DIGNITAS
Menschenwürdig leben
Menschenwürdig sterben

Seniorenbeirat Liechtenstein
Vaduz, 7. Oktober 2015

«lange leben & vorsorgen»

Silvan Luley

Einleitung

«In einer Zeit wachsender medizinischer Raffinesse kombiniert mit höherer Lebenserwartung machen sich viele Menschen Gedanken darüber, dass sie nicht gezwungen sein wollen, in hohem Alter oder in einem Zustand fortgeschrittenen körperlichen oder geistigen Zerfalls weiterzuleben, der starken persönlichen Vorstellungen des Selbst und der persönlichen Identität widerspricht.»

Dieses Zitat aus dem Urteil Nr. 2346/02, PRETTY v. The United Kingdom, 29. April 2002, des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte bringt eine der Herausforderungen unserer Zeit treffend auf den Punkt: Wir leben zwar immer länger und unter anderem dank der Errungenschaften der Medizin auch bei besserer Gesundheit – aber es kann ein Zeitpunkt kommen, an dem einem nur das Am-Leben-Sein nicht mehr genügt, weil die Lebensqualität nicht mehr den persönlichen Vorstellungen entspricht.

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. Diese haben eine ganz persönliche Meinung, wie sie diese Situation gestalten möchten. 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, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Gesundheit ist einer davon, meines

Erachtens gar der Wichtigste. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hält dazu in ihrer Verfassung von 1949, die zuletzt 2006 überarbeitet wurde, fest:

«Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloss das Fehlen einer Krankheit oder eines Gebrechens.»

Und gleich anschliessend:

«Der Genuss des höchsten erreichbaren Standards der Gesundheit ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Orientierung, wirtschaftlicher und sozialer Situation.»

Wir unternehmen täglich grosse Anstrengungen für das eigene soziale, physische und mentale Wohlbefinden. Wir kommunizieren mit Freunden, konsumieren Nahrungsergänzungsprodukte, pflegen unsere Haut mit Cremen, 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, ihnen wird von den Rat- und Hilfesuchenden auch ein erheblicher Vertrauensvorschuss entgegengebracht.

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. Die Würde des Menschen und das Leben stehen an erster Stelle. Es ist stets das erste und wichtigste Ziel von DIGNITAS, nach Wegen zu suchen, die Lebensqualität wieder herzustellen, so dass die betroffene Person wei-

terleben mag. Gleichzeitig, falls Lösungen zum Leben hin nicht möglich erscheinen, wird die Option der menschenwürdigen Leidens- und Lebensbeendigung erwogen. Im Fokus stehen dabei Selbstbestimmung, Freiheit der Wahl und ein ganzheitlicher Ansatz: eine Beratung, welche Palliativversorgung, Suizidversuchsprävention, Patientenverfügung und Freitodbegleitung umfasst.

Nach über 17 Jahren Arbeit zählt DIGNITAS heute zusammen mit seiner am 26. September 2005 in Hannover gegründeten Partnerorganisation DIGNITAS-Deutschland rund 7‘100 Mitglieder verteilt auf 70 Länder rund um den Erdball. Bei DIGNITAS arbeiten 20 Personen, fast alle 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“ die 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 Buchs-St. Gallen und einem solchen in Vaduz-Liechtenstein, wenige Meter entfernt auf der anderen Seite der Rhein-Grenze? Können wir ernsthaft dem Patienten in Buchs ein «Ihnen helfen wir» und dem Liechtensteiner 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.

Deshalb engagiert sich DIGNITAS international. Seit seiner Gründung hat sich DIGNITAS in diversen Gerichtsverfahren eingesetzt, welche Fragen rund um das „letzte Menschenrecht“ bis zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg gebracht haben. Zudem hat sich DIGNITAS mittels umfassenden Stellungnahmen an Vernehmlassungen für Gesetzgebungsverfahren beteiligt, zum Beispiel in England, Österreich, Schottland und Australien. Ziel von DIGNITAS ist, so rasch als möglich überflüssig zu werden: wenn nämlich ähnlich vernünftige Regelungen wie

in der Schweiz auch in anderen Ländern implementiert sind, braucht niemand mehr aus dem Ausland in die Schweiz, zu DIGNITAS, zu reisen.

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 menschliche 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».

Lange leben und das Streben nach mehr Lebensqualität

Wir geniessen glücklicherweise eine hohe Lebensqualität. Die meisten von uns mehr oder weniger gesund, gut sozial vernetzt, wir gehen einer befriedigenden Arbeit nach, geniessen freiheitliche und abwechslungsreiche Gestaltung aller Lebensbereiche, müssen uns wenig sorgen und leben in sicheren Ländern wie dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz.

Gemäss dem Amt für Statistik des Fürstentums Liechtenstein hat sich zwischen 1997 und 2013 die Lebenserwartung bei Frauen von 80,4 auf 83,9 und bei Männern von 71,9 auf 80,7 Jahre erhöht. Gehen wir weiter

zurück in die Vergangenheit, wofür wir jedoch Daten des Schweizerischen Bundesamt für Statistik verwenden müssen, so hat sich zwischen 1970 und 2013 in der Schweiz die Lebenserwartung bei Frauen von 76,1 auf 84,8 und bei Männern von 70,1 auf 80,5 Jahre erhöht – sie nahm kontinuierlich fast jedes Jahr um ein paar Monate zu.

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?

Einhergehend 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 – nämlich 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 unternehmen viel, sehr viel, zur Steigerung unserer Lebensqualität. Die Medizin, die Pharma- und die Kosmetikindustrie helfen uns dabei. Forschung und Werbung zeigen uns immer neue Möglichkeiten, was wir unserem Geist, unserem Körper und unserer Seele Gutes tun können.

Schattenseiten des Strebens nach mehr Lebensqualität…

Täglich werden wir mit dem Idealbild des schlanken, omnipotenten, beliebten und kerngesunden Menschen konfrontiert. Die Leistungsgesellschaft verlangt nach Eigeninitiative zur Steigerung der Lebensqualität.

Wir lassen uns vorgaukeln, dass gut aussehen, viele (auch wenn nur virtuelle) Freunde haben und gesund sein die Norm ist – ein Idealbild, dem wir gerne nacheifern. Wir tun so, als ob wir ewig jung und fit leben können. Krankheit, 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 „outgesourced“ in Heime und Rehakliniken. Wegorganisiert, abgeschottet vom pulsierenden Leben, auf dass es die gut geölte Leistungsgesellschaft nicht beeinträchtige.

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.

…die Schwierigkeiten für Hilfesuchende…

Jeder kann nur für sich selber definieren, ob sein Leben über Lebensqualität verfügt; entscheidend ist der persönliche Wertmassstab. 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 nach Selbstverwirklichung. Der Mensch ist keine Maschine, bei der man einfach eine paar Teile ersetzen und ölen kann, sondern viel komplexer, denn er hat Emotionen.

Über die Qualität des eigenen Lebens zu urteilen ist Gefühlssache. Gefühle leiten und begleiten das menschliche Leben konstant. Dazu gehört auch das Schamgefühl. Mit anderen im Allgemeinen über persönliche Ansichten zur Lebensqualität und den Wert des Lebens zu sprechen ist das Eine – es ist aber etwas Anderes, aufgrund einer bestimmten Situation mitzuteilen, das *eigene* Leben sei nicht mehr lebenswert. Und nochmals etwas Anderes ist es, den Wunsch zu äussern, es beenden zu wollen. Hinzu kommt 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 wechseln sich Wut, Trauer und Enttäuschung über die verlorenen Fähigkeiten oder nicht vorhandenen Möglichkeiten ab. Schliesslich spielen auch hier Schamgefühle eine wichtige Rolle: man schämt sich fürs Nicht-Können oder Nicht-Mehr-Können.

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

Werden sie an diesem Punkt abgeholt? Ja, hoffentlich. Doch leider ist die Realität immer wieder eine ganz andere:

In den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie, Psychiatrie und Sozialwesen muss immer wieder festgestellt werden, dass das Bewusstsein um die Individualität und Komplexität des Einzelfalls mangelhaft ist 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 einer entsprechenden Publikation von TA-Swiss auf «informationstechnische Auswertung von genetischen und biochemischen Messgrössen sowie weiteren Körperdaten von Patienten».

Eine weitere Schwierigkeit 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 stehen ganz persönliche Elemente im Weg: 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 eigentlich der Hilfesuchende?

Es gibt „Fachpersonen“, welche betonen, dass eine ausreichende Palliative Care alle Leiden lindern könne, und dass es mit einer solchen 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 ihnen, dass sie mit

Scheuklappen bewehrt ihren kleinen Schrebergarten pflegen. Dass ihr Gegenüber ein Mensch ist, haben sie genauso 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:

«Ich werde meine Kenntnisse der ärztlichen Kunst selbst unter Bedrohung nicht in Widerspruch zu den Menschenrechten und Grundfreiheiten anwenden»

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

…und die Folge dieser Schwierigkeiten

Einige Patienten werden sich vom Arzt oder Therapeuten abwenden und sich auf die Suche nach einer weiteren 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 schwindender Hoffnung auf Besserung gerät? Was, wenn sich sein Zustand weiter reduziert, bis er am Boden eines tiefen Lochs sitzt und dann nichts anderes als oben den Himmel sieht – und genau dort will er dann hin?

Der Schweizer Bundesrat hat am 9. Januar 2002 in seiner 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 2013 (zur Zeit die aktuellsten Zahlen) verstarben in der Schweiz gemäss dem Bundesamt für Statistik 1‘070 Personen durch Suizid. Das bedeutet, dass in jenem Jahr bis zu 53‘500 Suizidversuche unternommen wurden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO informiert, dass weltweit jährlich 800‘000 Menschen durch Suizid sterben. Die Zahl der Suizidversuche weltweit liegt somit bei bis zu 40 Millionen in einem einzigen Jahr.

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

Der Schweizer 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 wieso nicht ein ganzheitlicher Ansatz, der Palliative Care, Patientenverfügung, Freitodbegleitung und vor allem auch Suizid*versuchs*prävention umfasst, so wie sich die tägliche Arbeit von DIGNITAS und weiteren Selbstbestimmungsorganisationen darstellt?

Vorsorge – Lebenshilfe – Leidensendehilfe

«Dass ein Unglücksfall uns weniger schwer zu tragen fällt, wenn wir zum voraus ihn als möglich betrachtet und, wie man sagt, uns darauf gefasst gemacht haben, mag hauptsächlich daher kommen, dass, wenn wir den Fall, ehe er eingetreten, als eine bloße Möglichkeit mit Ruhe überdenken, wir die Ausdehnung des Unglücks deutlich und nach allen Seiten übersehen und so es wenigstens als ein endliches und überschaubares erkennen.»

Was Arthur Schopenhauer zutreffend formulierte, befolgen wir im täglichen Leben mittels Risikoabwägungen und Abschlüssen von Haftpflicht-, Hausrat- und Kaskoversicherung. Wenn es jedoch darum geht, Vorsorge für das eigene Lebensende zu treffen, sogar wenn diese Vorsorge kostenlos wäre, sieht es anders aus. Wer hat schon eine Patientenverfügung abgeschlossen? Wer sein Testament geschrieben?

Die Instrumente der Selbstbestimmung in „letzten Dingen“ können in Bereiche wie Vorsorge, Lebenshilfe und Leidensendehilfe eingeteilt werden, wobei diese Einteilung frei gewählt ist und deren Übergänge fliessend sind.

1.) Vorsorge

Hierzu können die Instrumente Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament gezählt werden. Mittels der Patientenverfügung bestimmt man zu einem Zeitpunkt, in dem man seinen Willen bilden und festhalten kann, welche medizinische Behandlung man erhalten möchte oder nicht, für den Fall, dass man aufgrund von Unfall oder Krankheit nicht mehr in der Lage sein sollte, den eigenen Willen zu äussern. Zusammen mit einer Patientenverfügung empfiehlt sich auch eine Vorsorgevollmacht respektive einen Vorsorgeauftrag aufzusetzen. Damit kann man eine natürliche oder juristische Person beauftragen, für die Bereiche Personensorge (z.B.

Entscheidungen über Pflege), Vermögenssorge (Hilfe in Sachen Vermögen und Zahlungen) und Vertretung im Rechtsverkehr (Vertretung gegenüber den Behörden, für Verträge, usw.) Entscheidungen zu treffen, sollte man dazu nicht mehr selbst in der Lage sein.

Auf den ersten Blick mag in diesem Zusammenhang der Einbezug des Testaments erstaunen, doch auch ein solches schafft Klarheit über den Willen einer Person, was den Angehörigen und weiteren Personen einige Entscheide erleichtern und viele Fragen beantworten kann. Damit sind diese Vorsorge-Instrumente nicht nur eine persönliche Willensäusserung und eine Anordnung was zu tun ist, sondern auch eine Hilfe für Dritte, im Falle der Patientenverfügung eine sehr grosse Hilfe für Ärzte und Pflegende.

2.) Lebenshilfe – Suizid*versuchs*prävention

Bei DIGNITAS geht es nicht in erster Linie um die Freitodbegleitung bei schwerer, irreversibler Krankheit. DIGNITAS ist nicht einfach eine „Sterbehilfeorganisation“. DIGNITAS ist vor allem eine Lebenshilfe- und Suizidversuchs-Präventions-Organisation. Ein Grossteil der Tätigkeit von DIGNITAS 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 in den Beratungen vorwiegend um das „Wie-(weiter-)leben“ und weit weniger um die Frage des „Wie-sterben“. Das Logo von DIGNITAS bringt genau das zum Ausdruck: Zuerst geht es immer um die Würde, dies die Bedeutung des lateinischen „dignitas“, darauf folgt ‚Menschenwürdig leben’ – und erst an dritter und letzter Stelle ‚Menschenwürdig sterben’.

Mit DIGNITAS in Kontakt zu treten setzt keine Mitgliedschaft voraus. Jeder kann dies aus was für einem Grund auch immer tun und im Rahmen der Möglichkeiten des Vereins 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 schwer und terminal Kranke, Hinweise auf helfende Organisationen und Fachärzte, usw.

DIGNITAS versucht stets passend zur individuellen Situation zu beraten. Gemeinsamer Nenner ist, dass wir 1.) der Person zuhören und sie ernst nehmen; 2.) offen und ehrlich mit ihr sprechen, 3.) sie nicht „in die psychisch-krank-Ecke“ abschieben oder anderswie stigmatisieren, 4.) sach-

lich über Suizid und die hohen Risiken eines Selbstversuchs sprechen und 5.) ergebnisoffen und umfassend in alle Richtungen beraten.

Was bedeutet das?

Zu 1.): das Leben schreibt die unglaublichsten Geschichten. Auch wenn die Darstellung des Leidens absurd klingt, gilt es, diese wahr- und ernst zu nehmen, handelt es sich doch um die persönliche Realität des Hilfesuchenden – und genau dort soll er abgeholt werden.

Zu 2.): Hilfesuchende nehmen mit Fachpersonen Kontakt auf, weil sie Fachwissen suchen und brauchen. Beschönigungen und Verwässerungen sind kontraproduktiv. Die Enttäuschung aufgrund einer unehrlichen und unvollständigen Aufklärung durch eine Fachperson, der man einen erheblichen Vertrauensvorschuss entgegengebracht hat, gräbt tiefe Wunden und verhindert ein erneutes Vertrauen-Können nachhaltig.

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

Zu 4.): Das Tabu, welches Tod und Suizid umgibt, führt zu grossem Leid. Verschweigen, bagatellisieren oder skandalisieren sind fehl am Platz, denn die Endlichkeit des Lebens ist ein Fakt und Suizidversuche sind als eine mögliche menschliche Handlung schon immer Realität gewesen.

Zu 5.): „informed consent" enthält „informed": Das Thematisieren aller möglichen Optionen in einer bestimmten Leidenssituation, ohne eine bestimmte Wahl vorweg nehmen oder hervorheben zu wollen, respektiert einen Hilfesuchenden als Individuum und befähigt ihn, über diese Möglichkeiten nachzudenken und fundierte Entscheide zu fällen.

Dieses Beratungs-Konzept ist sowohl auf kerngesunde wie auch auf hilfesuchende Personen mit somatischem oder psychischem Leiden anwendbar.

Die Suizid*versuchs*prävention ist das Dach über diesem umfassenden Beratungsansatz. Sie geht viel weiter als 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; dies ist jedoch bereits erreicht, wenn ein Suizidversuch scheitert. Ganz offensichtlich handelt es sich dabei um einen beschränkten Ansatz, der – wenig überraschend – die Zahl der Suizidversuche nicht bedeutend verringert hat. Das Schlimmste dabei ist, dass das Tabu rund um Suizid aufrecht erhalten bleibt.

Selbstverständlich sind Netze an Brücken und Zäune entlang Bahngeleisen nicht unnütz. Aber sie packen das Problem nicht an der Wurzel. Solange Suizidprävention von Personen und Gruppen betrieben wird, die der Individualität und Selbstbestimmung bezüglich des eigenen Lebensendes ablehnend gegenüber stehen, wird sich an dieser oberflächlichen Prävention kaum etwas ändern.

Ausgangspunkt einer erfolgreichen Beratung zur Steigerung der Lebensqualität ist ein liberaler Ansatz, Respekt gegenüber dem Individuum und das Akzeptieren eines Paradoxons: Sollen risikoreiche Suizidversuche mit ihren schweren Folgen verhindert werden, muss der Suizid als solcher grundsätzlich akzeptiert werden. Das Tabu rund um den Suizid, genährt auch durch religiöse Dogmen, die Mauer aus Angst vor Verlegenheit, Ablehnung und Verlust der Unabhängigkeit, muss überwunden werden.

Erst dies ermöglicht den Zugang zu einem offenen Gespräch, in welchem die Ursachen des Problems erläutert werden, die zur Suizidalität geführt haben. Das Wissen um eine echte Alternative hält viele Menschen davon ab, einen Suizid durch ungenügende, risikoreiche oder gar gefährliche Methoden zu versuchen; deshalb ist es die Aufgabe von Organisationen wie DIGNITAS, zusammen mit dem Hilfesuchenden nach vernünftigen, erreichbaren Lösungen für sein Problem zu suchen – auch wenn sich dabei herausstellen kann, dass die einzige vernünftige Lösung unter Umständen eine Freitodbegleitung bedeutet.

3) Leidensendehilfe

Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen, haben ihre Gründe dafür. Wird ihr Wunsch ernst genommen und unterstützt man sie dabei, aus dem zuvor erwähnten Loch heraus zu klettern, gewinnen sie wieder Weitsicht. Das setzt voraus, dass man den Menschen dort abholen muss,

wo er steht. Und das wiederum verlangt, die Tür zu einem Gespräch ohne Moralisieren, ohne Tabu und ohne Paternalismus zu öffnen.

Ein solches Gespräch zeichnet sich aus durch ein Klima, in welchem man die Gründe der mangelnden Lebensqualität und des Lebensende-Wunsches diskutieren kann. Jeder Mensch möchte (weiter-)leben und über eine ihn zufriedenstellende Lebensqualität verfügen. Er wünscht sich zu sterben, weil er es sich nicht mehr vorstellen kann, in der gegebenen Situation, die er als untragbar und inakzeptabel empfindet, weiterleben zu müssen.

Die Freiheit der eigenen Lebensgestaltung umfasst auch das persönliche Urteil darüber, ob die eigene, erlebte Lebensqualität noch den eigenen Wertmassstäben entspricht. Die persönliche Gestaltung des eigenen Lebensendes gehört ebenso zu dieser Freiheit. Zeit und Art des eigenen Lebensendes zu wählen ist ein grundlegendes Menschenrecht – dies hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte 2011 im Entscheid 31322/07 vom 20. Januar 2011, Fall Haas gegen die Schweiz, bestätigt:

«Im Lichte dieser Rechtsprechung hält der Gerichtshof dafür, dass das Recht eines Individuums, zu entscheiden, auf welche Weise und in welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll, sofern es in der Lage ist, seine diesbezügliche Meinung frei zu bilden und dem entsprechend zu handeln, einen der Aspekte des Rechts auf Achtung des Privatlebens im Sinne von Artikel 8 der Konvention darstellt.»

In einem offenen Gesprächsklima können die Massnahmen der Palliative Care Früchte tragen. Die Palliative Care ist eine Leidensende-Hilfe, die alle Massnahmen umfasst, das Leiden eines unheilbar kranken Menschen zu lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis ans Ende zu verschaffen. Bereichsübergreifend und parallel zur Palliative Care ist die Erfahrung von DIGNITAS, dass die Option einer Freitodbegleitung – also die selbst ausgeführte Lebensbeendigung ohne die Risiken, welche mit einem unbegleiteten Selbstversuch einhergehen – eine wichtige Methode darstellt, um Leiden zu mindern und Suizidversuche und Suizide zu vermeiden. Dabei schliessen sich Palliative Care und Freitodbegleitung keineswegs aus, sondern ergänzen sich: Weitgehend alle DIGNITAS-Mitglieder, welche eine Freitodbegleitung in Anspruch genommen haben, nutzten auch die Hilfe der Palliative Care.

Palliative Care, Freitodbegleitung, Patientenverfügung und Suizidversuchsprävention gehören zusammen. Ein Thema zu favorisieren oder eines auszuschliessen ist der falsche Weg. Erst wenn *alle* Bereiche mit ein-

bezogen werden, handelt es sich um eine umfassende und ergebnisoffene Beratung.

Dass DIGNITAS nicht nur „darüber“ *redet*, sondern zusammen mit Ärzten die Option eines begleiteten Freitods unter Umständen auch tatsächlich ermöglicht, ist ein wichtiges Element von Authentizität, dessen Wert nicht unterschätzt werden darf.

Herausforderungen in den Tätigkeitsbereichen von DIGNITAS

Viele Herausforderungen, mit denen DIGNITAS sich auseinandersetzt, haben ihren Ursprung in unkonventionellen Konzepten, der Überzeugung, dass Wahlmöglichkeit in „letzten Dingen“ eine Grundfreiheit ist und dass das Recht auf die eigene Lebensbeendigung das „letzte Menschenrecht“ darstellt womit auch jegliche Diskriminierung unzulässig ist – auch eine aufgrund des Wohnortes. «*Warum müssen sie diese Ausländer importieren?*» fragte Andreas Brunner, der 2014 pensionierte leidende Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich, den Gründer von DIGNITAS in einem Gespräch im Jahr 2000. Das war zumindest eine klare Ansage mit offenem Visier. Andere Bestrebungen, die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit einzuschränken, laufen versteckter und oft unter dem Deckmantel von Ethik, Psychiatrie, Religion und Forschung.

Die Gegner der Wahlfreiheit auch in letzten Dingen sind zahlreich, und es gibt noch viel zu tun:

1.) juristisch und politisch

Die Schweiz kennt kein spezielles Gesetz, welches regelt, wie Freitodbegleitungen durchzuführen sind. Es bestehen jedoch einige Artikel in verschiedenen Gesetzen. Zentral ist Artikel 115 im Strafgesetzbuch, welcher besagt:

«Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.»

Das bedeutet im Umkehrschluss: Wer ohne selbstsüchtige Beweggründe jemandem hilft, Suizid zu begehen, macht sich nicht strafbar. Das Wort «selbst*süchtig*» weist darauf hin, dass es ein besonders verachtenswertes Motiv braucht, um sich strafbar zu machen. So findet sich in den historischen Materialien das Beispiel, sich einer Unterhaltspflicht entledigen

oder früher erben zu wollen. Der französischsprachige Gesetzestext bringt es treffend auf den Punkt: es braucht «un mobile égoïste».

Dies ist die Basis für Freitodbegleitungen in der Schweiz. Doch fehlt es in einigen Fällen noch am Zugang zum besten Mittel der Wahl – Natrium-Pentobarbital – sowie an rechtlicher Sicherheit und Klarheit, sowohl für die Begleitenden, wie auch jene, welche diese Hilfe in Anspruch nehmen möchten, und deren Angehörigen und Freunde.

Selbstbestimmung und Wahlfreiheit bezüglich des eigenen Leidens- und Lebensendes sind Menschenrechte. Menschenrechte sind jedoch meistens auch Minderheitsrechte. Sie müssen deshalb erkämpft und immer wieder verteidigt werden. Rechtsfortentwicklung – juristische Fragen in Verfahren aufwerfen, so dass Gerichte sich damit befassen müssen – erlaubt, die bestehende Rechtsordnung weiter zu entwickeln und ist ein wichtiger Teil der Tätigkeit von DIGNITAS.

Vor rund zehn Jahren meldete sich bei DIGNITAS ein Mann aus dem Raum Basel und erklärte, er leide an einer schweren bipolaren affektiven Störung – früher manisch-depressiv genannt. Er habe schon zweimal offensichtlich erfolglos versucht, sein Leben zu beenden, sei neun Mal stationär in der Psychiatrischen Klinik gewesen, und er wünsche nun Unterstützung durch DIGNITAS, damit er seinem Leiden ein Ende setzen könne. Wohl wissend, wie schwierig es ist, ein «grünes Licht» für die Freitodbegleitung eines Patienten zu erlangen, der zwar absolut urteilsfähig ist, jedoch hauptsächlich an einer psychischen Krankheit leidet, fragten wir ihn, ob er noch eine Weile durchhalten möge, zumindest so lange, bis das Mittel der Wahl für die Freitodbegleitung – 15 Gramm Natrium-Pentobarbital – von der kantonalen Gesundheitsdirektion oder dem Bundesamt für Gesundheit bestellt und, falls nicht zugänglich, dies auf dem Rechtsweg erstritten sei.

Damit begann ein Gerichtsverfahren, welches über mehrere Instanzen hinweg zum Entscheid vom 20. Januar 2011 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Strassburg in der Sache Haas gegen die Schweiz führte, in welchem das Recht eines Individuums, über die Weise und den Zeitpunkt des eigenen Lebensendes zu entscheiden, als ein durch Artikel 8 der Menschenrechtskonvention geschütztes Recht anerkannt wurde.

Gegner der Wahlfreiheit in „letzten Dingen“ mögen behaupten, es gäbe kein Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende. Sie irren sich; zumindest innerhalb der Gerichtsbarkeit des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, welche ganz Europa umfasst – mit Ausnahme von

Weissrussland und dem Vatikan – ist dieses Recht höchstrichterlich bestätigt.

Seit ihrer Gründung haben die beiden DIGNITAS-Vereine Dutzende von Gerichtsverfahren wie das vorgenannte geführt oder sich an solchen beteiligt. Weitere werden folgen.

Eine weitere Linie der juristischen Arbeit von DIGNITAS besteht darin, sich in Gesetzgebungsprozessen zu engagieren. DIGNITAS schrieb Stellungnahmen in Vernehmlassungsverfahren des Schweizerischen Bundesrates, der Strafverfolgungsbehörde Crown Prosecution Service von England und Wales, des Schottischen Parlaments, der österreichischen Enquete-Kommission «Würde am Ende des Lebens», usw.

2) Freitodbegleitungen parallel zur Suizidversuchsprävention

«Man soll nicht auf eine grosse Reise gehen, ohne sorgfältige Vorbereitung und ohne sich gebührend von seinen Liebsten verabschiedet zu haben.»

Menschen gestalten Übergänge gerne mit Ritualen: Man weiss ungefähr, wann ein Leben beginnt und das wird mit Ritualen begangen; in den meisten Kulturen gibt es etwas, das den neuen Menschen in die Gemeinschaft aufnimmt. Übergänge ins Erwachsenenalter werden gefeiert, Hochzeit und Familiengründung ebenso. Auch das Lebensende wird rituell gestaltet, durch die Hinterbliebenen, mit Trauer und Beerdigung. Ein Neugeborenes kann keine Rituale selber gestalten, aber jemand, der weiss, dass er gehen wird und das Bedürfnis hat, seinen Abgang rituell zu gestalten, sollte das tun können, sowohl für sich wie für seine Angehörigen.

Wer an einer unfehlbar zum Tode führenden Krankheit oder an einer unzumutbaren Behinderung oder nicht beherrschbaren Schmerzen leidet und seinem Leiden und Leben deshalb selbstbestimmt ein Ende setzen möchte, kann als Mitglied von DIGNITAS den Verein darum ersuchen, für ihn die Optionen eines begleiteten Freitod vorzubereiten. Die wichtigsten Voraussetzungen, welche erfüllt werden müssen, sind:

- die Person muss Mitglied einer der beiden DIGNITAS-Vereine sein;
- die DIGNITAS-Patientenverfügung muss registriert sein;
- es dürfen keine Anzeichen mangelnder Urteilsfähigkeit vorliegen – nicht nur zum Zeitpunkt des Gesuchs, sondern auch ganz zuletzt unmittelbar vor der Freitodbegleitung;

- die Person muss in der Lage sein, die letzte Handlung, welche ihren Tod herbeiführt, selbst auszuführen;
- die Person muss ein schriftliches Gesuch an DIGNITAS richten, mit 1.) einem begründeten Ersuchsschreiben, welches DIGNITAS unmissverständlich auffordert, für sie eine Freitodbegleitung vorzubereiten; 2.) einem Lebensbericht, der auch über die familiäre Situation Auskunft gibt; und am wichtigsten 3.) medizinische Berichte mit substantiellen Informationen über Diagnose, versuchte Behandlungen und Massnahmen, Medikamente, Verlauf der Krankheit, usw.;
- ein solches Gesuch prüft DIGNITAS und ersucht dann einen von DIGNITAS unabhängigen Schweizer Arzt, dieses Gesuch ebenfalls zu begutachten und womöglich das «provisorische grüne Licht» zu erteilen. Ohne eine solche Zustimmung findet keine Freitodbegleitung statt;
- nachdem diese Person das „provisorische grüne Licht“ erhalten hat, sind Details zu besprechen, wie zum Beispiel ein Datum für die Freitodbegleitung, und bei Patienten aus dem Ausland auch Reisemöglichkeiten, Unterkunft, usw.;
- die Person wird mindestens zwei persönliche, eingehende Gespräche mit dem Arzt führen, welcher ursprünglich das „provisorische grüne Licht“ erteilt hat;
- Personen aus dem Ausland müssen zudem verschiedene, kürzlich neu ausgestellte Zivilstandsdokumente beibringen: Geburtsurkunde, Nachweis des Wohnsitzes, usw., so dass das zuständige Zivilstandsamt den Todesfall registrieren und eine Sterbeurkunde ausstellen kann;

Es gilt zu bedenken, dass im Verlauf der Vorbereitung bis hin zum letzten Moment der Zugang zu einer Freitodbegleitung verwehrt werden kann, nicht nur durch den Arzt während der beiden Konsultationen, sondern auch durch DIGNITAS – etwa dann, wenn Anzeichen mangelnder Urteilsfähigkeit auftreten, welche so ausgeprägt sind, dass die rechtlichen Voraussetzungen für legale Freitodbegleitung nicht mehr gegeben sind.

Informationen sammeln, die Möglichkeiten überdenken, das Gesuch schreiben, alle relevanten Unterlagen zusammentragen, die Reise vorbereiten, mit Familienangehörigen und Freunden sprechen: Dies alles braucht viel Zeit. Die Vorbereitung einer Freitodbegleitung für Personen aus dem Ausland benötigt mindestens 3 bis 4 Monate.

Im Verlauf des Vorbereitungs-Prozederes prüfen DIGNITAS und Ärzte, ob die Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung erfüllt sind und ob der

Wunsch der betreffenden Person ihrem persönlichen, gefestigten und erklärten Willen entspricht.

Nur wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, kann ein Schweizer Arzt das Rezept ausstellen, welches DIGNITAS erlaubt, das für diese eine Freitodbegleitung benötigte Medikament zu besorgen. Nach Einnahme schläft man innerhalb weniger Minuten ein, sinkt in ein tiefes Koma, das schmerzfrei in den Tod übergeht.

DIGNITAS' Erfahrung zeigt, dass nur wenige der Personen, die sich zur Mitgliedschaft anmelden, schliesslich eine Freitodbegleitung in Anspruch nehmen. Die Untersuchung von 387 DIGNITAS-Mitgliedsakten durch eine Studentin für ihre Diplomarbeit ergab, dass nur rund 14 % von all jenen, welche ein „provisorisches grünes Licht" für eine Freitodbegleitung erhalten hatten, davon auch Gebrauch machten.

Das Zulassen einer selbstbestimmten Leidens- und Lebensbeendigung mit einem sicheren Mittel innerhalb eines sorgfältig organisierten und begleiteten Rahmens spielt eine wichtige Rolle beim Verhindern von einsamen, risikoreichen Suizidversuchen und verhindert enorm viel Leid. Freitodbegleitungen zu ermöglichen *ist* Suizidversuchsprävention. Es ist ein «Notausgang»: Man ist froh, ihn zu haben – auch wenn man ihn womöglich nie benutzt. In den Worten des englischen Dirigenten Sir Edwards Downes während seines Gesprächs mit der Ärztin, die ihm das „provisorische grüne Licht" zusagte: «*Das ist eine Form von Evolution, von Mitmenschlichkeit.*»

Es braucht wohl noch viel Arbeit, bis der Denkfehler der Unvereinbarkeit von Suizidhilfe und Suizidprävention überwunden ist und sich das DIGNITAS-Konzept der liberalen Suizidversuchsprävention mit umfassender und ergebnisoffener Beratung durchsetzt.

3) Psychisch Kranke

In einer E-Mail schrieb eine junge Frau an DIGNITAS (Übersetzung 1 zu 1 aus dem Englischen):

«Wenn jemand mit schwerer Depression sterben will und sozusagen alles versucht hat (Medikamente, Therapie, holistischer Ansatz, usw.), dann sollte er Kontrolle über sein eigenes Leben haben. Wenn ich ja nur weiterhin versuche mich umzubringen, wieso soll ich keine Hilfe erhalten? Wenn es keine Hilfe für den Leidenden gibt und alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, weshalb muss ich weiterhin Qualen leiden? Will ich für den Rest meines Lebens in einer Klinik leben? Nein… Will ich für den

Rest meines Lebens sediert und fünf verschiedene Medikamente einnehmen müssen? Nein. Sagen sie mir, wie soll das Leben sein. Niemand will so leben, dauernd in Schmerz und Qualen.»

Eine andere Patientin schrieb:

«Eines verstehe ich nicht: Ist ein Mensch mit psychischen Erkrankungen weniger Wert und hat nicht mal dieselben Rechte wie andere Menschen, wenn es ums Sterben geht? Ist ein Mensch, der seit einem Jahr Krebs hat, schwerer krank als eine 33jährige Frau, die seit 30 Jahren psychisch krank ist? Warum ist das so? Ich bin zwar psychisch krank, aber trotzdem im Vollbesitz aller geistigen Fähigkeiten. Man hat sogar einen IQ von 120 festgestellt. Ich weiß genau was ich will und warum. Ich denke lange genug, seit über einem Jahr, darüber nach. Es ist nicht aus einer Depression heraus, kein spontaner Entschluss und auch keine Affekthandlung.»

Entgegen häufig geäusserter gegenteiliger Behauptung sind Menschen mit mentalen Krankheiten in aller Regel urteilsfähig in Bezug auf die Frage, ob sie weiter leben oder lieber sterben möchten. Deshalb haben auch sie in der Regel genauso wie somatisch Kranke Anspruch darauf, ihren Wunsch nach einer Freitodbegleitung geprüft und allenfalls dabei begleitet zu werden, um die hohen Risiken auszuschalten, welche mit einem unbegleiteten Suizidversuch einhergehen.

In der Schweiz besteht diesbezüglich jedoch eine grosse Hürde: für Natrium-Pentobarbital wird das Rezept eines Schweizer Arztes benötigt und – wünscht ein psychisch Kranker eine Freitodbegleitung – ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten, das bestätigt, dass der Sterbewunsch nicht Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist, sondern auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht.

DIGNITAS kann somit nur dann für eine psychisch kranke Person eine Freitodbegleitung vorbereiten, wenn diese ein formelles Gesuch mit Arztberichten und einem solchen Fachgutachten vorweist und ein Schweizer Psychiater die Unterlagen begutachtet und ein „provisorisches grünes Licht“ erteilt. Leider sind Psychiater, welche gegenüber einem Freitodwunsch neutral eingestellt sind, sehr selten. Die schweizerischen Berufsverbände der Psychiater und Psychotherapeuten äusserten sich sinngemäss, ihre Mitglieder sollten keine solchen Fachgutachten erstellen: Der psychisch kranke Beschwerdeführer aus dem vorne erwähnten Entscheid des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte kontaktierte im Zuge des Verfahrens 170 Psychiater und bat sie, ihn zu untersuchen und ein Fachgutachten zu erstellen – erfolglos.

4) Urteilsfähige Betagte

«Es kommt nicht darauf an, wie alt man ist, sondern wie man alt ist.»

Wenn eine selbstständige, mündige und urteilsfähige Bürgerin hohen Alters nach sorgfältiger Überlegung zum Schluss kommt, sie habe genug gelebt – im Sinne von «es war ein langes und gutes Leben, und nun bin ich müde und möchte gerne ruhen» – weshalb soll dieser rationale Wunsch nach einem sicheren und begleiteten Lebensende abgelehnt werden?

Auch dies ist letztlich eine juristische Frage, welche über den Weg der Rechtsfortentwicklung am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte geklärt werden wird. Hinweise zur Entwicklung der Rechtsprechung ergeben sich aus dem Entscheid des Gerichtshofs vom 14. Mai 2013 in der Sache Alda Gross, einer bis vor wenigen Jahren geistig regen, 1931 geborenen Frau, die grundsätzlich gesund, in jedem Fall aber weder schwerwiegend noch terminal krank war. Der Entscheid wurde jedoch nicht definitiv, weil die Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit verstorben war, aber angeordnet hatte, diese Tatsache dem Gerichtshof nicht mitzuteilen.

5) Verzerrte Medien-Berichterstattung

«der Welt führende Euthanasie-Klinik»… «Aktive Sterbehilfe»… «tödlicher Cocktail»… «Sterbetourismus hat sich verdoppelt»… «auf der Warteliste zum Selbstmord». So und ähnlich tönen Schlagzeilen nicht nur von Boulevardmedien.

Verkürzen, verfälschen, skandalisieren, eine „ich auch“-Gesinnung sowie oberflächliche, unprofessionelle Recherche: Ein Grossteil der heutigen Medien nutzt jede Möglichkeit, einen Hype zu kreieren, um ihre TV-, Web- oder Druck-News zu verkaufen. Bei einem Grossteil der Medien geht es kaum mehr darum, die Öffentlichkeit exakt, ausgewogen und fundiert zu informieren – was eigentlich ihr Auftrag wäre –, sondern bloss um Profit. Die irreführende Berichterstattung führt nicht nur zu einem verzerrten Eindruck, sondern auch zu viel Leid: Mehrere Male schon reisten Personen bei DIGNITAS unangemeldet an, zum Teil von weit her aus dem Ausland und in schlechtem gesundheitlichen Zustand, weil sie den Unsinn von einer «Klinik», wo man «schnell behandelt und sein Leiden beendet werde», in ihrer Verzweiflung glaubten. Wie schmerzlich für sie und für DIGNITAS, wenn ihnen mitgeteilt werden muss, dass sie durch inkompetente Medienschaffende in die Irre geführt wurden und nach Hause zurückreisen sowie zuerst das reguläre Vorbereitungsprozedere durchlaufen müssen.

6) Ethiker, Religiöse und Pseudo-Lebensschützer

Am 28. September 2012 fand in Zürich ein eintägiger Kongress statt mit dem Titel «Sterbe, wer will? – Sterbehilfe und organisierte Suizidbeihilfe als ethische Frage und gesellschaftliche Herausforderung», organisiert durch eine Gruppe «Forum Gesundheit und Medizin». Auf der Liste der Exponenten fand sich Interessantes und Fragwürdiges: Einer der angekündigten Sprecher war der vorne zitierte leitende Oberstaatsanwalt Dr. Andreas Brunner, seit vielen Jahren ein Gegner der Arbeit von DIGNITAS. Ein weiterer war Prof. Dr. Andreas Kruse: bekannt als Gegner der Sterbehilfe und Verfechter des längst widerlegten Dammbruch-Arguments, Schüler von Georg Ratzinger, Bruder des Papst-Vorgängers. Eine Sprecherin war Prof. Dr. Brigitte Tag, eine deutsche Professorin, die an der Universität Zürich Jurisprudenz lehrt; sie versuchte einst, der Schweizer Regierung den Gesetzesvorschlag schmackhaft zu machen, der in Deutschland bereits wegen Grundrechtswidrigkeit verworfen worden war. Nun hat sie Einsatz im Leitungsgremium des mit 15 Millionen Franken Steuergeldern dotierten Nationalen Forschungsprojekts NFP 67 «Lebensende». Letzteres trifft auch auf einen weiteren Sprecher zu: Dr. Markus Zimmermann-Acklin, ein deutscher katholischer Moraltheologe an der Universität Freiburg i.Ue. und expliziter Gegner der Selbstbestimmung am Lebensende, was er in seiner Dissertation auch publizierte. Organisiert wurde die Konferenz von Matthias Mettner – einem deutschen katholischen Theologen…

Inzwischen sind erste Studien im Zusammenhang mit dem Projekt NFP 67 hervorgegangen. Im August 2014 wurde eine Pilotstudie über «das Schweizer Phänomen Suizidtourismus» publiziert. Die „Forscher“ wählten selektiv und unvollständig Daten aus, behaupteten so eine Verdoppelung von „Suizidtouristen“, machten unvollständige, nicht belegte und falsche Angaben unter anderem über die Rechtslage in der Schweiz, Deutschland und Grossbritannien, nannten als eine Informationsquelle sogar ein britisches Boulevardblatt und leiteten davon – wenig überraschend – irreführende Schlussfolgerungen ab. Eine derartige „Studie“ kann kaum als wissenschaftlich bezeichnet werden und sie schadet dem Ansehen der Schweizer Forschung.

Dies ist nur eines von verschiedenen Beispielen, wie religiös-konservative „Fachleute“ und „Wissenschaftler“ die Politik und Öffentlichkeit zu beeinflussen versuchen, mit dem Ziel, ihre autoritären Wertvorstellungen zu verbreiten und anderen Menschen aufzuzwingen und die durch Aufklärung hart erkämpften liberalen Errungenschaften zu untergraben. Immer

mehr selbsternannte „Experten“, „Bio-Ethiker“ und ähnliche Figuren melden sich zu Wort, die eines gemeinsam haben: sie treten als vorgeblich „Wissende“ auf – notabene ohne jemals bei einer Freitodbegleitung dabei gewesen zu sein oder DIGNITAS besucht zu haben – und verschweigen ihre religiös-konservativen Ansichten, sie blenden die Öffentlichkeit und stellen sich auf gut-Freund mit Politikern. Indirekt oder direkt arbeiten sie wohl Hand in Hand mit medizinischen Berufsverbänden, Hospizen und der Pharmaindustrie. 2013 steigerten die Pharmamultis Roche und Novartis ihre Gewinn/Umsatz-Verhältnisse auf 24, respektive 19 Prozent. Der letzte Trend der Pharmaindustrie nannte sich „Human Enhancement“, Optimierungsmedizin, welche die Normalität als Krankheit betrachtet und möglichst viele leistungssteigernde Medikamente verkaufen will…

Für diese Kreise ist Wahlfreiheit in „letzten Dingen“ ein Ärgernis. Wozu sollten sie sich ehrlich und mit ergebnisoffener Haltung der Selbstbestimmung im Leiden und am Lebensende sowie der Suizid- und Suizidversuchsthematik widmen, wenn sie dank gescheiterter Suizidversuchen und aufgrund der Behinderung des Zugangs zu einer Freitodbegleitung gutes Geld verdienen können? Wie viele Politiker und Ärztefunktionäre besitzen Aktien von Kliniken und Pharmaunternehmen und erhalten Provisionen für verkaufte Medikamente? Und wie ausgiebig sponsert die Pharmaindustrie Produktpräsentationen in Apotheken?

Macht, Geld, Religion und Politik: seit Jahrhunderten eine folgenschwere Mischung. Und ihre Exponenten profitieren von der vorne dargelegten Inkompetenz von Medienschaffenden, welche ihre Hintergründe und Motivation kaum je kritisch hinterfragen, insbesondere wenn es sich um populäre Personen handelt.

Schlussfolgerung

Bei Gruppierungen wie DIGNITAS, Exit und weiteren mehr handelt es sich in erster Linie um Lebensschutz-Organisationen, denn deren Arbeit zielt auf Optionen und Wahlfreiheit. Es geht um Chancen und Perspektiven, um Respekt für den Menschen und dessen persönlichen Einschätzung seiner Lebensqualität, um Verhinderung von unbedachten, risikoreichen Suizidversuchen. Für viele mündige, selbstreflektierte Menschen ist das Gefühl unerträglich, nicht wahr- und ernstgenommen und in einer Leidenssituation nicht selbstbestimmt handeln zu können sondern fremdbestimmt zu werden.

Nicht einzelne Massnahmen, sondern ein ganzheitlicher Ansatz tut Not, der das individuelle Empfinden der eigenen Lebensqualität in den Mittel-

punkt stellt, dieses respektiert, und den betroffenen Menschen umfassend und ergebnisoffen berät. Deshalb gehören Palliative Care, Patientenverfügung, Suizidversuchs-Prävention und Freitodbegleitung zusammen.

Weiter muss das Eis des Tabus rund um das Thema Sterben und Suizid aufgebrochen werden. Der Tod ist Teil des Lebens und Suizid ist eine reale menschliche Handlungsmöglichkeit. Jeder kann in eine Lage geraten, in der er einen Suizidversuch als einzigen Ausweg sieht und wir alle werden eines Tages sterben – ablehnen und verdrängen dieser Fakten schaffen diese nicht aus der Welt.

Menschenrechte sind Minderheitsrechte. Sie müssen zugunsten der Bürgerinnen und Bürger stets aufs Neue erstritten und verteidigt werden – denken Sie an die Angriffe, die gegenwärtig auf die europäisch garantierten Menschenrechte und Grundfreiheiten in der Schweiz festzustellen sind. In einer Demokratie haben Parlament und Regierung ihre Macht nicht zum Selbstzweck oder von Gottes Gnaden erhalten, sondern sie haben diese nur vorübergehend vom Bürger ausgeliehen bekommen. Dieser Grenze sollten sich sowohl gewählte Politiker als auch Bürger bewusst sein.

In der Publikation «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» hält das Schweizer Bundesamt für Gesundheit BAG mit Verweis auf den Bericht «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» des Schweizer Bundesrates vom Juni 2011 fest, dass *«heute in der Gesellschaft in erster Linie Suizidhilfeorganisationen als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende wahrgenommen werden»*.

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. 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 hiermit einen Beitrag habe leisten können – auch wenn es nur ein kurzes Antippen einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe war.

-oOo-

Internet: www.dignitas.ch Email: dignitas@dignitas.ch