursacht eine mögliche Behandlung Leiden, oder ist es möglich, ohne Leiden zu verursachen den Zustand, der mit Lebensfreude verbunden war, wiederherzustellen? Kann Letzteres bejaht werden bei einer einfach anwendbaren Antibiotika-Therapie, würde ich diese anwenden.

Ich würde jedoch darauf verzichten, falls ich zur Absicherung der Behandlung Leiden verursachende Massnahmen wie Anbinden der Hände, damit eine Infusion nicht herausgerissen wird, nötig wäre.

Im Zweifelsfall ist meiner Meinung nach die Patientenverfügung zu befolgen.

Entscheidend im zitierten Fall ist für mich die tatsächlich beobachtete und für alle offensichtliche Lebensfreude. Würde ich in dieser Situation auf Antibiotika verzichten, würde ich den eindeutig geäusserten Lebenswillen missachten.

Das Ziel der EXIT-Verfügung, nämlich ein jämmerliches Dahinsiechen zu verhindern, würde ich dabei nicht missachten. Damit will ich sagen:

Am Krankenbett geht es immer um eine konkrete Situation in einer spezifischen Lebensphase, die im Sinne und entsprechend der Lebensphilosophie der betroffenen Kranken zu entscheiden ist und nicht gemäss den Überzeugungen und Gewohnheiten der behandelnden Ärzte und Pflegepersonen.

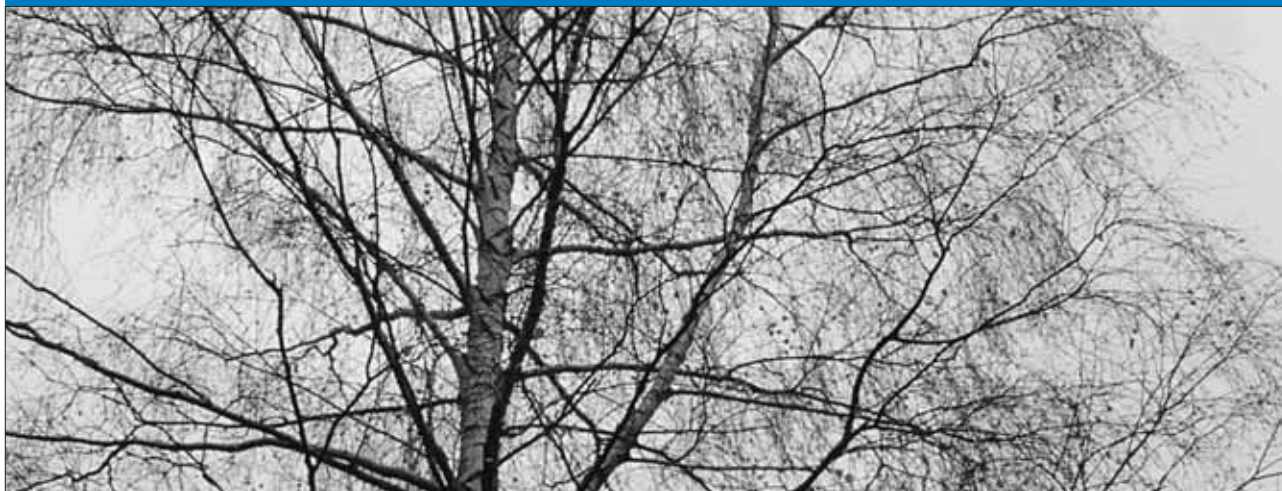
Im konkreten Beispiel geht es um einen Kranken, der sicher nicht dahinvegetieren will. Er verfügte jedoch nicht, dass er einen Zustand, den er geniessen kann und in dem er sich seines Lebens – trotz gewisser Einschränkungen – erfreuen kann, nicht wiederhergestellt haben möchte, wenn dies ohne Leiden zu verursachen leicht möglich ist. Deshalb respektiere ich seinen Willen auch, wenn ich seine schriftliche Patientenverfügung nicht dem Buchstaben gemäss interpretiere.

Leider besteht bei gewissen Ärzten die Tendenz, in jeder Patientenverfügung primär nach Gründen für deren Ungültigkeit zu suchen, resp. Hinweise auf Überlebenswillen in Verhaltensweisen hineinzuzinterpretieren.

Deshalb möchte ich noch einmal betonen, dass Verbote von lebensrettenden Behandlungen in Patientenverfügungen nur dann nicht befolgt werden müssen, wenn ein eindeutiger, klarer, allen offensichtlicher Beleg für einen Überlebenswunsch besteht. In allen anderen Fällen ist eine auch nur medikamentöse Behandlung illegal und entspricht einer Körperverletzung.

Medizinische Behandlungen sind immer nur zulässig im Auftrag der betroffenen Person, resp. wenn der mutmassliche Wille eindeutig als Auftrag zu verstehen ist.

«HILFT EXIT ALZHEIMER-KRANKEN?»



Eine Antwort in vier Schritten

1. Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz straflos, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
 - Die Beihilfe darf nicht «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgen (Art. 115 SGB).
 - Der suizidwillige Mensch muss urteilsfähig sein, d. h. er muss sich der Konsequenzen seiner Entscheidung bewusst sein.
2. Alzheimer kann heute sehr früh diagnostiziert werden – in einer Phase, wo die Urteilsfähigkeit noch zweifelsfrei gegeben ist. In dieser ersten Phase der Krankheit kann EXIT helfen.
In der zweiten Phase, wo helle und dunkle Momente sich abwechseln, wird Hilfe schwierig, weil die Frage der Urteilsfähigkeit selten mit Sicherheit bejaht bzw. verneint werden kann. Im Zweifelsfall ist EXIT nicht bereit, die Verantwortung für einen begleiteten Suizid zu übernehmen. In der terminalen, dritten Phase der Krankheit, die mit einem völligen Verlust der geistigen Kräfte verbunden ist, würde Beihilfe zur aktiven Sterbehilfe und wäre damit strafbar (Art. 114 StGB).
3. Ein Mensch mit einer Alzheimer-Diagnose sieht sich auf Grund des Gesagten

mit einem nicht aufhebbaeren Dilemma konfrontiert: Will er die Hilfe von EXIT in Anspruch nehmen und in Frieden aus dieser Welt gehen (weil ihm die Vorstellung unerträglich ist, als Alzheimer-Patient im dementen Zustand vielleicht noch über Jahre bis zum Tod gepflegt zu werden), muss er sich zu einem Zeitpunkt für den selbstbestimmten Tod entscheiden, wo er noch urteilsfähig ist. Das bedeutet aber den Verzicht auf ein Stück Leben, das für den betroffenen Menschen durchaus noch mit Sinn und Freude verbunden sein kann.

Nach unserer Erfahrung entschliessen sich Betroffene nur in Ausnahmefällen zu diesem Schritt.

4. Was aber dann? – Dann bleibt nur eine Möglichkeit: die Patientenverfügung. Die PV ist die einzige Möglichkeit, im urteilsfähigen Zustand klar und unmissverständlich zum Ausdruck zu bringen, welche ärztlichen Massnahmen man wünscht – oder eben *nicht* wünscht – für den Fall, dass man seinen Willen selber nicht mehr äussern kann (z. B. Verzicht auf alle Therapien, Verzicht auf Nahrungsmittel –, evtl. auch Flüssigkeitszufuhr).

EXIT, wenn damit beauftragt, setzt sich dafür ein, dass Ihr Wille auch tatsächlich respektiert wird. AB

Das FTB-Team in Vitznau (5.–7.11.)

Von Werner Kriesi

Die Frauen und Männer unseres Freitodbegleitungs-Teams, die während des Jahres, in alle Winde verstreut, ihre anspruchsvolle Arbeit tun, versammeln sich seit vier Jahren im November zu einer Weiterbildungs-Tagung in Vitznau. Obwohl der Zeitaufwand von drei Tagen recht einschneidend ist, verzeichneten wir auch dieses Jahr keine einzige Absenz. Das hat seinen Grund: Alle wissen aus früheren Erfahrungen, dass solche Tage eine grosse Bereicherung, aber auch eine Stärkung für ihre anspruchsvolle Tätigkeit bedeuten. Die freundschaftlichen Kontakte, die sich im Laufe der Jahre ergeben haben, tragen das Ihre zum guten Gelingen bei.

Dieses Jahr waren am Freitag auch die Mitglieder des Vorstandes und das Team der Zürcher Geschäftsstelle zu Gast – alles in allem zwanzig Personen, die sich für EXIT engagieren. Wir alle wissen: Gute Arbeit im Dienste unserer Mitglieder ist nur möglich durch ein kommunikativ gut gestaltetes Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Gruppen. Das bedingt aber, dass wir uns von Zeit zu Zeit gemeinsam an den Tisch setzen und aktuelle Fragen und Probleme offen diskutieren. Es geht dabei nicht nur um Organisatorisches, sondern auch um Grundsatzfragen. Vitznau ist dafür, aber auch für den Aufbau einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens, der ideale Ort.

Am Samstag und Sonntag war das Team dann, zusammen mit einigen Vertrauensärzten, unter sich. In zwei Supervisions-Sitzungen diskutierten wir den Ablauf von Freitodbegleitungen, die zu Problemen geführt hatten. Das ist, wie wenn man mit der Lupe einen Gegenstand näher betrachtet und dann etwas entdeckt, das man mit blossem Auge übersehen hat. Unter der professionellen Leitung von Elsbeth Voerkel beschäftigte sich das Team mit psychologischen Feinheiten und Gesetzmässigkeiten, die im Umgang mit Sterbewilligen und deren Angehörigen eine entscheidende Rolle spielen.

Der etwas geschwollene Ausdruck «Supervision», heute in aller Munde, heisst ja nichts anderes als eine selbstkritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit. Dabei fragen wir in erster Linie nach unserer Verantwortung bei aufgetretenen Schwierigkeiten und verzichten auf die üblichen Schuldzuweisungen.

Wir haben heute mit Elsbeth Voerkel zum Glück eine kompetente Fachfrau in den eigenen Reihen, die in Zukunft die Verantwortung für die systematische Weiterbildung unseres Teams übernimmt.

Unsere Vertrauensärztin, Dr. Annelies Luthiger, forderte uns alle am Samstagabend mit einem fachlich sehr anspruchsvollen Referat über spezifische Probleme betagter Menschen. Wir begleiten jedes Jahr einige Betagte, die nicht terminal erkrankt sind, jedoch an vielfältigen Altersbehinderungen leiden, die die Betroffenen subjektiv als unerträglich empfinden. Frau Luthiger stellte uns Demenz-Tests vor, mit Hilfe derer abgeklärt werden kann, ob alte und sterbewillige Menschen geistig in der Lage sind, sich selbstbestimmt für einen Freitod zu entscheiden. Die Gruppe war dankbar für diese hilfreichen Informationen.

Daneben fanden wir Zeit für die freie Aussprache, den Austausch von Erfahrungen und die Pflege der persönlichen Beziehungen.

Ich danke allen Beteiligten für das Gelingen dieser Tagung, vor allem aber auch für die gute Atmosphäre, zu welcher alle beigetragen haben.

Vitznau war auch diesmal die Reise wert!

Suizid-Prävention – das verdrängte Problem

Von Frank Th. Petermann



Frank Th. Petermann (1967)
Dr. iur., Rechtsanwalt und
Urkundsperson, St.Gallen.

Arbeitsgebiete: Zivilrecht
allgemein, Sport-, Arbeits-
und Medizinalrecht. Sozial-
politik, insbesondere Suizid-
problematik, Patientenrechte
und Burnout-Syndrom.

**Der «Entwurf eines Gesetzes
zur Suizid-Prävention»
kann von der Homepage
des Autors (Rubrik
«Publikationen/Agenda»)
kostenlos heruntergeladen
werden: www.falkenstein.ag**

Während EXIT durch seine Arbeit in der Sterbe- und Freitodhilfe immer wieder in die Schlagzeilen gerät, droht ein genau so brisantes Thema im gesellschaftlichen Diskurs unterzugehen: das der «anderen» Suizide.

In der Schweiz sterben mehr als doppelt so viele Menschen durch Suizid als auf der Strasse. Von diesen rund 1400 Suiziden ist nur ein Bruchteil durch Sterbehilfe-Organisationen begleitet worden. Noch tragischer aber ist, dass laut einer Schätzung des Bundesrates jedes Jahr in der Schweiz rund 67000 (!) Menschen versuchen, sich das Leben zu nehmen und den gescheiterten Versuch zum Teil mit lebenslanger Invaliderität bezahlen. Selbst wenn man von «nur» 15000 missglückten Suizidversuchen ausgeht, verursacht dies volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von rund 2,4 Milliarden Franken pro Jahr – eine gewaltige Summe! Vom unsäglichen menschlichen Leid gar nicht zu reden.

Diese Ausgangslage hat mich veranlasst, die Thematik genauer zu untersuchen. Das Resultat liegt nun vor: ein Gesetzesentwurf - mit dem Ziel, einen Lösungsweg aufzuzeigen, ohne dabei in das Selbstbestimmungsrecht des Menschen einzugreifen.

Man mag sich die Frage stellen, was Suizid eigentlich ist. Die Beendigung des Lebens durch das Individuum selbst? Eine menschliche Tragödie? Eine Sünde? Ein Akt der letzten Freiheit? Eine gegen die Gesellschaft gerichtete Handlung? Eine philosophisch-existentielle Grundfrage? – Der französische Soziologe Jean Baechler (Tod durch eigene Hand. Frankfurt, 1981) definierte den Suizid als «jedes Verhalten, das die Lösung eines existentiellen Prob-

lems in einem Anschlag auf das Leben des Subjekts sucht und findet.»

Suizid ist ein Lösungsansatz unter vielen, ein logischer und universeller, meist jedoch nicht der beste, und wegen seiner Irreversibilität oft auch ein tragischer. Da er im Tierreich unbekannt ist, darf er als etwas Humanes bezeichnet werden, als etwas, das dem mit Bewusstsein ausgestatteten Menschen vorbehalten bleibt.

Für das persönlich Umfeld ist ein Suizid meist ein Schock, vielfach begleitet von Trauer, Wut, Schuldgefühlen und Unverständnis. Er konfrontiert die Lebenden mit dem Tod und damit mit der eigenen Sterblichkeit. Zugleich stellt er in radikaler Weise die Frage nach der Qualität des eigenen Lebens, dokumentiert Ausweglosigkeit und Scheitern und – je nach den Umständen – eine verzweifelte Kurzschlussreaktion oder aber den Anspruch dessen, der nicht alles hinzunehmen gewillt ist.

Die Suizid-Prävention hat bis heute wenig Erfolg gehabt, meines Erachtens vor allem deshalb, weil sie durch ihre kategorische Ablehnung des Suizids sich den Weg zu all jenen Suizidenten verbaut, «die es wirklich ernst meinen». Denn wer einem Suizid grundsätzlich nicht zustimmen kann (oder will), wird als Berater a priori nicht ernst genommen und somit auch nicht aufgesucht. Die Suizid-Prävention handelt heute – und das ist ihre Tragik – aus der Härte des «Entweder-oder». Damit unterscheidet sie sich in ihrer Schwarz-Weiss-Denkweise im Grunde genommen nicht von der des Suizidenten und vermag diesem auch keine Alternativen aufzuzeigen. Die Lösung, wie ich sie sehe, liegt in der Souplesse einer Haltung des «Sowohl – als auch» –



in einer Haltung, die den Suizid zwar verhindern möchte, ihn aber nicht grundsätzlich ausschliesst.

Mein Gesetzesentwurf verfolgt zwei Hauptziele: Erstens sollen unüberlegte Kurzschluss-Suizide (und dies ist die überwiegende Mehrheit) verhindert werden. Zweitens sollen die Zahl der missglückten Suizide, das damit verbundene menschliche Leid sowie die enormen volkswirtschaftlichen Kosten entscheidend reduziert werden.

Zu diesem Zweck sieht der Entwurf die Schaffung von Beratungsstellen für Menschen mit Suizidwünschen vor, die Alternativen zu ihrem Sterbewunsch aufzuzeigen vermögen. Glaubwürdig sind diese in meinen Augen aber nur, wenn die Beratung auch einen Suizid akzeptiert, sofern sich zeigt, dass das Problem aus Sicht des Suizidwilligen anders nicht gelöst werden kann, oder dass die Rat suchende Person trotz alternativer Möglichkeiten an ihrem Sterbewunsch über einen längeren

Zeitraum festhält. Das heisst: Die Beratung tendiert zum Leben hin und nicht zum Tod, schliesst diesen jedoch nicht von vornherein aus. Grundmaxime bleibt immer die Achtung des Selbstbestimmungsrechts der urteilsfähigen Person.

Ferner soll die Bevölkerung verstärkt über die Risiken von Suizidmethoden mit hoher Fremd- und Eigengefährdung informiert werden. Auch werden im Entwurf Anforderungen an einen begleiteten Suizid formuliert: Sofern es sich nicht um einen eigentlichen Notfall handelt, soll ein begleiteter Suizid von Organisationen und Ärzten nur durchgeführt werden dürfen, wenn der Suizidwunsch nach einer sechsmonatigen Wartefrist erneuert worden ist.

Der im September 2004 veröffentlichte Gesetzesentwurf fand in Fachkreisen, aber auch in einer weiteren Öffentlichkeit ein erstaunliches Echo. Es war für mich eindrücklich, zu erleben, wie viele Hemmungen

Menschen mit Suizidgedanken haben, sich an eine der bestehenden Beratungsstellen zu wenden. Einige haben Angst, in eine psychiatrische Klinik eingewiesen zu werden. Andere verspüren eine grosse Wut darüber, dass sie ihrer Meinung nach faktisch mit Gewalt am Verlassen dieser Welt gehindert werden. Wieder andere waren einfach nur froh, ihr Unglück und ihre Verzweiflung irgendwo deponieren zu können, ohne sich den reflexartigen Beschönigungsversuch «Sie sehen das alles viel zu schwarz, es wird sich bestimmt wieder ein Türchen öffnen...» anhören zu müssen.

Es stellt sich für mich sehr ernsthaft die Frage, ob nicht eine Plattform geschaffen werden müsste, die sich für die skizzierte Form der Suizid-Prävention unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts einsetzt.

Was meint EXIT dazu?

Suizid-Beihilfe aus rechtsethischer Sicht

Von Klaus Peter Rippe

Am 17. und 18. September veranstaltete die Nationale Ethik-Kommission für Humanmedizin (NEK) an der ETH Zürich ein Symposium zum Thema «Die moderne Medizin und die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz». Den Beitrag von Andreas Blum, der die ethische Position von EXIT vorstellte, druckten wir im letzten Bulletin ab.

Als weiterer Vertreter von EXIT sprach PD Dr. phil. Klaus Peter Rippe, Mitglied unserer Ethik-Kommission. Der folgende Beitrag ist eine Kurzfassung seines Vortrags.

1. Vorbemerkung

An einem Symposium, in dem die staatliche Regulierung der Suizid-Beihilfe diskutiert wird, ist es wichtig, stets daran zu denken, um was es in der politischen Diskussion um Sterbehilfe geht. Zur Diskussion steht nicht die moralische Beurteilung von Suizidbeihilfe. Darüber wird es in pluralistischen Gesellschaften wie der unseren stets unüberbrückbare Positionen geben. Fraglich ist allein, ob Personen, die Suizid-Beihilfe durchführen, dafür bestraft werden sollen.

2. Beschränkung auf den medizinischen Kontext?

Es ist sinnvoll, zwei unterschiedliche Zugänge zur Problematik der Suizid-Beihilfe zu unterscheiden. Der erste Ansatz geht davon aus, Suizid-Beihilfe sollte nur in jenen Ausnahmefällen straffrei sein, in denen der Sterbeprozess bereits unwiderruflich begonnen hat. Diese Position bezieht sich auf die Ausnahmesituation terminal Kranker. Suizid-Beihilfe bei psychisch Kranken stünde demnach ebenso wenig zur Diskussion wie die Begleitung von chronisch kranken Personen oder hochbetagten Menschen.

Für den zweiten Ansatz steht das Recht auf Selbstbestimmung im Vordergrund. Suizid-Begleitung wäre dann nicht nur im medizinischen Kontext straffrei möglich.

Für die erste Position, welche Suizidbegleitung auf einen spezifischen medizinischen Kontext beschränkt, werden folgende Argumente vorgebracht:

- Bei Sterbehilfe ausserhalb der Sterbephase geht es darum, Leben abzukürzen oder zu beenden; innerhalb der Sterbephase aber darum, ein Sterben abzukürzen, nachdem der Tod sich bereits angekündigt hat. Beschränkt sich Sterbehilfe auf die Sterbephase, kann das Tabu des Tötungsverbots weiter aufrechterhalten werden.
- In der Betreuung von Patienten am Lebensende kann es für Ärzte zu einer Notsituation kommen. Auf der einen Seite haben sie eine Verpflichtung zur Heilung, Linderung und Begleitung des Sterbenden; auf der anderen Seite appelliert ein Patient, der um Suizid bittet, zugleich an ihre Fürsorgepflicht. In Situationen, in denen Schmerzerlösung das grösste Gut darstellt, könnte ein Arzt sich gedrängt sehen, den Tod herbeizuführen, um das Leid zu beenden.

Stützt sich diese Position auf diese Argumente, ist sie folgenden Einwänden ausgesetzt:

- Das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten ist für diese Position ohne Bedeutung. Ebenso ohne Bedeutung ist die Unterscheidung von Eigen- und Fremdtötung. Konstitutiv für die Legitimität der Suizid-Beihilfe ist der Beginn der Sterbephase oder das Vorliegen einer Dilemma-Situation, in der Tötungsverbot und Fürsorgegebot in unterschiedliche Richtungen weisen. Unter diesen Voraussetzungen wären Beihilfe zum Suizid, Töten auf Verlangen und Tötung ohne Zustimmung des Betroffenen



- moralisch gleich zu bewerten, sofern sie innerhalb der Sterbephase geschehen. Diese Gleichbeurteilung ist aber ethisch nicht einsichtig. Die Differenzierung zwischen Eigen- und Fremdtötung ist ein zentrales Element des modernen Tötungsverbots. Wird sie aufgehoben, wird auch das Tötungsverbot unterhöhlt.
- Wird jedoch das Recht auf Selbstbestimmung betont, besteht kein plausibler Grund, die Beihilfe zum Suizid auf die Sterbephase zu begrenzen. Denn wieso sollte der Patientenwille nur in der Sterbephase beachtet werden, nicht aber auch in anderen Situationen?

3. Das Recht auf Selbstbestimmung

Für die zweite Position ist die Autonomie der für die ethische Beurteilung von Suizid und Suizid-Beihilfe zentrale Begriff.

Autonomie bezeichnet ein moralisches Recht. Dieses Recht schützt die menschliche Fähigkeit, die eigenen Überzeugungen und Interessen zum Ausdruck zu bringen. Es gestattet Menschen, ihr Leben eigenverantwortlich aufgrund ihrer besonderen Persönlichkeit zu führen. Sie haben das Recht, zentrale Fragen ihres eigenen Lebens selbst zu entscheiden, sofern sie durch ihr Handeln nicht die Freiheit anderer verletzen. Dem Einzelnen kommt damit auch die Freiheit zu, selbst wählen zu dürfen, wann und auf welche Weise das eigene Leben beendet wird.

In der Regel wird dieses Argument durch Überlegungen der politischen Philosophie, durch ein Analogie-Argument sowie durch ein strafrechtliches Argument unterstützt:

- In einer pluralistischen Gesellschaft, so die Überlegung der politischen Philosophie, darf nicht der Staat entscheiden, ob Suizid zulässig ist oder nicht. In einer solch zentralen und stark durch religiöse und weltanschauliche Auffassungen beeinflussten Frage kann keine andere Instanz für den Einzelnen entscheiden, was er oder sie zu tun hat. Dem Einzelnen muss die Freiheit eingeräumt werden, seine eigenen weltanschaulichen und moralischen Überzeugungen umsetzen zu können. Das gilt auch für den Suizid.
- In unserer Gesellschaft besteht weitgehend ein moralischer Konsens, dass Patienten das

Recht haben, eine Behandlung und mögliche Therapien zu verweigern. Sie haben dieses Recht auch dann, wenn sie mit ihrer Entscheidung den Tod in Kauf nehmen. Wenn man aber ein Recht auf den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen einräumt, muss man Personen auch das Recht einräumen, angesichts einer schweren Erkrankung das eigene Leben zu beenden.

- In modernen Gesellschaften bleiben Suizidversuche straffrei. Aus der Strafflosigkeit der Selbsttötung würde sich nach den allgemeinen Regeln des Rechtsethik und des Strafrechts auch eine Strafflosigkeit der Anstiftung oder Gehilfenschaft zur Selbsttötung durch Aussenstehende ergeben. Art. 115 StGB dient hier zur Verhinderung möglicher Missbräuche, indem er ein partielles Verbot der Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung festlegt. Strafbar sind solche Teilnahmehandlungen am Suizid dann, wenn sie «aus selbstsüchtigen Beweggründen» begangen werden.

Wird Suizid als Ausdruck der Selbstbestimmung betrachtet, ist die Freiheit, Art und Zeitpunkt des eigenen Todes zu bestimmen, nicht gebunden an eine moralische Pflicht, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Ein Anspruch des Sterbewilligen auf Suizid-Beihilfe besteht nicht. Aus ethischer Sicht ist das Recht auf den eigenen Tod kein Anspruchs-, sondern ein Freiheitsrecht. Wie bei anderen Freiheiten ist nur zu diskutieren, ob andere Personen oder der Staat eine Verpflichtung haben, diese Handlungen zuzulassen.

Auch wenn es keine allgemeine Pflicht gibt, Suizidbeihilfe zu leisten, kann es aus ethischer Sicht in einigen Situationen zulässig oder sogar geboten sein, solche Beihilfe zu leisten. Rechtsethisch ist freilich ein anderer Aspekt zentral. Die Straffreiheit der Suizid-Beihilfe ist ein Toleranzgebot. Das Strafrecht geht nicht von der moralischen Zulässigkeit der Suizid-Beihilfe aus, sondern davon, dass Suizid-Beihilfe in unserer Gesellschaft unterschiedlich beurteilt wird. Jene, die Suizid-Beihilfe moralisch missbilligen, sind demnach zur Toleranz aufgefordert. Obwohl sie es missbilligen, haben sie zu achten und zu respektieren, dass andere Menschen es als Freundespflicht ansehen, urteilsfähigen Menschen beim Suizid zur Seite zu stehen.

4. Die zentrale Bedeutung der Handlungsautonomie

Notwendige Voraussetzung für die Straffreiheit der Beihilfe zur Selbsttötung ist, dass der Suizidwunsch von einer urteilsfähigen Person ausgesprochen wird und dass es sich um einen dauerhaften und überlegten Wunsch handelt. Beihilfe zum Suizid ist daher abzulehnen, wenn der Sterbewillige nur ungenügend in der Lage ist, die für die Frage des eigenen Todes relevanten Gesichtspunkte zu beurteilen, oder es sich nur um einen momentanen Verlust des Lebenswillens handelt. Entscheidend ist dabei nicht, ob der Sterbewillige generell als autonom zu bezeichnen ist, sondern nur, ob er in der jeweiligen Situation über die Fähigkeit verfügt, selbstbestimmt zu entscheiden. Was als hinreichend autonom bezeichnet werden kann, hängt von der Schwere der Entscheidung ab. Für irreversible Entscheidungen wie jene, auf eine lebensrettende Therapie zu verzichten, oder die Entscheidung für den Suizid sind die Anforderungen an die Handlungsautonomie besonders hoch.

5. Dambruch-Gefahr?

Die Selbstbestimmung stösst dann an ihre Grenze, wenn die Freiheit anderer Personen verletzt wird. Nach Auffassung einiger Autoren (etwa des deutschen Ethikers Robert Spaemann) wäre die Freigabe der Selbsttötung durch andere die «Einstiegsdroge» für die Tötung «lebensunwerten Lebens» – ohne Zustimmung der betroffenen Menschen. Durch eine Praxis der Suizid-Beihilfe wäre die Freiheit anderer damit insofern gefährdet, als sich Personen durch gesellschaftliche Erwartungshaltungen, anderen nicht zur Last zu fallen, dazu gedrängt fühlen könnten, um Suizid-Beihilfe zu bitten. Aus dem Recht zur Selbsttötung würde dann – so Spaemann – über kurz oder lang eine Pflicht.

Solche Überlegungen gelten in der Ethik-Diskussion freilich als schwache Argumente. Dies liegt erstens an der historischen Erfahrung. Sie wirken retrospektiv wie Argumente, die vorgeschoben werden, um wertkonservative Grundpositionen breiteren Bevölkerungskreisen zugänglich zu machen. Zweitens sind diese

Argumente einer besonderen Begründungspflicht ausgesetzt. Von ihren Befürwortern müsste plausibel dargelegt werden können, dass die befürchtete Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird. Der bloße Verweis auf die Möglichkeit einer solchen Entwicklung reicht dabei nicht aus. Der vermutete Dambruch, dass eine allgemeine Erwartungshaltung entstehen könnte, welche Personen dazu drängt, Suizid-Beihilfe zu erbeten, müsste daher empirisch erhärtet werden. Dies ist insbesondere deshalb erforderlich, weil mit dem Recht auf Selbstbestimmung einer der wichtigsten moralischen Grundsätze freier Gesellschaften involviert ist.

6. Persönliche Beziehung oder Organisationen?

Eine Minderheit der Nationalen Ethik-Kommission ist der Auffassung, Suizid-Beihilfe dürfe nur im Rahmen enger persönlicher Beziehungen stattfinden. Nur so könne garantiert werden, dass es sich um moralisch legitime Freundeshilfe handelt. Diese Auffassung geht in die Irre.

Denn wenn es um die Straffreiheit der Suizid-Beihilfe geht, hat der Gesetzgeber nicht auf das wünschenswerte Ideal zu schauen, sondern drei pragmatische Fragen zu stellen:

- Wo liegt die grösste Missbrauchsgefahr?
- Welche Praxis kann besser kontrolliert werden?
- Wo besteht die Gefahr einer Grauzone?

Nimmt man diese drei Fragen ins Visier, wird man sich eindeutig für die Suizidhilfe-Organisationen entscheiden müssen. Hier sind – erstens – die Missbrauchsgefahren kleiner als in privaten Beziehungen, in denen die Entscheidung für eine Suizid-Beihilfe im Einzelfall auch von finanziellen Überlegungen bestimmt sein kann. Die Praxis kann – zweitens – leichter beaufsichtigt werden, weil Suizidhilfe-Organisationen die eigenen Handlungen dokumentieren und Polizei und Staatsanwaltschaft selbstverständlicher herbeirufen als Familienangehörige. Und aus diesem Grund ist – drittens – auch die Gefahr kleiner, dass eine Grauzone entsteht.

Fazit: Es gibt keine Alternative zur Tätigkeit der Suizidhilfe-Organisationen.



Neue Zürcher Zeitung

Auslegeordnung zum Stand der Suizidhilfe

Ethik, Recht und Gesellschaftspolitik im offenen Gespräch

Die zehn Thesen über Suizidbeihilfe, die die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) formuliert hat, waren Ausgangspunkt eines zweitägigen Symposiums, an dem das brisante Thema breit verhandelt wurde. Ausländische Fachleute brachten alternative Modelle zur Schweizer Praxis in die offene Diskussion ein.

He. Während sich die neuen «Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende» der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) auf ärztliches Handeln beschränken, erstrecken sich die eben erarbeiteten «Thesen über Suizidhilfe» der Nationalen Ethikkommission (NEK) auf einen umfassenderen Bereich. Zur Diskussion ihrer Vorschläge haben die beiden Kommissionen und das Centre Lémanique d'Ethique (CLE) ins Ethikzentrum der Universität Zürich zu einem Symposium eingeladen.

10 Thesen angesichts des Wertewandels

Die NEK ist, wie ihr Präsident, Christoph Rehmann-Sutter, ausführte, damit konfrontiert, dass die Ethikfrage beim assistierten Suizid im Spannungsfeld zwischen der Pflicht zur Fürsorge und dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Individuums gestellt werden muss. Die Entscheidung zur Suizidbeihilfe kann sich nur an der einzelnen Person ausrichten, wobei bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen. Generelle Regeln sind abzulehnen, denn sie könnten in Routine münden und zu Zugzwang oder Ausweitung der Praxis führen.

Die NEK stellt Art. 115 des Strafgesetzbuches, wonach Beihilfe zur Selbsttötung straffrei ist, sofern nicht eigennützige Motive im Spiel sind, nicht in Frage. Jedoch befürwortet sie eine staatliche Aufsicht über Sterbehilfeorganisationen, denn diese könnten sich allzu einseitig nur auf die Autonomie der Sterbewilligen abstützen. Bei psychisch Kranken, die per se erhöht suizidgefährdet sind, ist gemäss NEK Suizidbeihilfe abzulehnen, es sei denn, der Suizidwunsch sei nicht Ausdruck der zugrunde liegenden Krankheit. Niemals sollen assistierte Suizide in psychiatrischen Institutionen stattfinden dürfen. [...]

NZZ, 20. September 2004

«Ein Sterbehilfegesetz braucht es nicht»

Stadtrat Robert Neukomm zur Suizidbeihilfe in Heimen

Seit knapp vier Jahren müssen die Bewohnerinnen und Bewohner der Altersheime und Pflegezentren der Stadt Zürich ihr Heim nicht mehr verlassen, wenn sie einen assistierten Suizid durchführen wollen. Auch Sterbehilfeorganisationen wird der Zutritt nicht mehr verwehrt. Gesundheitsvorstand Robert Neukomm äussert sich im Gespräch mit Irène Troxler zu den Erfahrungen mit dieser liberalen Regelung, die im Vorfeld von kirchlichen Kreisen, Ärzten und gewissen Ethikern heftig kritisiert worden war.

Die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in städtischen Alters- und Pflegeheimen hat vor vier Jahren hohe Wellen geworfen und viel Kritik provoziert. Wie lautet Ihre Bilanz heute?

Stadtrat Robert Neukomm: Die Bilanz ist unspektakulär. Es hat sich erwiesen, dass die Lösung, die wir

gewählt haben, praktikabel ist für die wenigen Fälle, in denen ein Suizidwunsch an uns herangetragen wird.

Um wie viele Fälle handelt es sich?

In den Jahren 2001 und 2002 gab es insgesamt acht Fälle. Seither bewegen sich die Zahlen im gleichen Rahmen. Wir haben mit dem Gemeinderat eine zweijährliche Berichterstattung vereinbart. Ich werde die Öffentlichkeit also im nächsten Frühjahr wieder detailliert informieren. Die Suizidwelle, die von Kritikern befürchtet worden war, ist jedenfalls nicht eingetroffen.

Welche Organisationen waren beteiligt?

Exit und Dignitas. Im Grunde genommen ist das aber nicht relevant. Suizidbeihilfe kann jedermann leisten, sofern er sich an die gesetzlichen Regeln hält.

Keine Kontrolle der Organisationen

Einige Sterbehilfeorganisationen sind in die Schlagzeilen geraten, weil sie sich nicht von Sterbehilfe für Psychischkranke distanzieren haben. Müsste ihre Arbeit nicht kontrolliert werden, wenn sie an öffentlichen Institutionen tätig sind?

Ich halte nichts von einer staatlichen Zertifizierung von Sterbehilfeorganisationen. Wir haben klare Kriterien, die erfüllt sein müssen bei einem assistierten Suizid: Die suizidwillige Person muss urteilsfähig sein, und die Helfer dürfen nicht aus eigennützigen Motiven handeln. Wir haben das zu überprüfen, nicht mehr und nicht weniger. Ob die assistierende Person einer Organisation angehört und welcher, geht uns eigentlich nichts an. Die Kontrolle, ob bei einem Suizid alles mit rechten Dingen zugegangen ist, liegt bei den Untersuchungsbehörden. Wir sind ja verpflichtet, alle Fälle der Polizei zu melden. [...]

NZZ, 6. Oktober 2004

MITTEILUNG AN DIE MEDIEN (11.11.04)

EXIT lockert Moratorium für psychisch Kranke

Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz straflos, wenn sie nicht «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt (Art. 115 StGB). Dabei muss der Suizidwillige urteilsfähig sein.

Weil bei psychisch kranken Menschen die Frage der Urteilsfähigkeit in den meisten Fällen nicht eindeutig zu beantworten ist, hat EXIT 1999 ein Moratorium beschlossen, d. h. EXIT begleitet psychisch Kranke heute nicht.

Der Vorstand von EXIT hat nun beschlossen, dieses Moratorium zu lockern.

EXIT, die mit 50 000 Mitgliedern mit Abstand grösste Sterbe- und Freitodhilfe-Organisation der Schweiz, hat 1999 ein Moratorium für Freitodhilfe bei Menschen mit psychischen Störungen beschlossen. Ausschlaggebend für den damaligen Entscheid war die Problematik der Urteilsfähigkeit.

In den vergangenen Jahren ist dieses Moratorium EXIT-intern immer stärker in die Kritik geraten. Durch das Moratorium werde psychisch kranken Menschen prinzipiell die Urteilsfähigkeit abgesprochen, was nicht nur im Widerspruch stehe zur Realität, sondern in der Konsequenz auf eine nicht haltbare Diskriminierung psychisch Kranker hinauslaufe.

EXIT hat aus diesem Grund ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Der Expertenbericht – «Urteilsfähigkeit und Menschen mit psychischen Störungen», von Dr. med. Georg Bosshard, Dr. med. Martin Kiesewetter, PD Dr. phil. Klaus Peter Rippe und Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger – liegt inzwischen vor.

Er kommt zum Schluss, dass bei Menschen mit psychischen Störungen der Suizidwunsch zwar

meistens in einem kausalen Zusammenhang stehe mit ihrer psychischen Krankheit, was einen begleiteten Suizid ausschliesst; dass es daneben aber durchaus Fälle gebe, wo der Wunsch eines psychisch Kranken, aus diesem Leben zu gehen, als Willensentscheidung eines urteilsfähigen Menschen zu qualifizieren und deshalb zu respektieren ist.

Nach einer intensiven Phase der Meinungsbildung hat der Vorstand von EXIT am 10. November beschlossen, das Moratorium insofern zu lockern, als Gesuche von psychisch Kranken in Zukunft nicht mehr generell abgewiesen werden. Wenn die Voraussetzungen für einen begleiteten Suizid erfüllt sind und auch die Urteilsfähigkeit glaubhaft geltend gemacht wird, soll ein Gesuch in Zukunft sorgfältig, gegebenenfalls mit einem psychiatrischen Gutachten geprüft werden. Ist die Frage der Urteilsfähigkeit in Bezug auf den Todeswunsch nicht eindeutig positiv zu beantworten, wird EXIT psychisch Kranke auch in Zukunft nicht begleiten.

Der Empfehlung des Expertenberichts folgend, wird EXIT nach einer angemessenen Frist die Erfahrungen auswerten und die neue Praxis überprüfen.

Für den Vorstand von EXIT:
Andreas Blum, Kommunikation

Der Vorstand hat sich mit diesem Entscheid schwer getan, denn das Dilemma war offensichtlich: Auf der einen Seite war er sich – zusammen mit den Experten – bewusst, dass das Moratorium in seiner apodiktischen Form nicht aufrechtzuerhalten ist; auf der anderen Seite gab er sich Rechenschaft, dass EXIT nicht einmal den Anschein erwecken darf, die bisherige Haltung werde vorbehaltlos aufgegeben.

Das Resultat: ein Kompromiss, der unter ethischen Aspekten verantwortbar ist, der vor allem aber der Verzweiflung vieler «Menschen mit psychischen Störungen» Rechnung trägt.

In Zukunft stehen psychisch Kranke nicht mehr zum vornherein «draussen vor der Tür», wenn sie in ihrer Not keinen anderen (Aus-)Weg mehr sehen, als EXIT um Hilfe zu bitten.

Der Vorstand wird nun behutsam Einzelfälle prüfen und Erfahrungen sammeln. Er wird sich dieser sensiblen Aufgabe zuwenden können im Bewusstsein, dass eine Lockerung des Moratoriums nicht nur eine Geste der Menschlichkeit und der Gerechtigkeit ist, sondern auch dem ausdrücklichen Willen vieler, vermutlich sogar einer Mehrheit der EXIT-Mitglieder entspricht.

AB

«EXIT – Quo vadis?»

Die ursprünglich für den 20. November geplante Mitglieder-Tagung zum Thema «Patientenverfügung» musste aus organisatorischen Gründen leider kurzfristig abgesagt werden. Sie wird erst im Herbst 2005 stattfinden, und zwar in Zürich, Basel und Bern. *Details folgen zu gegebener Zeit.*

Info-Veranstaltungen 2004

Zwischen dem 23. August und dem 30. November führten wir – nach 2002 bereits zum zweiten Mal – wieder 18 Info-Veranstaltungen durch – von Basel bis Lugano, von St. Gallen bis Thun. Wegen des (zu?) frühen Starts und dem herrlichen Spätsommerwetter verzeichneten wir zu Beginn da und dort eine etwas schlechteren Besuch; alles in allem fanden die Veranstaltungen aber wieder ein sehr gutes und lebhaftes Echo, die Diskussionen verliefen durchwegs animiert und ohne Gehässigkeiten. Die Präsidentin war überall präsent, begleitet entweder von Werner Kriesi oder Andreas Blum. Im Tessin (Lugano, Locarno und Bellinzona) konnten wir auf die organisatorische Unterstützung unseres Repräsentanten (und Dolmetschers!) Fernando Bianchi zählen.

EXIT/Blum gegen Stöhlker

Im Bulletin 3/03 waren wir davon ausgegangen, dass es in Kürze zur Hauptverhandlung kommen werde, nachdem sich eine einvernehmliche Lösung in dem von uns angestrebten Ehrverletzungsprozess nicht hatte erzielen lassen.

Mit dieser Einschätzung lagen wir falsch. Aus Gründen, auf die hier näher einzutreten keinen Sinn macht, ist mit einem – erstinstanzlichen – Urteil erst zu Beginn des Jahres 2005 zu rechnen.

EXIT gegen H.

Das Kreisgericht Werdenberg-Sargans verurteilte N. H., den früheren Werbeberater von EXIT, mit Urteil vom 5.12.03 wegen Veruntreuung zum Nachteil von EXIT im Deliktsumsatz von Fr. 60'425.– zu 7 Monaten Gefängnis mit bedingtem Strafvollzug. Das Gericht kam zum Schluss, der Verurteilte habe das Vertrauen, welches EXIT in ihn gesetzt habe, schwer missbraucht.

Der Verurteilte focht dieses Urteil beim Kantonsgericht St. Gallen an, zog seine Berufung aber zurück, nachdem das Gericht hatte durchblicken lassen, dass er mit einer Abweisung unter Kostenfolge rechnen müsse, es sei denn, er würde den Schaden vor Erlass des zweitinstanzlichen Urteils ersetzen. Mit dem Rückzug der Berufung durch N. H. ist das Urteil der ersten Instanz rechtskräftig.

Anzumerken bleibt, dass Werbeberater H. vom früheren EXIT-Präsidenten Rudolf Syz vor dessen Rücktritt eigenmächtig und ohne Wissen des Vorstandes beigezogen und mit einem Werbebudget von Fr. 300'000.– ausgestattet worden war. Durch diesen Alleingang ist EXIT in einem Fr. 60'000.– erheblich übersteigenden Umfang geschädigt worden.

Briefe von Mitgliedern

Freitod – «ein Privileg des Humanen»

Ich setze mich schon seit Jahren für eine andere Sicht bei den so genannt psychisch Kranken ein. Die leider immer noch – von der Psychiatrie geprägte – vorherrschende Gleichung heisst: Freitodwunsch = psychisch krank = nicht urteilsfähig. Ich bin froh, dass EXIT sich nun auch wieder den Freitodwünschen dieser Menschen annimmt. Dabei wünsche ich mir allerdings, dass EXIT den Begriff «psychisch krank» nicht mehr verwendet, da er den betroffenen Menschen nicht gerecht wird. Wer durch die oft brutale menschliche Existenz die Freude am Leben verliert, ist weder krank noch urteilsunfähig. Diese Menschen reagieren meines Erachtens im Gegenteil eher gesund auf die unveränderbaren Grausamkeiten dieses Lebens, sie lehnen den täglichen Kampf ums Überleben ab. Ich zum Beispiel mit meinen knapp 40 Jahren empfinde das Leben als absurd, grausam und ungerecht.

Ich fühle mich aber weder krank noch depressiv, ja nicht einmal wirklich unglücklich. Mein Denken geht in eine moralische Richtung, es ist eine auch moralisch begründete Ablehnung des Lebens – eine Ablehnung, die den Freitod geradezu fordert, aber auf alle Fälle als ein autonomes Recht des Menschen vertritt. Wie schon Jean Améry schrieb, ist der Freitod keine Krankheit wie Masern, sondern ein Privileg des Humanen.

Ich habe meine Gedanken zu diesem Thema niedergeschrieben:

Freitod – Die beste Lösung. Eine Abrechnung mit der Lebens-Bejahung. Das Buch ist im Buchhandel erhältlich: ISBN 3-8334-1286-0, 209 Seiten, Fr. 24.80. Es kann auch direkt beim Autor bestellt werden:

Philipp Müller
Biberichweg 38
8222 Beringen/SH
Telefon 052-685 22 78
info@ja-zum-freitod.ch
www.ja-zum-freitod.ch

GV 2005

**Bitte vormerken:
Samstag, 16. April
13.30 Uhr
Kongresshaus Zürich**

Kommissionen Adressen

Patronatskomitee

Heinz Angehrn
 Andreas Blaser
 Walter Fesenbeckh
 Saskia Frei
 Bruno Fritsch
 Otmar Hersche
 Rudolf Kelterborn
 Rolf Lyssy
 Verena Meyer
 Susanna Peter
 Hans Rüz
 Johannes Mario Simmel
 Jacob Stickelberger
 David Streiff
 Beatrice Tschanz

Ethikkommission

Werner Kriesi (Präsident)
 Andreas Blum
 Klaus Peter Rippe
 Bernhard Rom
 Christian Schwarzenegger
 Niklaus Tschudi

Geschäftsprüfungs-Kommission

Hans Wehrli (Präsident)
 Saskia Frei
 Klaus Hotz

EXIT – Deutsche Schweiz

Geschäftsstelle
 Mühlezelgstrasse 45
 Postfach 476
 8047 Zürich
 Tel. 043 343 38 38
 Fax 043 343 38 39
 info@exit.ch

Leiter der Geschäftsstelle

Hans Muralt
 hans.muralt@exit.ch

Präsidentin

Elisabeth Zillig
 Thalmatt 70
 3037 Herrenschwanden
 Tel. 031 301 32 80
 Fax 031 301 32 80
 elisabeth.zillig@bluewin.ch

Freitodbegleitung

Werner Kriesi (Vizepräsident)
 Mühlezelgstrasse 45
 8047 Zürich
 Tel. 043 343 38 38
 Fax 043 343 38 39
 werner.kriesi@exit.ch

Kommunikation

Andreas Blum
 Feldackerweg 10a
 3067 Boll
 Tel. 031 331 81 82
 Fax 031 331 80 64
 blum.andreas@bluewin.ch

Finanzen

Jacques Schaar
 Homburgweg 5
 4433 Ramllinsburg
 Tel. 061 971 95 00
 Fax 061 931 30 50

Rechtsfragen

Ernst H. Haegi
 Aemtlerstrasse 36
 8003 Zürich
 Tel. 01 463 60 22
 Fax 01 451 48 94
 haegi@lawernie.ch

Stiftung für Schweizerische

EXIT-Hospize

Aemtlerstrasse 36
 8003 Zürich
 Tel. 01 463 60 22

Büro Bern

EXIT
 Schlossstrasse 127
 3008 Bern
 Tel. und Fax 031 381 23 80

Büro Tessin

EXIT
 Fernando Bianchi
 CP 227
 6928 Manno
 Tel. 091 600 26 17

Impressum

Herausgeberin

EXIT – Deutsche Schweiz
 Mühlezelgstrasse 45
 Postfach 476
 8047 Zürich

Verantwortlich

Andreas Blum

Mitarbeitende dieser Nummer

Andreas Blum, Otmar Hersche,
 Werner Kriesi, Frank Th. Petermann,
 Klaus Peter Rippe, Albert Wettstein

Fotos

Kurt Bläuer

Gestaltung

Kurt Bläuer
 Typografie und Gestaltung
 Zinggstrasse 16
 3007 Bern
 Tel. 031 302 29 00

Druckerei

Irniger Offset Druck
 Zugerstrasse 43, 6340 Baar
 Tel. 041 761 20 02
 Fax 041 761 20 01