

**Projekttag «Doctors and Death»  
Université de Fribourg, 5. April 2014**

---

**«Die umfassende und ergebnisoffene Beratung von  
DIGNITAS zur Wahrung der Lebensqualität»**

Silvan Luley

**Einleitung**

«Man erlebt nicht das, was man erlebt, sondern wie man es erlebt». Dieses Zitat von Wilhelm Raabe unterstreicht die subjektive Wahrnehmung, die jedes Leben zu dem ganz individuellen Akt macht, der es ist. Aufgaben rund um die Gesundheit haben es an sich, dass Menschen mit Menschen in Kontakt kommen, deren Lebensqualität aus irgendeinem Grund reduziert ist oder als solche wahrgenommen wird. Gerade diese individuelle Perspektive darf von jemandem in beratender Funktion nicht ausgeblendet werden, im Gegenteil: Sie muss Ausgangspunkt der Beratung sein. Lebensqualität, der subjektive Grad des Wohlbefindens, ob wir uns also wohlfühlen, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Gesundheit ist einer davon, meines Erachtens gar der Wichtigste. Die World Health Organization WHO hält dazu in ihrer Verfassung von 1949, die zuletzt 2006 überarbeitet wurde, fest:

«Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.»

Und gleich anschliessend:

«The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.»

Wir unternehmen täglich grosse Anstrengungen für das eigene soziale, physische und mentale Wohlbefinden. Wir konsumieren Nahrungsergänzungsprodukte, pflegen unsere Haut mit Cremes, treiben Sport, essen bio

und vegan, buchen Termine für eine Supervision, lassen unser Äusseres beim plastischen Chirurgen verschönern, gehen in die Wellness-Ferien, usw.

Doch, wie gut es uns auch geht und wie sehr wir uns anstrengen, gesünder und länger zu leben: irgendwann kommt es zum Lebensende. Auch im abschliessenden Lebensabschnitt ist dessen Qualität enorm wichtig.

Medizinisch geschulte Fachpersonen – Ärzte, Pfleger, Therapeuten, usw. – begleiten uns von der Geburt bis zum Tod. Ihnen kommt eine besondere Rolle beim Erhalt von Lebensqualität zu, denn sie verfügen nicht nur über entsprechendes Fachwissen, sondern diejenige, welche sich an sie wenden, bringen ihnen auch einen erheblichen Vertrauensvorschuss entgegen. Lebensqualität und Selbstbestimmung, auch in „letzten Dingen“, werden in der Öffentlichkeit breit diskutiert. Jedoch wird von Fachpersonen oft ein tiefer Graben zwischen verschiedenen Ansätzen der Hilfe dargestellt, als ob es nur *eine* Lösung für eine spezifische Lebens- und Krankheitssituation gäbe. Dieser unnötige und sinnlose Graben muss überwunden werden, zum Wohle der Menschen, welche Hilfe suchen.

## Wer oder was ist DIGNITAS?

DIGNITAS ist ein Verein Schweizerischen Zivilrechts, eine Non-profit-Organisation, gegründet am 17. Mai 1998 auf der Forch bei Zürich, von Ludwig A. Minelli, einem auf Menschenrechte spezialisierten Rechtsanwalt. Gemäss seinen Statuten hat DIGNITAS den Zweck, seinen Mitgliedern ein menschenwürdiges Leben wie auch ein menschenwürdiges Sterben zu sichern und diese Werte auch weiteren Personen zugute kommen zu lassen. Dies widerspiegelt sich im vollen Namen und dem Logo des Vereins: DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben. Wie man sieht, kommt die Würde des Menschen und das Leben an erster Stelle. Es ist stets das erste und wichtigste Ziel von DIGNITAS, nach Wegen zu suchen, welche die Lebensqualität wieder herstellen, so dass die betroffene Person weiterleben mag. Gleichzeitig, falls Lösungen zum Leben hin nicht möglich erscheinen, wird die Option der menschenwürdigen Leidens- und Lebensbeendigung erwogen.

Nach rund 16 Jahren Arbeit zählt DIGNITAS heute zusammen mit seiner am 26. September 2005 in Hannover gegründeten Partnerorganisation DIGNITAS-Deutschland fast 7'000 Mitglieder verteilt auf 70 Ländern rund um den Erdball. Bei DIGNITAS arbeiten 20 Personen, die meisten Teilzeit, im Vorstand, im Büro und im Team der Betreuer/Begleiter.

Ein Drittel der täglichen telefonischen Beratungen von DIGNITAS erfolgen für Nicht-Mitglieder. DIGNITAS betreibt ausserdem ein kostenloses Internet-Forum, mit über 3'000 registrierten Usern. Es ist als Selbsthilfegruppe aufgebaut und wird betreut durch einen professionellen Mediator sowie zwei Informatik-Techniker. Schliesslich prüft DIGNITAS Gesuche um Vorbereitung einer Freitodbegleitung jener Personen, welche die relevanten Dokumente inklusive einem medizinischen Dossier einsenden und versucht, ein «provisorisches grünes Licht» eines Schweizer Arztes für eine solche Begleitung bei DIGNITAS zu erlangen. Das ist die letzte „Notausgangstüre“ welche verhindert, dass jemand einen riskanten und einsamen Suizid versuchen muss.

DIGNITAS beschränkt seine Dienste nicht auf in der Schweiz wohnhafte Personen. Wo liegt der Unterschied zwischen einem metastasierenden Pankreaskrebs in Rheinfelden und einem solchen in Badisch-Rheinfelden, wenige Meter entfernt auf der anderen Seite der Rhein-Grenze? Können wir ernsthaft dem Patienten in Rheinfelden ein «dir helfen wir» und dem Deutschen ein «sie wohnen im falschen Land» mitteilen? Der barmherzige Samariter hat auch nicht nach der Stammeszugehörigkeit gefragt, bevor er dem Schwerverletzten am Wegesrand half. DIGNITAS überwindet Grenzen so weit als möglich.

### **Die Philosophie von DIGNITAS**

Ausgangspunkt der Prinzipien, welche die Tätigkeit von DIGNITAS lenken, ist die liberale Haltung, dass im freiheitlichen Staat dem Privaten jegliche Freiheit zusteht, solange deren Inanspruchnahme keine öffentlichen Interessen und keine berechtigten Interessen Dritter schädigt. Diese Werte sind:

- der Respekt vor dieser Freiheit und der Selbstbestimmung des Einzelnen;
- die Verteidigung von Freiheit und Selbstbestimmung gegen Dritte, welche diese aus irgendwelchen Gründen, seien sie weltanschaulich, religiös oder politisch, einzuengen versuchen;
- die Menschlichkeit, um unmenschliche Leiden wenn möglich zu verhindern oder zu lindern;
- die Solidarität gegenüber den Schwächeren, insbesondere auch im Kampf gegen entgegenstehende materielle Interessen Dritter;
- die Verteidigung der Pluralität als Garant für die stete Weiterentwicklung der Gesellschaft aufgrund des freien Wettbewerbs der Ideen.

Menschen sind nicht Eigentum des Staates. Sie haben menschlichen Würde, und diese kommt am deutlichsten dort zum Ausdruck, wo ein Mensch sein Schicksal selbst bestimmt. Es kann demnach nicht in Frage kommen, dass der Staat oder einzelne seiner Behörden oder Instanzen das Schicksal des Citoyens bestimmen. So wie der britische Philosoph und Ökonom John Stuart Mill sagte: «Über sich selbst, über seinen eigenen Körper und Geist ist der einzelne souveräner Herrscher».

Die Freiheit der eigenen Lebensgestaltung beinhaltet auch das persönliche Urteil darüber, ob die eigene, erlebte Lebensqualität noch den eigenen Wertmassstäben entspricht. Die persönliche Gestaltung des eigenen Lebensendes ist ebenso in dieser Freiheit eingeschlossen. Zeit und Art des eigenen Lebensendes zu wählen ist ein grundlegendes Menschenrecht – dies hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte 2011 in einem Entscheid bestätigt.

Wozu also braucht es überhaupt eine Diskussion über „Doctors and Death“?

### **Sonnen- und Schattenseiten des Strebens nach mehr Lebensqualität**

Gemäss dem Bundesamt für Statistik hat sich zwischen 1970 und 2012 in der Schweiz die Lebenserwartung bei Frauen von 78,7 auf 84,7 und bei Männern von 70,1 auf 80,5 Jahre erhöht – sie nahm kontinuierlich fast jedes Jahr um ein paar Monate zu. Vom 65. Altersjahr an gerechnet, ist die Lebenserwartung seit 1970 bei Frauen um 5,9 Jahre und bei Männern um 6,6 Jahre gestiegen.

Tatsache ist, dass wir immer länger leben. Dafür gibt es viele Gründe: die Entwicklungen in der Medizin, der materielle Wohlstand, Bildung, verbesserte Hygiene, bewussterer Umgang mit der eigenen Gesundheit, usw.

Das ist zweifelsohne eine ganz wunderbare Sache. Wer will nicht gesund bleiben und dabei länger leben?

Mit materiellem Wohlstand und Bildung entwickelten sich auch Selbstbewusstsein und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung; zumindest in unseren Breitengraden können viele Menschen im Rahmen der gesetzlichen und sozialen Ordnung selbst bestimmen, wie sie ihr Leben gestalten – so wie sie es für richtig halten.

Und wenn es uns gut geht, dann kann es uns doch auch noch besser gehen? Wie einleitend erwähnt: wir tun viel, sehr viel, zur Steigerung unserer Lebensqualität. Die Medizin, die Pharma- und die Kosmetikindustrie helfen uns dabei. Forschung und Werbung zeigen uns immer neue Mög-

lichkeiten, was wir unserem Geist, unserem Körper und unserer Seele Gutes tun können.

Täglich werden wir mit dem Idealbild des schlanken, omnipotenten, braungebrannten und kerngesunden Menschen konfrontiert. Die Leistungsgesellschaft verlangt nach Eigenleistung zur Steigerung der Lebensqualität. Schief und rundlich ist „out“, die Nase will gerichtet, die Hautfalte geglättet sein.

Wir lassen uns vorgaukeln, dass gut aussehen und gesund sein die Norm ist – ein Idealbild, dem wir gerne nacheifern. Wir tun so, als ob wir ewig jung und fit leben können „Heroes don't die – they just fade away“. Leiden und Tod sind in unserer Wahrnehmung verblasst. Gestorben wird später und anderswo. Das Lebensende findet in Kliniken, Hospizen, Altersheimen und Palliativstationen statt. Das Leiden haben wir „outgesourct“ in Heime und Rehakliniken. Wegorganisiert, abgeschottet vom pulsierenden Leben, auf dass es die gut geölte Leistungsgesellschaft ja nicht beeinträchtigt.

Irgendwann holt uns die Realität ein, meist unvorbereitet: wir verunfallen, wir werden krank, wir werden alt, wir sind sterblich. Es scheint, als hätten wir vergessen, dass Leiden und Tod genauso wie Freude und Geburt Teil des Lebens sind, dass es Lebenskrisen, Unfallfolgen, Vereinsamung, schwere Krankheiten und Altersgebresten gibt. Plötzlich sind wir selber betroffen und angewiesen auf Hilfe.

Erneut sucht der Mensch nach Wegen, die eigene Lebensqualität wieder herzustellen, oder zumindest im Rahmen des Möglichen zu verbessern.

Dazu wendet sich der Betroffene an Fachpersonen und Institutionen.

## **Scheuklappen und Gräben**

Jeder kann nur für sich selber definieren, ob sein Leben über Lebensqualität verfügt, aufgrund seines persönlichen Wertmassstabes. Niemand kann beurteilen, ob des anderen Menschen Lebensqualität ausreichend ist. Der Gesunde kann nicht in die Haut eines Leidenden schlüpfen und dann beurteilen, ob dessen Leben Lebensqualität hat, auch nicht, ob es Sinn macht, dieses weiterzuführen oder nicht.

Der Mensch will wahr- und ernstgenommen werden und strebt wie bereits dargelegt nach Selbstverwirklichung. Der Mensch ist keine Maschine, bei der man einfach eine paar Teile ersetzen und ölen kann, sondern viel komplexer: er hat Emotionen.

Über die Qualität des eigenen Lebens zu urteilen ist Gefühlssache. Gefüh-

le leiten und begleiten das menschliche Leben konstant. Dazu gehören auch Schamgefühle. Mit anderen allgemein über persönliche Ansichten zur Lebensqualität und den Wert des eigenen Lebens zu sprechen ist eines – es ist aber etwas anderes, aufgrund einer bestimmten Situation zu sagen, das *eigene* Leben sei nicht mehr lebenswert. Und nochmals etwas anderes ist es, den Wunsch zu äussern es beenden zu wollen. Dazu kommt auch die Scham, auf Hilfe angewiesen zu sein.

Hilfebedürftige befinden sich in einem Wechselbad der Gefühle: Unterstützung vermittelt Geborgenheit und soziale Bestätigung, aber auch das Gefühl von Abhängigkeit. Sie wünschen sich möglichst grosse Eigenständigkeit, fühlen sich ohnmächtig aufgrund ihres Nicht-Könnens und haben Angst davor, jemandem zur Last zu fallen. Oft sind Wut, Trauer und Enttäuschung über die verlorenen Fähigkeiten oder nicht vorhandenen Möglichkeiten vorhanden. Schliesslich spielen auch hier Schamgefühle eine wichtige Rolle: Man schämt sich fürs Nicht-Können oder Nicht-Mehr-Können.

In dieser Situation suchen sie nach Informationen, um ihre Optionen abzuwägen und Sicherheit zu gewinnen.

Werden sie an diesem Punkt abgeholt? Ja, hoffentlich. Doch leider ist die Realität oft eine andere.

In den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie, Psychiatrie und Sozialwesen stelle ich immer wieder fest, dass das Bewusstsein um die Individualität und Komplexität des Einzelfalls fehlt oder ausgeblendet wird. Der Mensch wird nicht mehr als Subjekt, sondern als Objekt, als Fall angesehen. «Personalisierte Medizin» bedeutet nicht etwa, dass ein Arzt sich besonders empathisch um den Patienten kümmert, sondern bezieht sich gemäss der entsprechenden Publikation von TA-Swiss auf «informationstechnische Auswertung von genetischen und biochemischen Messgrössen sowie weiteren Körperdaten von Patienten».

Ein weiteres Problem ist das Expertentum: Spezialisten sind so auf ihr Fachgebiet fixiert, dass ihnen womöglich der Blick verloren gegangen ist für das, was für sie Nebenschauplätze sind. Die bekannte Therapie ist die einzig richtige!

Unter Umständen können auch ganz persönliche Elemente im Weg stehen: das Ego. Machtstreben, Mühe mit der Möglichkeit als Therapeut abgelehnt zu werden, ein Verständnis von Hilfe, welches unbewusst das eigene Bedürfnis demjenigen des Patienten voranstellt. Doch was will der Patient eigentlich?

Es gibt Palliativmediziner, welche betonen, dass eine ausreichende Palliative Care alle Leiden lindern könne und dass es mit einer ausreichenden Palliative Care keine weiteren Optionen brauche, schon gar nicht Freitodbegleitungen durch Organisationen. Der Präsident der Deutschen Bundesärztekammer ging sogar noch einen Schritt weiter und setzte sich erfolgreich für ein Verbot von ärztlich assistiertem Suizid in der Muster-Berufsordnung ein.

Gerne berufen sich solche Exponenten auf den „Schutz des Lebens“, abgeleitet vom Recht auf Leben, auf das „ärztliche Ethos“ oder auf „Richtlinien von Ethikkommissionen“.

Das Recht auf Leben bedeutet aber keine Pflicht zum Leben. Auch kann und darf man sich seiner fachlichen und menschlichen Verantwortung nicht entziehen, indem man das Denken und Entscheiden an eine Kommission delegiert.

Weshalb heben solche Fachpersonen Gräben aus zwischen verschiedenen Wahlmöglichkeiten bei der Hilfe im Zusammenhang mit schweren Leiden?

Ihre Motive sind vielschichtig und können monetäre, ideologische und machtstrebende Hintergründe haben. Gemeinsam ist solchen Fachleuten, dass sie mit Scheuklappen bewehrt ihren kleinen Schrebergarten pflegen. Dass ihr Gegenüber ein Mensch ist, haben sie genau so verdrängt wie sie den Inhalt der Genfer Deklaration des Weltärztebundes vergessen haben:

«Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen»

und weiter:

«selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.»

Ebenso vergessen haben sie, dass es weder *den* typischen Patienten, noch *die* richtige Lösung gibt.

## Die Folgen

Einige Patienten werden sich vom Arzt oder Therapeuten abwenden und auf die Suche nach einer anderen Fachperson machen – und im besten Fall die Behandlung finden, welche sie sich wünschen. Andere erleiden womöglich einen Behandlungsfehler und tragen zusätzlich an dessen Folgen. Allenfalls ermöglicht die Entwicklung in der Medizin einen neuen Lösungsweg. Bestimmt wird es in vielen Fällen glimpflich ausgehen.

Aber wenn nicht? Was geschieht bei einem Menschen im angeschlagenen körperlichen und/oder seelischen Zustand, der sich nicht abgeholt, nicht wahr- und ernstgenommen fühlt und in eine Abwärtsspirale aus Misserfolgen und schwindende Hoffnung auf Besserung gerät? Was, wenn sich der Zustand weiter reduziert, bis er am Boden eines tiefen Lochs sitzt und dann nur noch oben den Himmel sieht – und genau dort will er dann hin?

Die Schweizerische Bundesregierung hat am 9. Januar 2002 in ihrer Antwort auf eine Einfache Anfrage zu Suiziden und Suizidversuchen erklärt, dass die Zahl der versuchten Selbsttötungen 10 bis 50 mal höher liegt als diejenige der «erfolgreich» ausgeführten und damit amtlich erfassten Suizide. Im Jahr 2011 (zur Zeit die aktuellsten Zahlen) verstarben gemäss dem Bundesamt für Statistik 1'034 Personen durch Suizid. Das bedeutet, dass in der Schweiz in jenem Jahr bis zu 51'700 Suizidversuche unternommen wurden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass weltweit jährlich eine Million Menschen durch Suizid sterben. Die Zahl der Suizidversuche weltweit liegt somit bei bis zu 50 Millionen in einem einzigen Jahr.

Suizidversuche sind ganz offensichtlich ein grosses gesellschaftliches Problem. Was wird diesbezüglich in der Schweiz unternommen?

Der Bundesrat hat am 29. Juni 2011 entschieden, die organisierte Suizidhilfe nicht zu verbieten oder im Gesetz ausdrücklich zu regeln, sondern Palliative Care und Suizidprävention zu fördern.

Ein Schritt in die richtige Richtung, aber leider immer noch mit Scheuklappen bewehrt. Denn: Wieso nicht Palliativ Care und Suizidversuchsprävention?

## **Das Beratungs-Konzept von DIGNITAS**

Bei DIGNITAS geht es nicht in erster Linie um die Freitodbegleitung bei schwerer, irreversibler Krankheit. DIGNITAS ist nicht einfach eine „Sterbehilfeorganisation“. DIGNITAS ist in erster Linie eine Lebenshilfe- und eine Suizidversuchs-Präventions-Organisation. Ein Grossteil unserer Tätigkeit ist praktische und juristische Beratung für Ärzte, Kranke, Gesunde, Angehörige von Kranken, usw. – und natürlich auch von suizidalen Menschen, die sich an DIGNITAS wenden. Dabei geht es nicht primär um die Frage des „Wie Sterben“ sondern viel mehr um die Frage „Wie (Weiter-) Leben“. Wer das Logo von DIGNITAS genau betrachtet erkennt, dass es erst einmal um Würde geht, dies ist die Bedeutung des lateinische „dignitas“. In zweiter Linie geht es um ‚Menschenwürdig Leben‘ – und erst an

dritter und letzter Stelle um ‚Menschenwürdig Sterben‘.

Jeder kann mit uns in Kontakt treten, egal aus welchem Grund. Und – im Rahmen unserer Möglichkeiten – erhalten alle Beratung. Diese umfasst sowohl Aufklärung bezüglich Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, wie auch Hinweise auf Hilfe durch Kriseninterventions-Zentren für Personen in Lebenskrisen mit akuter Suizidgefahr, Hinweise auf Palliativpflege für terminal Kranke, Hinweise auf helfende Organisationen und Fachärzte, usw.

Wir versuchen stets zur individuellen Situation passend zu beraten. Gemeinsamer Nenner ist, dass wir 1.) den Menschen zuhören und sie ernst nehmen; 2.) offen und ehrlich mit ihnen sprechen, 3.) sie nicht „in die psychisch-krank-Ecke“ abschieben oder anderswie stigmatisieren, 4.) sachlich über Suizid und die hohen Risiken eines Selbstversuchs sprechen und 5.) ergebnisoffen in alle Richtungen beraten.

Was bedeutet das?

Zu 1.): das Leben schreibt die unglaublichsten Geschichten. Auch wenn die Erklärung des Leidens eines Hilfesuchenden absurd klingt, gilt es, ihn wahr- und ernst zu nehmen. Es ist seine Realität, und dort soll er abgeholt werden.

Zu 2.): Der Hilfesuchende nimmt ja gerade mit einer Fachperson Kontakt auf, weil er Fachwissen will und braucht. Beschönigungen und Verwässerungen sind kontraproduktiv. Die Enttäuschung, von einer Fachperson nicht ehrlich aufgeklärt worden zu sein, der man einen Vorschuss an Vertrauen entgegen gebracht hat, schmerzt umso mehr, wenn einem die Realität einholt, und sie untergräbt das Vertrauenkönnen nachhaltig.

Zu 3.): Leidensmüde = lebensmüde = suizidal = depressiv = psychisch krank? Diese Denkfolge ist ein weit verbreiteter Fehlschluss. Er wird angeheizt durch eine Psychiatrisierung in der Medizin, wie die jüngste Erweiterung im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 zeigt. Der Hilfesuchende wird unnötigerweise ‚klassiert‘, mit einem ‚Label‘ behaftet, für krank erklärt.

Zu 4.): Das Tabu, welches Suizid umgibt, führt zu grossem Leid. Verschweigen, bagatellisieren oder skandalisieren sind fehl am Platz, denn Suizid und Suizidversuche waren und sind Realität, eine menschliche Handlungsmöglichkeit.

Zu 5.): „informed consent“ enthält „informed“. In dem man mit dem Hilfesuchenden über alle möglichen Optionen in einer bestimmten Leidenssituation spricht, ohne seine Wahl vorweg nehmen zu wollen, befähigt man

ihn, über diese Möglichkeiten nachzudenken und respektiert ihn als Individuum.

Dieser Ansatz ist sowohl auf kerngesunde wie auch auf hilfeschende Personen mit somatischem wie auch auf solche mit seelischem Leiden anwendbar.

Die Suizidversuchsprävention ist das Dach über diesem umfassenden Beratungsansatz. Sie geht viel weiter als die von der Schweizer Regierung anvisierte Suizidprävention.

Der übliche Ansatz der Suizidprävention umfasst:

- Einengung des Zugangs zu Suizidmitteln,
- Absicherung von Orten, an welchen sich viele Suizide ereignet haben und
- Beschränkung der öffentlichen Wahrnehmung von Suiziden in den Medien und Abdrängung des Suizidgeschehens in das Private.

Die Suizidprävention befasst sich somit hauptsächlich mit der Reduktion der Anzahl Sterbefälle durch Suizid, also auf einen Fall weniger in der Statistik zielend. Dazu reicht es schon, wenn ein Suizidversuch scheitert. Ganz offensichtlich ist dies ein eher beschränkter, statistischer Ansatz, welcher – wenig überraschend – die Zahl der Suizidversuche nicht bedeutend verringert hat. Das Schlimmste dabei: Das Tabu rund um Suizid bleibt bestehen. Solange Suizidprävention von Personen und Gruppen betrieben wird, welche Individualität und Selbstbestimmung bezüglich des eigenen Lebensendes ablehnend gegenüber stehen, die erwähnten Scheuklappen tragen und Gräben ausheben, den Suizid rigoros ablehnen, wird sich daran kaum etwas ändern.

Ausgangspunkt einer erfolgreichen Beratung zur Steigerung der Lebensqualität ist der zuvor erwähnte liberale Ansatz, der Respekt dem Individuum gegenüber und das Akzeptieren eines Paradoxons: Sollen risikoreiche Suizidversuche mit ihren schweren Folgen verhindert werden, muss der Suizid als solcher grundsätzlich akzeptiert sein.

Wie vorne bereits erwähnt: Menschen, deren Lebensqualität sich nach deren eigenen Einschätzung so verschlechtert hat, dass sie keine Verbesserung mehr sehen, sitzen am Boden eines tiefen Lochs, und alles was sie oben sehen können, ist Himmel – und da wollen sie hin.

Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen, haben ihre Gründe dafür. Wird ihr Wunsch ernst genommen und unterstützt man sie dabei, aus diesem Loch heraus zu klettern, gewinnen sie wieder Weitsicht. Das bedeutet, dass man den Patienten dort abholen muss, wo er ist. Und das

wiederum verlangt, die Tür zu einem Gespräch ohne Moralisieren, ohne Tabu und ohne Paternalismus zu öffnen.

Dies führt zu einem Gesprächsklima, in welchem man die Gründe diskutieren kann, weshalb er oder sie nicht mehr wie zuvor weiterleben möchte. An sich will jeder Mensch weiterleben und eine zufriedenstellende Lebensqualität haben. Er wünscht sich zu sterben, weil er es sich nicht mehr vorstellen kann, in der gegebenen Situation weiterzuleben.

Es ist unsere Aufgabe, zusammen mit dem Hilfesuchenden, nach vernünftigen, erreichbaren Lösungen für sein Problem zu suchen – auch wenn die Lösung unter Umständen «Freitodbegleitung» bedeutet.

Erst dann handelt es sich um eine umfassende und ergebnisoffene Beratung.

Und dass wir nicht nur «darüber» *reden*, sondern die Option eines begleiteten Freitods unter Umständen auch tatsächlich ermöglichen, ist ein wichtiges Element von Authentizität, dessen Wert nicht unterschätzt werden darf.

## Schlussfolgerung

Gruppierungen wie DIGNITAS, Exit und weitere mehr sind die eigentlichen Lebensschutz-Organisationen, denn deren Arbeit zielt auf Optionen und Wahlfreiheit, es geht um Chancen und Perspektiven, um Respekt für den Menschen, um Verhinderung von unvorbereiteten, risikoreichen Suizidversuchen. Für viele mündige, selbstreflektierte Menschen ist das Gefühl unerträglich, nicht wahr- und ernstgenommen und einer Leidenssituation womöglich fremdbestimmt zu werden.

Das bedeutet, dass nicht einzelne Massnahmen, sondern ein ganzheitlicher Ansatz Not tut, welcher das, was der einzelne Mensch als Lebensqualität empfindet, in den Mittelpunkt stellt, dies respektiert, und ihn umfassend und ergebnisoffen berät.

Das bedeutet auch, dass das Eis des Tabus rund um das Thema Sterben und Suizid aufgebrochen werden muss. Suizid und Tod sind Realität, sie sind Teil des Lebens. Wir alle können aus was für Gründen auch immer einen Suizidversuch unternehmen und wir alle werden eines Tages sterben. Ablehnen und Verdrängen dieses Fakts schaffen ihn nicht aus der Welt.

In der Publikation «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» hält das Bundesamt für Gesundheit BAG mit Verweis auf den Bericht «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» des Bundesrates

vom Juni 2011 fest, dass «heute in der Gesellschaft in erster Linie Suizidhilfeorganisationen als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende wahrgenommen werden»

Überrascht Sie das noch?

Der Bericht fährt fort: «Andere Möglichkeiten, die ebenfalls dazu beitragen können, die Selbstbestimmung am Lebensende zu stärken – wie Palliative Care, Patientenverfügungen, das Erkennen und Behandeln von Depressionen – sind in der Bevölkerung wenig bekannt.»

Warum wohl?

Und schliesslich: «Das Wissen um diese Angebote ist aber eine wichtige Voraussetzung, um einen selbstbestimmten Entscheid treffen zu können. Deshalb sind in diesem Bereich vermehrt Anstrengungen erforderlich. Handlungsbedarf besteht vor allem auf den zwei Achsen „Information der Bevölkerung“ und „Information von Fachpersonen.»

Ich hoffe, dass ich dazu mit diesem Referat einen Beitrag habe leisten können – auch wenn es sicher nur ein kurzes Antippen einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe war.

-oOo-

Internet: [www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch) und [www.dignitas-deutschland.de](http://www.dignitas-deutschland.de)

E-Mail: [dignitas@dignitas.ch](mailto:dignitas@dignitas.ch)