

Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich

vom

17.01.01

GR Nr. 2000/559

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 22. November 2000 reichten Placid Maissen (CVP) und 2 Mitunterzeichnende die folgende Motion GR Nr. 2000/559 ein:

Der Stadtrat wird beauftragt, die neue Regelung über die Zulassung der Beihilfe zum Suizid in den städtischen Alters- und Krankenheimen unter bestimmten Bedingungen mit sofortiger Wirkung aufzuheben.

Begründung:

Die mit der neuen Regelung zugelassene "Beihilfe zum Suizid" ist rechtlich mindestens als indirekte aktive Sterbehilfe zu qualifizieren. Man muss sich sogar fragen, ob es sich nicht um "aktive Sterbehilfe" gemäss Art. 115 StGB handelt: "Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet", was mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft werden kann. Das Argument der "selbstsüchtigen Beweggründe" ist ernst zu nehmen, insbesondere weil Stadtrat Neukomm selber auf den Notstand im Pflegebereich hingewiesen hat. Dazu kommen noch die Beweggründe allfälliger Angehöriger, welche durch die Pflege finanziell stark belastet werden.

Die indirekte aktive Sterbehilfe befindet sich heute noch in einem Graubereich. Angesichts dieser Sachlage sollte unbedingt eine allfällige Regelung im Strafgesetzbuch abgewartet werden."

Die Motionen verpflichten den Stadtrat, den Entwurf für den Erlass, die Änderung oder Aufhebung eines Beschlusses vorzulegen, der in die Zuständigkeit der Gemeinde oder des Gemeinderats fällt (Art. 90 der Geschäftsordnung des Gemeinderats, GeschO GR). Lehnt der Stadtrat die Entgegennahme einer Motion ab, so hat er dies innerhalb von sechs Monaten nach Einreichung schriftlich zu begründen (Art. 91 Abs. 2 GeschO GR).

A. Stadtratsbeschluss Nr. 1778 vom 25. Oktober 2000 betreffend Wunsch nach Suizid in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements

In diesem Kapitel wird ein Auszug aus dem oben erwähnten Stadtratsbeschluss wiedergegeben, wobei einige kleinere Änderungen formeller Art vorgenommen wurden.

Ausgangslage und Fragestellung

Nachdem im Juli 1987 in einem städtischen Krankenhaus eine geplante Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation bekannt geworden war, verfügte der Vorsteher des damaligen Gesundheits- und Wirtschaftsamtes am 14. Juli 1987 ein Verbot der Durchführung und Unterstützung von Selbsttötungsaktionen in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes.

Eine Aufsichtsbeschwerde gegen diese Verfügung wurde vom Stadtrat abgelehnt. In der Folge traten die betreffende Patientin und in den folgenden Jahren einige wenige andere Patienten und Patientinnen aus städtischen Institutionen aus, um mit Hilfe und in Begleitung einer Sterbehilfeorganisation Suizid zu begehen. Als im Laufe der Reorganisation der Stadtverwaltung per 1. Januar 1996 die im Amt für Altersheime zusammengefassten Altersheime und die Alterssiedlungen der Stiftung Alterswohnungen vom Sozialdepartement neu dem Gesundheits- und Umweltdepartement (GUD) zugeordnet wurden, löste dieses Verbot und die Notwendigkeit, vor einem geplanten Suizid aus der langfristigen Wohnsituation Altersheim auszutreten, einen lebhaften Protest von Altersheimbewohnerin-

nen und -bewohnern aus, die geltend machten, das Verbot sei ein nicht gerechtfertigter Eingriff in ihre Autonomie in einem ganz persönlichen Bereich.

Definitionen zum Begriff "Sterbehilfe" und rechtliche Grundlagen

Der Begriff Sterbehilfe umschreibt verschiedene Sachverhalte und wird leider nicht immer einheitlich verwendet. Auch ist der Sinngehalt der einzelnen Begriffe im Zusammenhang mit der Sterbehilfe nicht immer ohne weiteres ersichtlich. In der Berichterstattung in den Medien über den Stadtratsbeschluss zur Beihilfe zum Suizid wurden des öfteren falsche Begriffe verwendet, die ein irreführendes Bild vermitteln. Insbesondere wurden oft die "aktive Sterbehilfe" und die "Beihilfe zum Suizid" miteinander vermischt. Auch die Motionäre verwenden die Begriffe "aktive Sterbehilfe" und "indirekte aktive Sterbehilfe", obwohl die neue Regelung des Stadtrats weder zum einen noch zum anderen einen Bezug hat. Aus diesem Grund werden nachfolgend die einzelnen Definitionen noch einmal dargestellt und gleichzeitig deren strafrechtliche Einordnung beschrieben:

Direkte aktive Sterbehilfe

Direkte aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung (z. B. durch mechanische Einwirkung oder durch Injektion eines Giftes) zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Sie ist heute nach Art. 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 114 (Tötung auf Verlangen) oder Art. 113 (Totschlag) des Strafgesetzbuches strafbar.

Indirekte aktive Sterbehilfe

Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Diese Art der Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch nicht geregelt und gilt als zulässig.

Die Zulässigkeit wird aus der Behandlungspflicht des Arztes bzw. der Ärztin (Linderung von Leiden) abgeleitet. In diesem Sinne ist die indirekte aktive Sterbehilfe auch in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als zulässig anerkannt. Entscheidend ist die der Handlung zugrundeliegende Absicht, nämlich die Linderung unerträglichen Leidens und nicht die Beendigung des Lebens.

Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe kennzeichnet sich dadurch, dass keine Massnahmen getroffen werden, durch welche der Eintritt des Todes hinausgezögert werden könnte. Sie umfasst auch den Fall, dass bereits getroffene Vorkehren dieser Art (wie Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusionen, Haemodialyse, künstliche Ernährung) abgebrochen werden. Die passive Natur der Sterbehilfe ist dadurch charakterisiert, dass dem natürlichen Krankheitsgeschehen und Sterbeprozess freien Lauf gelassen wird. Die passive Sterbehilfe ist zulässig, wenn die Patientin bzw. der Patient über die Prognose der Krankheit im Bilde ist und selbst den Wunsch nach passiver Sterbehilfe äussert. Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten hat der Arzt bzw. die Ärztin auf Grund des mutmasslichen Willens der Patientin bzw. des Patienten zu entscheiden. Dabei sind - wenn immer möglich - die nächsten Bezugspersonen zu befragen, um Anhaltspunkte für die richtige Beurteilung jenes Willens zu erhalten.

Beihilfe zum Selbstmord

Von Beihilfe zum Selbstmord wird gesprochen, wenn jemand einen Menschen bei der Verwirklichung eines bereits gefassten Entschlusses zur Selbsttötung unterstützt. Das kann heissen, dass jemand (wie z. B. ein Beauftragter einer Sterbehilfeorganisation) einer Patientin/einem Patienten die nötigen Mittel verschafft und die erforderlichen Instruktionen erteilt, damit diese bzw. dieser sich selbst das Leben zu nehmen vermag, was denn auch tatsächlich

geschieht. Ein solches Vorgehen ist zurzeit nur strafbar, wenn die Hilfe aus selbstsüchtigen Beweggründen geleistet wird (Art. 115 StGB).

Nach den Richtlinien der SAMW über die Sterbehilfe ist jedoch die Beihilfe zum Suizid "kein Teil der ärztlichen Tätigkeit".

Wichtig ist festzuhalten, dass der Suizid nach der schweizerischen Rechtsordnung straflos ist.

Erwägungen

Es geht darum zu entscheiden, was wichtiger und schützenswerter ist: das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung, auch im Hinblick auf eine Selbsttötung samt der Inanspruchnahme der dazu nötigen Hilfe, oder aber ein Interesse der Öffentlichkeit oder anderer Bewohnerinnen und Bewohner der betreffenden Institutionen daran, dass in den Einrichtungen des GUD keine Beihilfe zur Selbsttötung vorkommt.

Die Entscheidung dieser Frage muss in Kenntnis der Pro- und Contra-Argumente erfolgen. So wird zum Beispiel argumentiert (wobei im Folgenden nur die wichtigsten und häufigsten Argumente aufgeführt werden),

dass die überwiegende Anzahl von Suizidhandlungen in allen Altersgruppen die Folge von depressiven Verstimmungen ist und dass 85 bis 95 Prozent aller vom Suizid Geretteter später und langfristig froh sind, weiterzuleben,

dass somit 5 bis 15 Prozent aller vom Suizid Geretteter nicht froh darüber sind, dass sie gerettet wurden,

dass die diesen Zahlen zugrundeliegenden Studien sich auf alle Altersgruppen beziehen, es sich in den Einrichtungen des GUD jedoch vor allem um Suizidwünsche von Betagten und insbesondere von terminal kranken Menschen handelt, weshalb die erwähnten Zahlen nicht direkt auf diese besondere Personengruppe übertragen werden können,

dass Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass Suizidhandlungen in einem speziellen Umfeld zur Nachahmung anregen können,

dass depressive Verstimmungen meistens vorübergehend sind und mit Medikamenten behandelt werden können,

dass die Palliativmedizin nach grossen Fortschritten in den letzten Jahren heute in vielen Fällen schwere Leidenszustände (z. B. Schmerzen, Atemnot) markant lindern kann und die Patientinnen und Patienten die Intensität der Schmerzbehandlung selber steuern können,

dass das Potenzial der Palliativmedizin und -pflege sowie der Hospizpflege in den Einrichtungen des GUD noch nicht ausgeschöpft ist und daher weiter gefördert werden sollte,

dass die Lebensverlängerung mit technischen Mitteln um jeden Preis, auch gegen den Willen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, in den städtischen Institutionen nicht mehr vorkommt, sondern dass passive Sterbehilfe (Sterbenlassen) durch Verzicht auf lebensverlängernde medizinisch-pflegerische Massnahmen auf Wunsch der Betroffenen in verschiedenen städtischen Institutionen bereits gängige Praxis ist, jedoch noch weiter gefördert werden sollte,

dass den meisten Mitgliedern von Sterbehilfeorganisationen das Wissen um die Möglichkeit, ihr Leben kurzfristig beenden zu können, falls es unerträglich werden sollte, im Sinne einer Versicherung das zentrale Anliegen ist, und dass nur eine Minderheit diese Möglichkeit auch in die Tat umsetzen wird,

dass das Wissen um die Suizidbeihilfe oft sogar suizidpräventiv sein und die Therapiebereitschaft fördern kann,

dass häufiges auslösendes Moment für den Wunsch nach Beihilfe zum Suizid nicht unbeherrschbare Schmerzen oder ähnliche Gründe sind, sondern die Kränkung, nicht mehr selbständig zu sein und auch in der Privatsphäre auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein (Würdeverlust),

dass das Selbstbestimmungsrecht des urteilsfähigen Menschen in unserer individualistisch geprägten Gesellschaft stark gewichtet wird und dass dieses Recht ein wichtiges Element der individuellen Entfaltung darstellt,

dass dieses Selbstbestimmungsrecht beinhaltet, den einzelnen Menschen als autonomes Individuum zu respektieren, seine Entscheide, die auf persönlichen Wertvorstellungen und auf dem jeweils individuellen Wissen beruhen, anzuerkennen und dies im Leben und im Sterben des betreffenden Menschen gültig sein soll und insbesondere auch die Wahl beinhaltet, wie er sterben möchte,

dass die Pensionärinnen und Pensionäre in den Altersheimen bzw. die Mieterinnen und Mieter in den Alterssiedlungen u. a. diese Wohnform wählen, um einerseits von den gebotenen pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Dienstleistungen zu profitieren, andererseits aber um mit einem möglichst hohen Grad an Autonomie ihr Alter zu verbringen,

dass die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts dieser Personen im Sinne eines Verbots des Beizugs von Sterbehilfeorganisationen rechtlich zumindest fraglich bzw. im Falle der Alterswohnungen rechtlich überhaupt unzulässig ist,

dass die Mitarbeitenden des Gesundheits- und Umweltdepartements bei Selbsttötungen in schwere Gewissensnot kommen können und Teams aufgrund unterschiedlicher Lebensauffassungen dadurch gespalten werden können,

dass Sterbehilfeorganisationen in der Vergangenheit nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt die Urteilsfähigkeit der Suizidwilligen und mögliche Hilfeleistungen um das Leben wieder lebenswert zu gestalten, abgeklärt haben,

dass gesellschaftliche Bedingungen, die den Tod und die menschliche Endlichkeit tabuisieren und die Allmacht der modernen Medizin verbreiten, gute Sterbevorbereitung und -begleitung behindern und Gewaltausbrüchen Vorschub leisten,

dass die Lebens- und Betreuungsumstände in den verschiedenen Institutionen des GUD (Spitäler, Krankenhäuser, Altersheime) aufgrund ihres Auftrages sehr unterschiedlich sind.

Gutachten

Das Gesundheits- und Umweltdepartement hat zur Frage der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in den verschiedenen Institutionen des GUD drei Gutachten in Auftrag gegeben, deren wesentliche Schlussfolgerungen nachfolgend kurz wiedergegeben werden.

Das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Tobias Jaag kommt zum Schluss, dass das dem einzelnen Menschen zukommende Recht auf Selbstbestimmung das Recht umfasse, den Freitod zu wählen. Diese grundrechtlich geschützte Entscheidungsfreiheit setze aber voraus, dass die betroffene Person in der Lage sei, ihren Willen frei zu bilden und danach zu handeln. Das ebenfalls verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Leben stehe dem nicht entgegen, denn der Staat sei nicht gehalten, das Leben gegen den ausdrücklichen Willen seines Trägers oder seiner Trägerin zu schützen. Das Recht auf Leben verpflichte den Staat jedoch, sicherzustellen, dass eine Person nicht gegen ihren eigentlichen Willen zum Suizid verleitet werde, sondern dieser dem freien Willen der betroffenen Person entspreche.

Eine Pflicht der Stadt, die Beihilfe zur Selbsttötung zu verbieten, bestehe nicht. Die Verfassungsmässigkeit des zurzeit geltenden Verbots der Durchführung von Freitodbegleitungen in den städtischen Einrichtungen hält Prof. Dr. Tobias Jaag - aus Sicht der Stadt zu Recht - für zweifelhaft. Zwar habe der Staat ein gewichtiges öffentliches Interesse am Schutz von Leben, und er sei daher berechtigt und verpflichtet, Massnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, dass eine kranke oder alte Person nicht entgegen ihrem eigentlichen Willen zum Suizid verleitet wird. Dieses Ziel lasse sich aber auch durch andere, mildere Massnahmen erreichen als durch ein generelles Zutrittsverbot für Angehörige von Sterbehilfeorganisationen.

Das theologisch-sozialethische Gutachten von Prof. Dr. Werner Kramer nimmt eine je nach Institution unterschiedliche Gewichtung der Kriterien "Selbstbestimmung" und "Schutz des Lebens" vor. Demnach unterstehe es dem selbstbestimmten Entscheid der Bewohnerinnen und Bewohner von städtischen Altersheimen, Kontakt mit Sterbehilfeorganisationen aufzunehmen und ihnen zur sogenannten Freitodhilfe Zutritt zu ihrem Wohnbereich zu gewähren. Aufgrund des Auftrags der Institution Altersheim erwachse ihrer Leitung weder Recht noch Pflicht, dieses Selbstbestimmungsrecht zu beschneiden.

An den Spitälern hingegen seien Sterbehilfeorganisationen nicht zuzulassen. Der Auftrag des Spitals sowie Vorhandensein und Einsatz der fachlich kompetenten Personen und konkreten Mittel zur Umsetzung dieses Auftrags machten es sozialethisch unmöglich, in der gleichen Institution der Beihilfe zur Selbsttötung durch Aussenstehende Raum zu geben.

Im Krankenhaus sei die Dilemmasituation am ausgeprägtesten und die Güterabwägung am schwierigsten. In Berücksichtigung, dass für Einzelfälle, bei denen trotz grosser körperlicher Hinfälligkeit die geistige Urteilsfähigkeit noch vorhanden sei, eine seelsorgerliche Betrachtungsweise angemessener sei als die ethische, neigt Prof. Dr. Werner Kramer dazu, die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in Krankenhäusern nicht zu untersagen.

Das ethische Gutachten von Prof. Dr. Hans Ruh befürwortet eine prinzipielle Lockerung der Regelungen zur Beihilfe zum Suizid, da dadurch ein Schritt vom bisherigen Paternalismus hin zur Selbstbestimmung gemacht werde. In den Spitälern sei ein Verbot allenfalls vertretbar, da die Patientinnen und Patienten in der Regel nur vorübergehend hospitalisiert würden.

Ein Verbot in den Kranken- und Altersheimen erachtet er hingegen nicht als vertretbar, da damit Menschen gezwungen würden, ihr Zuhause zu verlassen, um ihr Selbstbestimmungsrecht zu vollziehen. Dies würde einen massiven Eingriff in das Recht des Einzelnen darstellen, mit Würde und soweit als möglich selbstbestimmt zu sterben.

Die drei Gutachten sind im Internet unter http://www.stadt-zuerich.ch/kap01/medienmitteilungen/ok_tober_2000.htm

im vollen Wortlaut abrufbar.

Ausstellung von Natrium-Pentobarbital, Haltungen des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich sowie des Kantonsarztes des Kantons Zürich

Bei Suizidbegleitungen durch Sterbehilfeorganisationen wird ein Rezept für Natrium-Pentobarbital in tödlicher Dosis ausgestellt. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat in einem Entscheid vom 15. Juli 1999 festgehalten, unter welchen Voraussetzungen ein Rezept für ein solches Mittel von einer Ärztin bzw. einem Arzt ausgestellt werden kann. Es hat dazu insbesondere festgehalten, dass der Selbsttötungswunsch eines Patienten für einen Arzt bzw. eine Ärztin nur dann massgebend sein kann, wenn sich dieser bzw. diese von der Urteilsfähigkeit der betroffenen Person überzeugt hat. Liegen geistige Beeinträchtigungen vor, besteht insbesondere eine eigentliche Geisteskrankheit, so ist Vorsicht am Platz. Ausserdem wird eine nach den Regeln der Kunst vorgenommene Untersuchung und eine ebensolche Diagnose vorausgesetzt. Ausserdem muss sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt nicht nur über die Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person, sondern auch darüber Gewissheit verschaffen, dass im Sinne der Richtlinien der SAMW ein Leiden vorliegt, das unabwendbar zum Tod führt. Bei Geisteskranken kann hingegen - gemäss Verwaltungsgericht - schwerlich von einem bzw. einer Sterbenden im Sinne der SAMW- Richtlinien gesprochen werden.

Der Kantonsarzt des Kantons Zürich hat unter Bezugnahme auf diesen Entscheid die Ärzteschaft des Kantons Zürich darauf hingewiesen, dass für die Ausstellung eines Rezepts für Natrium-Pentobarbital einerseits die zum Tode führende Erkrankung gut dokumentiert und überprüft und andererseits die Urteilsfähigkeit in Bezug auf den Todeswunsch sorgfältig dokumentiert sein müsse. Dabei sei es äusserst fraglich, Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen als Sterbende zu bezeichnen. Die Nichterfüllung dieser Auflagen könne mit aufsichtsrechtlichen Sanktionen gemäss Gesundheitsgesetz geahndet werden.

Die neue Regelung betreffend Beihilfe zum Suizid in den Einrichtungen des GUD

In Berücksichtigung der erwähnten Argumente soll das absolute Verbot zur Beihilfe zum Suizid in den Institutionen des GUD teilweise gelockert werden.

Besuchsrecht:

Bisher war gemäss dem Wortlaut der Verfügung vom 14. Juli 1987 die "Durchführung von Selbsttötungsaktionen" sowie die "Unterstützung solcher Massnahmen" verboten. Obwohl diese Regelung kein Zutrittsverbot enthält, galt in der Praxis gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern von Sterbehilfeorganisationen ein faktisches Zutrittsverbot. Diese bisherige Einschränkung des Besuchsrechts entbehrt einer gesetzlichen Grundlage und wäre auch rechtlich kaum haltbar, weshalb das Zutrittsverbot für Sterbehilfeorganisationen zukünftig entfällt. Auf Wunsch können somit Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner aller Institutionen des GUD Vertreterinnen und Vertreter von Sterbehilfeorganisationen empfangen, was jedoch nicht bedeutet, dass diese aus eigener Initiative in den verschiedenen Institutionen "Werbung" machen dürfen.

Stadtspitäler:

In den beiden Stadtspitalern soll es den Patientinnen und Patienten nach wie vor untersagt sein, mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation eine Selbsttötung durchzuführen. In diesem Fall wird das Interesse des Gemeinwesens daran, dass im Spital keine Selbsttötungen mit Hilfe von Sterbehilfeorganisationen durchgeführt werden, stärker gewichtet als das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten. Für die Situation in Spitalern ist typisch, dass sich die Patientinnen und Patienten in der Regel nur für eine relativ kurze Zeit im Spital aufhalten und ihnen ein Austritt bzw. die Rückkehr in ihr Zuhause zur Durchführung der Selbsttötung zugemutet werden kann.

Übrige Institutionen des GUD:

Für die übrigen Institutionen des GUD (ohne Stadtspitäler) soll in Bezug auf die Durchführung eines Suizids eine Regelung getroffen werden, die darauf abstellt, ob die suizidwillige Person ein eigenes Zuhause hat oder in der Institution wohnt. Besteht noch ein eigenes Zuhause, so erscheint der Zwang, zur Durchführung des Suizids die Institution zu verlassen, als zumutbar. Für Personen hingegen, die in einer Institution wohnen, erscheint dies nicht mehr zumutbar und soll daher die Durchführung des Suizids in der Institution möglich sein.

Allfällige Suizidwünsche werden somit zwar respektiert (als Entscheid des betroffenen Individuums), doch kann nicht jeder Wunsch nach Durchführung des Suizids in einer Institution des GUD unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation akzeptiert werden. Die Stadt Zürich als Trägerin der verschiedenen Institutionen ist nämlich verpflichtet, mit geeigneten Massnahmen sicherzustellen, dass ein allfälliger Entscheid über die Beendigung des Lebens auch tatsächlich dem freien Willen des Sterbewilligen entspricht. Insbesondere bei Vorliegen von Zweifeln muss abgeklärt werden, ob der Sterbewillige in Bezug auf die Selbsttötung urteilsfähig ist und in der Lage ist, seinen Entschluss frei zu bilden und gemäss seinem Willen zu handeln:

Hat das Betreuungsteam bei bekannt werden eines Wunsches nach Beizug einer Sterbehilfeorganisation Zweifel an der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person, wird Druck von Dritten vermutet oder sind andere Betreuungsmassnahmen angezeigt, so wird ein von der Institution unabhängiges Team (Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) prüfen, ob der Lebenswille der suizidwilligen Person mit geeigneten medizinischen, pflegerischen oder sozialen Massnahmen wieder gestärkt bzw. die Lebenssituation verbessert werden kann, ob sie gegebenenfalls betreffend der Selbsttötung urteilsfähig ist und ob sie von Dritten zum Suizid gedrängt wird. Dieses unabhängige Team konsultiert dabei insbesondere auch das betreuende Personal der suizidwilligen Person.

Die personelle Besetzung dieses unabhängigen Teams wird von der Leitung der Institution zusammen mit dem Departementssekretariat des GUD festgelegt.

Auch wenn keine Prüfung im vorstehend erwähnten Sinne notwendig ist, sucht die Leitung der Institution das Gespräch mit der suizidwilligen Person und empfiehlt ihr den Beizug einer unabhängigen Fachperson. Im Gespräch sollen die Möglichkeiten der palliativen Medizin und Pflege angesprochen sowie mögliche Verbesserungen der Betreuungs- und Pflegesituation diskutiert werden. Ziel ist es, Handlungsalternativen aufzuzeigen, wobei jedoch der Suizidwunsch der betreffenden Person grundsätzlich zu akzeptieren ist.

In keinem Fall darf Sterbehilfe bei psychisch erkrankten Personen erfolgen

Die Institutionen des GUD sorgen dafür, dass bei der Besprechung, Vorbereitung und allfälligen Durchführung eines Suizids die Privatsphäre der suizidwilligen Person gewährleistet ist und die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner oder andere Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt werden. Nach Durchführung eines Suizids ist eine angemessene Begleitung und Betreuung der zurückbleibenden Mitbewohnerinnen und -bewohner sowie der Angehörigen sicher zu stellen.

Wurde in einer Institution des GUD eine Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation durchgeführt, muss die Leitung der Institution sicherstellen, dass eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die Polizei oder Bezirksanwaltschaft erfolgt. In der Regel erstatten die Mitglieder der Sterbehilfeorganisationen jedoch von sich aus eine entsprechende Meldung.

Zusammenfassend läuft die neue Regelung darauf hinaus, dass der selbstbestimmte Entscheid einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners oder einer Patientin bzw. eines Patienten mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation sterben zu wollen, in allen Einrichtungen des GUD, mit Ausnahme der Stadtspitäler, grundsätzlich akzeptiert wird, sofern die betreffende Person kein eigenes Zuhause mehr hat oder in der Institution wohnt. Aufgrund ihrer Schutzpflichten nimmt die Institution jedoch je nach Fall die beschriebenen Abklärungen vor.

Die Institution übernimmt damit keine Kontrolle der Tätigkeit der Sterbehilfeorganisation bzw. der Ärztin oder des Arztes, die bzw. der das tödliche Mittel verschreibt. Es wird nur geprüft, ob die Institution aufgrund ihres Betreuungsauftrags verpflichtet ist, zu intervenieren.

Nachfolgend der genaue Wortlaut des Dispositivs der neuen Regelung:

1. Grundsätze

a) Stadtspitäler

Patientinnen und Patienten in den Stadtspitalern ist es untersagt, mit Hilfe von Sterbehilfeorganisationen eine Selbsttötung durchzuführen. Das Recht, Besuche zu empfangen, bleibt jedoch gewahrt.

b) Übrige Einrichtungen des GUD

Entschliesst sich eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner oder eine Patientin bzw. ein Patient in einer Einrichtung des Gesundheits- und Umweltdepartements zur Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation, so wird der selbstbestimmte, im Zustand der Urteilsfähigkeit gefasste Entscheid dieser Person akzeptiert und die Durchführung des Suizids in der Institution gestattet, sofern die betreffende Person in der Institution wohnt oder kein eigenes Zuhause mehr hat.

Aufgrund ihrer Schutzpflichten nimmt die betreffende Institution jedoch gewisse Abklärungen vor (vgl. Ziff. 2) um sicherzustellen, dass der Entscheid zur Selbsttötung in urteilsfähigem Zustand gefällt wird und nicht auf Druck Dritter oder auf nicht adäquate Betreuung zurückzuführen ist. Ausserdem darf keine Sterbehilfe bei psychisch Erkrankten erfolgen.

Verfügt die suizidwillige Person über ein eigenes Zuhause ausserhalb der Einrichtung des GUD, so muss sie für die Durchführung des Suizids die Institution verlassen.

2. Wahrnehmung der Schutzpflichten

Erfährt die Leitung einer Institution im voraus von einem geplanten Suizid unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation, so wird ein von der Institution unabhängiges Team (Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) beigezogen, wenn das Betreuungsteam Zweifel an der Urteilsfähigkeit der betreffenden Person hat, wenn es Druck von Dritten vermutet, wenn es andere Betreuungsmassnahmen für angezeigt hält oder wenn eine psychische Erkrankung vorliegt.

In jedem Fall sucht die Leitung der Institution mit der suizidwilligen Person das Gespräch und empfiehlt ihr den Beizug einer unabhängigen Fachperson.

Wurde in einer Institution des GUD eine Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation durchgeführt, so stellt die Leitung der Institution sicher, dass eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die Polizei oder Bezirksanwaltschaft erfolgt.

Nach Durchführung eines Suizids ist eine angemessene Begleitung und Betreuung der zurückbleibenden Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie der Angehörigen sicher zu stellen.

3. Personal

Dem Personal in den Einrichtungen des GUD ist es untersagt, an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation aktiv mitzuwirken (Mitwirkungsverbot). Die Begleitung der Sterbewilligen bzw. die Anwesenheit beim Suizid ist dem Personal freigestellt. Es kann dazu jedoch nicht verpflichtet werden.

Erfährt das Personal im voraus von einem geplanten Suizid unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation, so informiert es die Leitung der Einrichtung (Meldepflicht).

4. Aufhebung der Verfügung vom 14. Juli 1987

Die Verfügung Nr. 45 des Vorstehers des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes vom 14. Juli 1987 betreffend Selbsttötung, Mitwirkung von Sterbehilfe-Organisationen wird aufgehoben.

5. Inkrafttreten

Die neue Regelung tritt auf den 1. Januar 2001 in Kraft

6. Spitex-Organisationen

Den von der Stadt Zürich subventionierten Spitex-Organisationen (einschliesslich der Stiftung Alterswohnungen als Spitexorganisation) wird ein analoges Vorgehen im Sinne von Ziff. 2 und 3 dieser Verfügung empfohlen. Die Städtischen Gesundheitsdienste werden eingeladen, die Spitex-Organisationen entsprechend zu informieren.

7. Die Spitaldirektionen, das Amt für Altersheime und das Amt für Krankenhäuser werden eingeladen, das Dispositiv dieses Beschlusses in ihren Einrichtungen in geeigneter Weise zu publizieren.

B. Hinweise zur neuen Regelung und Auseinandersetzung mit der Kritik Motion Ruffy und Parlamentarische Initiative Cavalli

Eine Motion von Nationalrat Victor Ruffy vom 28. September 1994 und eine von Nationalrat Franco Cavalli am 27. September 2000 eingereichte Parlamentarische Initiative verlangen, dass unter bestimmten Voraussetzungen die aktive Sterbehilfe, d. h. die Fremdtötung einer Patientin oder eines Patienten zulässig sein soll. Der Bundesrat lehnt jedoch eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe im Sinne der Motion Ruffy ab, da mit einer Lockerung des Fremdtötungsverbot ein Tabu gebrochen würde, das in der christlichen Kultur der Schweiz verankert ist.

Während es somit bei der erwähnten Diskussion um die Frage geht, ob die Fremdtötung unter gewissen Voraussetzungen zulässig sein soll, war in der Stadt Zürich nur die Frage zu regeln, ob die Beihilfe zur Selbsttötung, die - wie erwähnt - straflos ist, in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements verhindert werden soll oder nicht. Diese beiden Fragestellungen gilt es deutlich auseinander zu halten.

Auseinandersetzung mit der Kritik an der neuen Regelung

Verstoss gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht?

Die Medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom 24. Februar 1995 betreffend die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten bestimmen unter Ziff. 2.2, dass Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Der Arzt soll sich jedoch bemühen, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.

Die Richtlinien der SAMW haben nicht die Verbindlichkeit staatlicher Gesetze. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat in einem Entscheid vom 15. Juli 1999 dazu ausgeführt, es sei fraglich, ob die erwähnten medizinisch-ethischen Richtlinien in diesem Bereich einen für die ärztliche Sorgfalt massgebenden Stand wiedergeben oder ob darin nicht vielmehr nur Leitlinien aufgezeigt werden, welche den Ärztinnen und Ärzten in den Grenzbereichen der Medizin und in bisher unbekanntem Situationen eher ethisch motivierte Empfehlungen abgeben.

Unabhängig davon, wie die Richtlinien der SAMW zu qualifizieren sind, hat der Stadtrat für das städtische Personal ein Mitwirkungsverbot erlassen. Dies bedeutet, dass es dem Personal untersagt ist, an der Vorbereitung oder Durch-

führung eines Suizids unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation aktiv mitzuwirken. Ein Verstoss gegen die ärztlichen Standespflichten kann daher in Bezug auf das städtische Personal ausgeschlossen werden.

Beihilfe zum Suizid als Vorstufe zur aktiven Sterbehilfe?

Verschiedene Gegner der neuen Regelung zur Beihilfe zum Suizid in den Einrichtungen des GUD argumentieren, die Zulassung der Beihilfe zum Suizid in den städtischen Heimen sei nur eine Vorstufe zur aktiven Sterbehilfe. Diese Argumentation verkennt, dass die heutige schweizerische Rechtsordnung zwischen der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe eine klare Trennlinie zieht. Die Beihilfe zum Suizid ist grundsätzlich straflos, während die aktive Sterbehilfe - je nach Tatbestand - mit bis zu lebenslänglichem Zuchthaus bedroht wird. Es ist davon auszugehen, dass diese Wertung einem gesamtgesellschaftlichen Konsens entspricht und daher auch aus ethischer Sicht die Beihilfe zum Suizid und die aktive Sterbehilfe nicht gleichgesetzt werden können.

Ethische Haltungen zum Suizid

In kritischen Meinungsäusserungen zur neuen Regelung kommt häufig zum Ausdruck, dass sich die eigentliche Kritik nicht gegen die Zulassung des begleiteten Suizids in den städtischen Heimen richtet, sondern gegen den Suizid an und für sich.

Viele Menschen lehnen den Suizid - zumeist aus religiösen Gründen - kategorisch ab und können daher nicht verstehen, dass dies nun in den städtischen Heimen "möglich" sein soll.

Der moderne Staat stellt aber eine pluralistische Demokratie mit zunehmend unterschiedlichen (und zum Teil auch widersprüchlichen) Welt- und Menschenbildern dar, die nebeneinander existieren - und dies der grossen liberalen Tradition der Schweiz folgend auch gleichberechtigt tun sollen. Der einzelne Mensch hat ein durch die Bundesverfassung garantiertes Recht, das ihm zusagende Lebenskonzept frei zu wählen - und dann auch in aller Konsequenz zu verwirklichen, zu leben (Art. 15 BV, Glaubens- und Gewissensfreiheit).

Die Schweiz ist - ausgehend vom Gedankengut der Aufklärung und der liberalen Staatsidee des 19. Jahrhunderts - ein religiös neutraler Staat, woran auch die Anrufung Gottes in der Präambel der Verfassung nichts ändert, welche aber auf das christliche Fundament der Gesellschaft hinweist. Im Schweizer Volk ist dieses Gedankengut tief verwurzelt und hat sich vorbehaltlos in der neuen Bundesverfassung bestätigt. Das Christentum wird aber nicht von allen Menschen in diesem Staat - soweit es für sie überhaupt von Bedeutung ist - gleich empfunden und gelebt. Hierauf ist noch einzugehen.

Dieses entscheidende liberale Element des schweizerischen Rechtsstaates wird bei der Kritik an der neuen Regelung des Zürcher Stadtrates häufig ausser Acht gelassen. Bedeutsam ist, dass in der heutigen Gesellschaft die Meinungen von katholischen und evangelischen Theologinnen und Theologen - wie auch von Sozialethikern und -ethikerinnen und der übrigen Bevölkerung - zu diesem komplexen Problemkreis ausgesprochen weit auseinandergehen. Dies gilt in der heutigen Zeit jedoch ganz generell für weltanschaulich wichtige Fragestellungen. Anders als z. B. noch in der Zeit vor dem 2. Weltkrieg werden Dogmen und Werthaltungen von Amtskirchen oder von anderen gesellschaftlichen Autoritäten weder vom einzelnen Menschen als Betroffenen noch von Fachleuten wie Theologen, Theologinnen, Philosophen, Philosophinnen ohne Weiteres oder gar vorbehaltlos akzeptiert oder als verbindlich hingenommen.

Stellvertretend für zahlreiche Autorinnen und Autoren, die ein typisches Spektrum von Meinungen und Haltungen zum Sterben im Allgemeinen und zur Sterbe-

hilfe im Besonderen vertreten, wird - ohne Anspruch auf Vollständigkeit verwiesen auf:

Matthias Mettner (Herausgeber), Wie menschenwürdig sterben?, Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung, Zürich 2000

Hans Giger, Reflexionen über Tod und Recht, Sterbehilfe im Fokus von Wissenschaft und Praxis, Zürich 2000

Walter Jens, Hans Küng, Menschenwürdig sterben Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1998

Peter Noll, Diktate über Sterben und Tod, Mit der Totenrede von Max Frisch, Zürich 1999

Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon, Judith Jarvis Thomson, Assisted Suicide: The Philosophers Brief, The New York Review, 27. Februar 1997.
(www.nybooks.com/nyrev/WWWarchdisplay.cgi?19970327041F)

Den Kritikerinnen und Kritikern, die die Beihilfe zum Suizid in den Altersheimen und Krankenhäusern strikt ablehnen, ist deutlich entgegen zu halten, dass Suizide eine gesellschaftliche Realität darstellen, die es zu akzeptieren und ernst zu nehmen gilt. Auch in den Stadtspitälern sowie den Alters- und Krankenhäusern kommt es immer wieder zu Suiziden, meist auf gewaltsame Art und Weise. Der Stadtrat massiert sich nicht an, diese Menschen moralisch zu verurteilen und kann nicht die Augen davor verschliessen, dass es suizidwillige Menschen mit ernsthaften Suizidwünschen in den städtischen Spitälern und Häusern gibt.

Die Selbsttötung und die Beihilfe zur Selbsttötung sind gemäss schweizerischer Rechtsordnung nicht strafbar. Gerade in einem Rechtsstaat ist es bei gesellschaftlich kontroversen Themen eminent wichtig, im Rahmen der Rechtsordnung die Freiheit der einzelnen Menschen vorbehaltlos zu achten und in keiner Weise einzuschränken. Das Recht als einzig massgeblicher Massstab bestimmt für den Staat und seine Organe wie auch für die Individuen den Handlungsrahmen.

Daher gibt es keinen Grund einer Patientin in einem Krankenhaus oder einem Pensionär in einem Altersheim zu verbieten, was ihnen erlaubt wäre, wenn sie noch in ihrer eigenen Wohnung leben würden.

Selbstverständlich ist es religiösen Gemeinschaften und anderen Gruppen freigestellt, für ihre Mitglieder und ihre Anhängerschaft - ausgehend von ihrer Ethik - Regeln aufzustellen und zu propagieren, die über das vom Recht festgesetzte hinausgehen. Der Einzelne ist diesen aber nur soweit unterworfen, als er dies aus freien Stücken tut.

Gründe, die für die Möglichkeit des Suizids in Alters- und Krankenhäusern sprechen

Ältere Menschen Ernst nehmen und ihre eigenständigen Entscheidungen respektieren

Im "Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen" vom 13. Januar 1999 wird folgendes festgehalten: "Jedem Menschen steht Autonomie (Selbstbestimmung) zu. Damit kann jede medizinische Leistung durch den betroffenen Menschen abgelehnt werden. Niemand hat das Recht, einem anderen Menschen dessen Lebensentwurf vorzuschreiben. Paternalismus (Entscheidung über den betroffenen, kranken Menschen hinweg) ist abzulehnen."

Auch die "Senioren-Arbeitsgruppe für Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen" betont in ihren am 22. August 2000 den Medien vorgestellten Thesen, dass auch ältere Menschen mündige Patientinnen und Patienten sein sollen mit der Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.

In Bezug auf den Bereich des Sterbens führen die erwähnten Grundsätze dazu, dass jeder Mensch das Recht haben muss, persönlichste und intimste Entscheidungen selbst zu treffen, insoweit sie seine Würde und Autonomie tangieren. Dieses Recht umfasst auch die Möglichkeit, über Zeitpunkt und Art des eigenen Sterbens mitzubestimmen.

Wird jedoch den Menschen in den Alters- und Krankenheimen zugemutet, für die von ihnen gewählte Art des Sterbens (assistierter Suizid) ihr Zuhause zu verlassen, so werden sie nicht ernst genommen und wird ihnen letzten Endes die Fähigkeit abgesprochen, eigenverantwortlich zu entscheiden.

Menschenwürdiges Sterben

Jeder human gesinnte Mensch tritt für die Hochachtung vor dem Leben und die Unantastbarkeit der Würde ein. Was bedeutet dies nun aber im Zusammenhang mit der vorliegenden Fragestellung? Wie kann einem Menschen ein würdiger Tod ermöglicht werden? Weder Ärzte noch Juristinnen noch Ethiker noch Theologinnen sind allein aufgrund ihrer fachlichen oder moralischen Qualifikationen legitimiert, zu bestimmen, wann und unter welchen Umständen das Leben einer Patientin oder eines Patienten noch Wert und Würde hat. Grundsätzlich kann darüber nur der betroffene Mensch selbst befinden.

Die Freiheit, gegebenenfalls über den eigenen Tod bestimmen zu können, ist in der philosophischen Tradition zentraler Ausdruck der Willensfreiheit des Menschen und diese wiederum nach klassischer Auffassung die tragende Begründung, warum dem Menschen die besondere Menschenwürde zukommt. Die Entscheidungsfreiheit des Betroffenen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe ist daher auch durch den grundrechtlichen Anspruch auf Menschenwürde gewährleistet.

Dem sterbenden Menschen kommt also in letzter Konsequenz die Verantwortung für Art und Zeitpunkt seines Todes zu. Dazu gehört auch, dass er in bestimmten Situationen, z. B. bei schweren Leiden und Schmerzen, die in gewissen Fällen nur beschränkt gemildert werden können, sein Leben verkürzen darf, um dem - aus seiner persönlichen Sicht nicht mehr länger ertragbaren - Leiden zu entfliehen, wenn dies seinen weltanschaulichen Prinzipien entspricht oder er es mit seinem Glauben vereinbaren kann. Diesen letzten Entscheid eines Menschen zu akzeptieren und auch in einem Alters- oder Krankenhaus zuzulassen, ist auch ein Akt der Barmherzigkeit.

Alters- und Krankenhäuser als Zuhause

Alters- und Krankenhäuser werden heute zurecht als neues Zuhause wahrgenommen und anerkannt, wenn ein älterer Mensch nicht mehr in seinem privaten Zuhause leben möchte. Für einen solchen Entscheid können gesundheitliche, soziale oder auch andere Gründe ausschlaggebend sein. Oft sind die Menschen in den Alters- und Krankheimen sehr selbständig und führen ein Leben wie sie es auch in ihrem privaten Zuhause geführt haben.

Es muss daher konsequenterweise auch am Lebensende dieser Menschen akzeptiert werden, dass das Alters- oder Krankenhaus zu ihrem Zuhause geworden ist und dass sie in ihrem Zuhause sterben möchten, auch wenn dies in der Form eines assistierten Suizids geschieht.

Thema Suizid darf nicht tabuisiert werden

Das Sterben stellt ein einsames, persönlichkeitsgebundenes, nicht teilbares Erlebnis dar. Niemand weiss, wann und wie sein Tod erfolgen wird - und jeder

Mensch stirbt in einem letzten Alleinsein seinen ureigenen Tod. Sterben und Tod als Schicksal, das jedem Menschen unausweichlich bevorsteht, dürfen kein Tabuthema sein. Leider wird das Sterben von der Gesellschaft oft bewusst oder unbewusst verdrängt. Sterben kann mit körperlichen Leiden (Schmerz, extreme Müdigkeit, progrediente Atemnot sowie nicht behebbare Übelkeit mit Erbrechen) wie mit seelischen Leiden (Furcht vor in die Invalidität und den allmählichen Verfall führenden Entwicklungen, vor der Abhängigkeit von Drittpersonen und anderweitigen psychischen Veränderungen mit Zerstörung jeglichen positiven Lebensgefühls) verbunden sein. In solchen Situationen - in denen auch die Palliativmedizin nicht mehr weiterhelfen kann - können Suizidwünsche entstehen.

Es ist eine Realität, dass auch Patientinnen und Patienten in den Stadtspitälern und Krankenheimen sowie Pensionärinnen und Pensionäre in den Altersheimen Suizidwünsche haben und Suizid - oft gewaltsam - begehen. Davor darf man die Augen nicht verschliessen. Dem Stadtrat war es daher mit der neuen Regelung nicht nur ein Anliegen, dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen in den Alters- und Krankenheimen Genüge zu tun, sondern auch einen Beitrag zu leisten zur Enttabuisierung des Sterbens und insbesondere des Suizids.

Bessere Suizidprävention im Heim als im privaten Zuhause

In den Institutionen des Gesundheits- und Umweltdepartements wird bei bekannt werden eines Suizidwunsches ein unabhängiges Team (Ärztin/Arzt, Pflegefachperson) beigezogen, wenn das Betreuungsteam der suizidwilligen Person Zweifel an deren Urteilsfähigkeit hat, Druck von Seiten Dritter vermutet oder andere Betreuungsmassnahmen für angezeigt hält oder wenn eine psychische Erkrankung vorliegt. Weiter sucht die Leitung der Institution in jedem Fall das Gespräch mit der suizidwilligen Person und empfiehlt ihr den Beizug einer unabhängigen Fachperson.

Mit diesem Vorgehen wird alles getan, um suizidwillige Personen optimal zu betreuen, sei es durch palliativmedizinische Massnahmen oder durch Gespräche und Beratungen mit unabhängigen Fachpersonen (z. B. Seelsorger und Seelsorgerinnen, Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Altersbetreuerinnen und Altersbetreuer). Bleibt der Suizidwunsch der betreffenden Person jedoch trotzdem bestehen und ist sie als urteilsfähig zu betrachten, so wird sie an der Durchführung des Suizids im Altersheim oder Krankenhaus nicht gehindert.

Beschliesst eine Person in einer privaten Wohnung, mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation Suizid zu begehen, so kommen die erwähnten Massnahmen alle nicht zum Zug. Hier entscheiden nur die zugezogene Sterbehilfeorganisation und die Ärztin oder der Arzt, die bzw. der das Medikament in tödlicher Dosis verschreibt, ob der Suizid durchgeführt werden kann.

In den städtischen Altersheimen und Krankenheimen ist demnach eine wesentlich bessere Betreuung und Suizidprävention möglich als bei suizidwilligen Personen, die in Privatwohnungen leben.

Suizid als letzter Ausweg

Der Suizid ist nur der allerletzte Ausweg. Die Institutionen des Gesundheits- und Umweltdepartements bemühen sich intensiv, den Patientinnen und Patienten sowie den Bewohnerinnen und Bewohnern ein würdiges Sterben zu ermöglichen und schwere Leidenszustände wie Schmerzen und Atemnot durch die Mittel der Palliativpflege und -medizin markant zu lindern. Auch die passive Sterbehilfe, d.h. die Möglichkeit auf Massnahmen zu verzichten, die den Eintritt des Todes hinauszögern, trägt dazu bei, ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Dennoch gibt es Menschen, die trotz Palliativmedizin und den Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe für sich entscheiden, dass sie ihrem Leiden und damit auch ihrem Leben selbst ein Ende setzen möchten, und zwar dort wo sie Zuhause sind,

nämlich im Altersheim oder Krankenhaus. Diesen Entscheid, dem in der Regel eine intensive Auseinandersetzung mit dem Sterben vorausgeht, gilt es in einem liberalen, pluralistischen und religiös neutralen Staat zu akzeptieren.

C. Motionsfähigkeit

Die vorliegende Motion beauftragt den Stadtrat, den StRB Nr. 1778 vom 25. Oktober 2000 betreffend Wunsch nach Suizid in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements aufzuheben. Mit dem Instrument einer Motion kann jedoch der Stadtrat nicht beauftragt werden, einen Beschluss, den er in eigener Kompetenz gefasst hat, wieder aufzuheben. Es kann nur die Vorlage eines Entwurfes für den Erlass, die Änderung oder Aufhebung eines Beschlusses in der Zuständigkeit der Gemeinde oder des Gemeinderates verlangt werden (Art. 90 GeschO GR). Die Motion ist daher mit dem im Motionsbegehren enthaltenen Antrag nicht motionsfähig.

D. Anträge

Aus den vorstehend dargestellten Gründen lehnt es der Stadtrat ab, die Motion von Placid Maissen entgegenzunehmen.

Ebenso lehnt der Stadtrat das von der CVP-Fraktion am 6. Dezember 2000 eingereichte Postulat GR Nr. 2000/592 betr. Regelung der Sterbehilfe, Verzicht, ab.

Der Stadtrat wird jedoch die Anwendung und die Auswirkungen der neuen Regelung genau beobachten und darüber dem Gemeinderat Bericht erstatten. Aus diesem Grund ist der Stadtrat bereit, das Postulat GR Nr. 2000/540 von Dr. Regula Enderlin Cavigelli und Silvia Seiz-Gut vom 8. November 2000 betr. Spitäler und Heime, Bericht über die Anzahl der Suizide, entgegenzunehmen.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Im Namen des Stadtrates
der Stadtpräsident
Josef Estermann
Der Stadtschreiber
Martin Brunner