

Zeitschrift:	Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber:	Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band:	81 (2010)
Heft:	3: Suizidbeihilfe : Gespräche über das Leben und den Tod
Artikel:	Die Sicht des Palliativmediziners : "Für die meisten Todkranken gibt es einen anderen Weg als den Suizid"
Autor:	Leuenberger, Beat / Weber, Andreas
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-805464

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Sicht des Palliativmediziners

«Für die meisten Todkranken gibt es einen anderen Weg als den Suizid»

Als Arzt steht Andreas Weber seinen todkranken Patienten rund um die Uhr bei, wenn sie Not leiden. Er ist Palliativmediziner mit Leib und Seele. Weber erlebt drei Gruppen, die den Wunsch haben, mit einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben zu scheiden: Menschen mit Schmerzen und anderen Leiden, Menschen, die nicht abhängig werden möchten, und Menschen, die einen Bilanzsuizid planen. Nicht allen kann er gleich gut helfen.

Beat Leuenberger

Andreas Weber, ist Palliative Care aus Ihrer Sicht eine Alternative zum assistierten Suizid, und kann Palliative Care womöglich auch vorbeugend wirken?

Weber: Ein Allheilmittel ist Palliative Care sicher nicht. Aber ja: Eine Alternative zum Suizid sind die palliativen Massnahmen der Medizin und Pflege schon, möglicherweise auch mit präventiver Wirkung. «Eine gute Sterbebegleitung mittels Palliative Care ist eine mögliche Antwort auf die sehr umstrittene, organisierte Suizidbeihilfe. Mit einer hochstehenden Palliative Care lässt sich das Bedürfnis nach organisierter Sterbehilfe mit grosser Wahrscheinlichkeit verringern.» Diese zwei Sätze von Thomas Heiniger habe ich noch im Ohr. Der Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich sagte sie an unserer Palliative-Care-Tagung im vergangenen Jahr.

Widerspiegeln die Aussagen auch Ihre Erfahrung?

Weber: Ja, vollständig. Die jüngsten Entwicklungen im Ausland, etwa in den Niederlanden, bestätigen diese Einschätzung ebenfalls. Die Holländer haben ja ganz intensive Erfahrungen mit Euthanasie – aktiver Sterbehilfe –, die in diesem Land möglich ist, und assistiertem Suizid hinter sich. Seit dem Jahr 2000 verfolgt die holländische Gesundheitspolitik aber

das Ziel, die Palliative Care weiterzuentwickeln und so der Euthanasie und dem assistierten Suizid vorzubeugen.

Nach fünfjährigen Bemühungen veröffentlichte die englische Fachzeitschrift «British Medical Journal» die Resultate einer Studie, die zeigen, dass die Zahlen in Holland tatsächlich gesunken sind. Die Autoren der Studie vermuten, dies sei eine Folge der Förderung und Verbesserung von Palliative Care. In den 90er Jahren fand in Holland eine starke Zunahme der assistierten Suizide und der Euthanasiefälle statt, und in den vergangenen zehn Jahren nahmen diese Zahlen wieder ab.

Welches Angebot stand im Zentrum der verbesserten Palliative Care in Holland?

Weber: Viel mehr Patienten erhielten intensive Symptomkontrolle – Behandlung von Schmerzen, von Atemnot, Unterstützung von psychischen Leiden. Aber auch die palliative Sedation, unter der unheilbar Kranke ihr Leiden nicht mehr bewusst wahrnehmen, als eine extreme Massnahme zur Symptomkontrolle, hat eine grössere Bedeutung bekommen in Holland.

Der Wunsch nach Suizid ist bei schwer Kranken auch in der Schweiz häufig. Wie viele Patienten setzen den Wunsch in die Tat um?

Weber: Wunsch und Umsetzung sind tatsächlich zwei ganz verschiedene Angelegenheiten. Dazu zeigen mehrere, von einander unabhängige Untersuchungen ähnliche Zahlen. Bei Krebskrankungen ziehen zwischen 5 und 14 Prozent der unheilbar kranken Patienten den assistierten Suizid ernsthaft in Betracht. Bei Amyotropher Lateralsklerose, einer degenerativen, unheilbaren Erkrankung des motorischen Nervensystems, ist es noch ein wesentlich grösserer Anteil – fast die Hälfte der Betroffenen. Das Rezept für das todbringende Medikament hingegen verlangen nur 1 bis 2 Prozent der Patienten >>

ausdrücklich vom Arzt. Eine Ausnahme macht Holland. Dort sind es offenbar über 20 Prozent. Über diese Zahl staune ich.

Holland einmal ausgenommen: 1 bis 2 Prozent der unheilbar kranken Menschen scheiden früher oder später freiwillig aus dem Leben?

Weber: Nein. Dass es tatsächlich zum Suizid kommt, ist nochmals wesentlich seltener. Eine Studie aus den USA, die 1000 unheilbar Kranke einschloss, ergab, dass etwa 60 Prozent die Möglichkeit eines assistierten Suizids zwar grundsätzlich wünschten und etwa 10 Prozent ihn auch ernsthaft in Betracht zogen. Doch schliesslich waren es nur ungefähr 0,4 Prozent,

Angst vor dem Ersticken

Ein Patient von Andreas Weber, 1938 geboren, ist an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Die Diagnose kennt er seit Juni 2008, also noch nicht so lange. Schon zu diesem Zeitpunkt leidet er unter Krämpfen und Schwäche in den Beinen, Muskelzittern, Sprachproblemen, kann sich aber noch verständlich ausdrücken. Er hat ab und zu Atemnot, vor allem während Hustenanfällen, die wiederum im Zusammenhang mit Schluckproblemen stehen. Der Patient erleidet einen Gewichtsverlust, ist verstopft. Möglicherweise nimmt er zu wenig Flüssigkeit zu sich, weil Trinken Husten auslöst.

Seine Frau kontaktiert Andreas Weber im November 2008, denn der Patient hat sich bei Exit angemeldet und einen Termin festgesetzt Mitte Dezember. Diese Vorstellung bereitet nicht nur ihr, sondern auch den erwachsenen Kindern extreme Mühe. Andreas Weber führt ein langes Gespräch mit ihm. Es ergibt, dass er keine lebensverlängernden Massnahmen will. Das heisst auch: kein Atemgerät zur Unterstützung des bei ALS zu erwartenden Versagens der Atmung. Er lehnt auch ab, mit einer Sonde versorgt zu werden, die ihn bei Schluckproblemen ernähren würde. Der Hauptgrund, warum er bald aus dem Leben scheiden will, ist die Angst, dass die Atemnot zunimmt und ein Ausmass annimmt, das er nicht mehr ertragen könnte. Die Angst vor dem Ersticken. Andreas Weber zeigt ihm auf, dass es sehr wohl Möglichkeiten gibt, die Atemnot subjektiv zu behandeln mit Opiaten und anderen Medikamenten. Dass es im Extremfall aber auch die Möglichkeit einer palliativen Sedation gibt. Dazu setzt die palliative Medizin Mittel ein, die dazu führen, dass die Patienten ihr Leid nicht mehr bewusst wahrnehmen, die den Tod aber nicht herbeiführen.

Weber legt dem Patienten auch dar, dass rund um die Uhr ein Team für ihn zur Verfügung stehen würde, um die Betreuung auch nachts, an Wochenenden oder an Weihnachten, wenn alle in den Ferien sind, sicherzustellen. Der Arzt macht mit dem ALS-Patienten einen Plan, wie genau vorzugehen ist bei jedem möglichen Symptom, bei jedem möglichen Leiden. Auch zusammen mit der Spitex und mit dem Hausarzt bespricht Weber das sukzessive Vorgehen bis hin zum Behandlungsschema einer palliativen Sedation.

Der akribische Plan gibt dem Patienten schliesslich eine grosse Sicherheit und das Gefühl, er müsse nicht ersticken. Und so kann er wieder an anderes denken und sich auf andere Dinge einlassen. Es ist nicht mehr nur dieser Termin vor Weihnachten, der ihn beschäftigt. Er kann Weihnachten fei-

ern in der Familie und sogar ein Konzert besuchen. Er und die ganze Familie können wieder viel freier leben, auch im Bewusstsein, dass er, sollten Probleme auftauchen, nicht allein sein würde. Im Januar 2009 akzeptiert der Patient sogar die Sonde, die er anfänglich abgelehnt hat, und kann damit die Ernährung sicherstellen.

Am 4. Mai bekommt Andreas Weber ein Telefon von der Ehefrau, ihr Mann sei gestürzt, die Muskelkraft in den Beinen habe stark abgenommen. Sie muss den Sohn holen, um den Patienten zurück ins Bett zu bringen. Die Ernährung über die Sonde hat er selbst seit drei Tagen wieder gestoppt und der Familie mitgeteilt, er möchte nun wirklich gehen. Seine Frau gibt ihm jetzt nur noch Wasser.

Andreas Weber denkt, der Grund für seine Kehrtwendung sei, dass er tatsächlich nicht mehr gehen kann und einen Rollstuhl vehement ablehnt. Weber versucht, mit ihm noch einmal darüber zu verhandeln. Das Gespräch findet drei Tage später bei ihm zu Hause statt. Seine Frau und seine Kinder sind dabei. Er ist sehr schwach, hat keinen Hunger, obwohl die Ernährung unterbrochen ist. Flüssigkeit will er auch keine mehr zu sich nehmen. Etwas Schmerzen plagen ihn. Er mag absolut nicht mehr, ist am Ende und weint. Die Sättigung des Bluts mit Sauerstoff ist schon etwas reduziert. Der Patient hat ein graues Gesicht. Andreas Weber vermutet, er habe einen erhöhten Kohlendioxidgehalt im Blut.

Der Arzt vereinbart mit ihm, dass er etwas Flüssigkeit zu sich nimmt, weil einer seiner Söhne den Vater noch sehen will, aber erst am Wochenende nach Hause kommen kann. Weber erhöht die Dosis des Schmerzmittels, das auch gegen Atemnot wirkt, und gibt ihm das angstlösende Medikament Temesta, das er bei starker psychischer Belastung nehmen darf.

Weber kommt mit dem Patienten überein, nach dem Wochenende eine palliative Sedation einzuleiten, falls er bis dann nicht schon ins Kohlendioxid-Koma gekommen ist. Vier Tage später besucht der Arzt den Patienten wieder. Dieser bleibt bei seinem Entschied. Er möchte nun die Sedation. Seine Situation ist für ihn unerträglich trotz einer erhöhten Opiatdosis. Andreas Weber kommt seinem Wunsch nach. Er legt einen Katheter unter die Haut, durch den die sedierenden Medikamente mit einer Pumpe zugeführt werden.

Am nächsten Tag stirbt der Patient um 16 Uhr ruhig. Alle Kinder und seine Frau sind anwesend und haben das Gefühl, es sei gut gegangen – so wie er sich das gewünscht habe. Sie sind beruhigt und erleichtert. (Ieu)



«Ich frage alle meine Patienten, ob assistierter Suizid ein Thema für sie sei, damit ich früh Alternativen aufzeigen kann.»

Andreas Weber

Was kommt in die Praxis? Was kann ich tun? Wie kann ich helfen?

die ihn wirklich durchführten. Diese Zahlen entsprechen auch anderen Analysen und meiner eigenen Erfahrung.

Was bringt Menschen dazu, einen assistierten Suizid in die Tat umzusetzen?

Weber: Eine Studie aus der Schweiz zeigt: Schmerzen sind mit Abstand das häufigste Motiv. Dahinter folgen die Angst, völlig abhängig zu werden, Atemnot und neurologische Symptome wie Lähmungen und Immobilität. Häufige Gründe sind aber auch der Verlust der Würde und der Wunsch, den Todeszeitpunkt selbst bestimmen zu können.

Können Sie diese Studie aus der eigenen Praxis bestätigen?

Weber: Ja. Auch ich begegne bei meiner Arbeit drei Gruppen von Menschen, die den Wunsch nach assistiertem Suizid haben. Sie stimmen in etwa mit dieser Studie überein. Bei der ersten Gruppe ist allerdings oft nicht ein schlecht kontrolliertes Leiden der Grund für den Wunsch nach assistiertem Suizid, sondern eher die Angst davor – etwa die Angst, irgendwann starke Atemnot oder Schmerzen zu haben. Bei der zweiten Gruppe von Patienten steht im Vordergrund, dass sie den Verlust ihrer Autonomie nicht akzeptieren können und, was meistens damit zusammenhängt, die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen.

Und die dritte Gruppe?

Weber: Das ist die kleinste Gruppe: Menschen, die einen so genannten Bilanzsuizid in Erwägung ziehen. Ich weiß, dass der Begriff sehr umstritten ist. Aber er passt eben doch nicht schlecht bei Patienten, für die auf rationaler Ebene die Situation, in der sie mit schwerer und fortschreitender Krankheit leben, nicht mehr stimmt, auch wenn sie nicht leiden, mindestens körperlich nicht.

Was sagen Sie Menschen, die Ihnen gegenüber den Wunsch nach assistiertem Suizid äußern?

Weber: Unheilbar kranke Patienten, die nicht von sich aus zu mir kommen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid, spreche ich regelmäßig selbst darauf an. Ich frage alle meine Patienten, ob assistierter Suizid ein Thema für sie sei.



Foto: Maria Schmid

Warum?

Weber: Eine Erfahrung aus meiner Tätigkeit als Palliativmediziner hat mich dazu gebracht: Als ich einmal auf Hausbesuch gehen wollte, wurde ich überrascht, weil der Patient einfach nicht mehr da war. Dieses Erlebnis hat mich getroffen. Seither spreche ich das Thema immer möglichst früh an. Dies ist meiner Ansicht nach ein guter Weg, damit ich auch früh Alternativen aufzeigen kann.

Und nach den Gesprächen entscheiden sich die Patienten für Palliative Care?

Weber: Nicht alle, aber viele. Schaut man die wissenschaftliche Literatur an, stösst man auf Studien, die von bis zu 50 Prozent der Patienten sprechen, die ihren Entscheid bezüglich Suizidwunsch wieder ändern, wenn sie gute palliative Massnahmen erhalten.

>>



Hygiene-Grundkurse

in Bern, Olten, Winterthur, Lausanne
oder in Ihrem Betrieb

Ihre Vorteile:

- > Praxisnahe Kurse mit Abschlussprüfung
- > Hygienepass für die Teilnehmenden
- > Dokumentierter Schulungsnachweis für Ihren Betrieb
- > Erhöhung der Mitarbeiter- und Kundensicherheit
- > Reduktion der Betriebskosten

Informationen und Anmeldung: www.hygienepass.ch

Hygienepass, ALMEDICA AG/ABA AG, Guglera 1, 1735 Giffers
Tel. 026 672 90 90, Fax 026 672 90 99, info@hygienepass.ch, www.hygienepass.ch



Für diese Mietobjekte haben wir noch freie Wochen im 2010. Gerne senden wir Ihnen die entsprechenden Dokumentationen zu.



Wohngruppe Rütimattli, 6072 Sachseln

Eingebettet inmitten des schönen Kantons Obwalden bieten wir eine speziell eingerichtete, rollstuhl- und behindertengerechte Wohngruppe an. Die Räume sind auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung eingerichtet. Wir bieten Platz bis zu 14 Personen sowie auf Anfrage Gästezimmer an. Ebenso können Saal, Turnhalle und Hallenbad benutzt werden.



Ferienhaus Sommerau, 6063 Stalden (Sarnen)

Im Ferienhaus Sommerau sind Behindertenorganisationen, Vereine, Familien, Kursanbieter willkommen, um in Obwalden eine erholsame Zeit zu verbringen. Das Haus bietet 15 Zimmer mit 37 Betten an, davon 3 rollstuhlgängige Zimmer.

Wir vermieten

Stiftung Rütimattli Rütimattli 4
Postfach 62 6072 Sachseln
Telefon 041 666 52 52
eMail info@ruetimattli.ch
Homepage www.ruetimattli.ch

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Vertiefen Sie Ihr Wissen und Können

Weiterbildungen im Kontext der

- Gerontologischen Pflege
- Onkologischen Pflege
- Pädiatrischen Pflege
- Patienten- und Familienedukation

Flyer zu unseren Weiterbildungsangeboten unter weiterbildung.gesundheit@zhaw.ch, weitere Infos und Daten von Infoveranstaltungen unter www.gesundheit.zhaw.ch



Zürcher Fachhochschule

Durchgehend aufbauend – Weiterbildung am BZW in Zürich

Bereichsleiter/-in Hotellerie-Hauswirtschaft EFA

Berufsbegleitender Vorbereitungskurs auf die Berufsprüfung mit eidgenössischem Fachausweis.

Für Personen im hauswirtschaftlichen Bereich eines Grossbetriebs (Heim, Spital, Hotel, Tagungscenter usw.), die Leitungsaufgaben übernehmen oder im Begriff dazu sind.

Informationen: bl_hh@bzw.ch, oder 058 934 52 00

(B^z W) ▶

BERUFSBILDUNGSZENTRUM WÄDENSWIL

Dipl. Leiter/-in Facility Management

Berufsbegleitender Vorbereitungskurs auf die Höhere Fachprüfung mit eidgenössischem Diplom.

Für Personen mit einer Berufsprüfung in einer Sparte des Facility Managements (FM), die ihre berufliche Qualifikation über weitere Fachgebiete erweitern, Prozesse gesamthaft überblicken und eine zentrale Führungsaufgabe einnehmen wollen.

Infoanlass: Mittwoch, 14. April 2010, 18.00 Uhr. Anmeldung unter leiter_fm@bzw.ch oder 058 934 52 00

Berufsbildungszentrum Wädenswil, Standort Zürich, Technoparkstrasse 1, 8005 Zürich, www.bzw.ch/weiterbildung

Und welches ist Ihre eigene Erfahrung?

Weber: Es sind sogar noch wesentlich mehr. Rückblickend waren es nicht mehr als zehn von hundert meiner Patienten, die ernsthaft einen assistierten Suizid in Erwägung zogen.

Und diese zehn müssen Sie gehen lassen?

Weber: Nein. Unter diesen zehn Patienten gehören etwa vier der ersten Gruppe an. Sie haben entweder Angst vor Leiden oder leiden bereits. Ihnen können wir meistens eine Alternative bieten. Und wenn wir die Schmerzen oder die Atemnot oder die Angst davor unter Kontrolle bringen können, ist der assistierte Suizid plötzlich kein Thema mehr für sie. Zwar bleibt es für viele wichtig, weiterhin diese Möglichkeit zu behalten, aber sie rückt weit in den Hintergrund.

Was können Sie für die Menschen tun, die Angst haben vor Autonomieverlust und die Angehörigen nicht belasten wollen?

Weber: Es sind auch etwa vier von diesen zehn, die ich erwähnt habe, denen diese Probleme zu schaffen machen. Häufig können wir ihnen helfen, wenn wir Unterstützung für sie organisieren und zwar zu einem frühen Zeitpunkt. Das ist das

Mit klarem Kopf

Der dritte Fall gehört zur dritten Gruppe: Menschen, die einen Bilanzsuizid planen. Der Jurist, 1927 geboren, hat während seines Berufslebens viele Führungspositionen inne gehabt und Verwaltungsratsposten bekleidet. Er lebt sein ganzes Leben sehr selbstbestimmt, bis er an einem retroperitonealen Liposarkom, einem seltenen Tumor in der Bauchhöhle, erkrankt. Die Geschwulst füllt das ganze kleine Becken aus und bereitet ihm massivste, bewegungsabhängige, invalidisierende Nervenschmerzen im linken Bein. Der Tumor ist komplett ins Nervengeflecht eingewachsen.

Der Mann fasst den Entschluss, sich das Leben zu nehmen mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation. Zu diesem Zeitpunkt ist es noch weniger ein Bilanzsuizid. Denn der Patient leidet enorm. Andreas Weber legt ihm einen Katheter zwischen die Rückenmarkshäute, einen Periduralkatheter, durch den der Schmerz lokal und mit kleinen Medikamentenmengen kontrolliert werden kann. Die Aufmerksamkeit des Patienten beeinträchtigen sie nicht.

Der Mann sitzt in seinem wunderschönen Haus mit Blick über den ganzen Zürichsee und in die Berge, erledigt seine Angelegenheiten – und bleibt bei seinem Entcheid.

Andreas Weber hat den Eindruck, zusammen mit Spitex, Hausärztin und den Angehörigen viel für ihn zu tun. Seine Schmerzen sind gut unter Kontrolle, psychisches Leiden verneint er. Und doch sagt er, mit den zunehmenden Einschränkungen und der fatalen Prognose stimme es nicht mehr für ihn. Er wolle nicht mehr länger leben, nur um auf die nächste Komplikation zu warten. Er gehe jetzt. Er entscheidet sich sehr rational, ruhig und gefasst für Dignitas und stirbt am Tag vor Weihnachten. (ieu)

Wichtige. Wir dürfen nicht warten, bis die Angehörigen überlastet sind. Es gibt heute viele Möglichkeiten und Angebote, aber wir müssen früh genug daran denken.

Für die ganz wenigen, die übrig bleiben, ist Palliative Care keine Alternative. Sie bleiben bei ihrem Entscheid. Anders gesagt: Bei neun von zehn Patienten ist es tatsächlich möglich, dass wir eine Alternative bieten können mit einem guten Palliative-Care-Angebot. Damit betreiben wir auch Prävention. ●

Zur Person

Andreas Weber ist Facharzt für Anästhesie FMH, Schmerztherapeut und Palliativmediziner in Wetzikon ZH, Dozent für Palliativmedizin und Schmerztherapie in der beruflichen Weiterbildung für Fach- und Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Er ist Kopräsident des Palliative Care Netzwerks ZH/SH (www.pallnetz.ch).

Nicht abhängig werden

Peritonealkarzinose – ein Befall des Bauchfells mit bösartigen Tumorzellen –, metastasierender Prostatakrebs, Nierenschwäche verursacht durch den Tumor, der die Harnleiter komprimiert: Dies ist die Diagnose eines 1930 geborenen Patienten, der seit Anfang Juni 2009 im Spital betreut wird. Der Patient verweigert die Einlage von Röhrchen, die die Harnleiter offenhalten sollen, weil er nichts Lebensverlängerndes mehr will. Die Ärzte klären ihn darüber auf, ohne Stents werde er bald an Nierenversagen sterben. Der Patient sagt, er möchte am liebsten gleich sterben. Im Spital kann er nicht bleiben, will aber auf keinen Fall in ein Pflegeheim. Er entscheidet sich, nach Hause zu gehen und mit Exit aus dem Leben zu scheiden. Andreas Weber wird als Konsiliararzt beigezogen. Zu diesem Zeitpunkt hat der Patient die Sterbehilfe bereits organisiert.

Ein Umfeld, das ihn unterstützen kann, fehlt. Er hat zwei Söhne, die auch gesundheitliche Probleme haben, denen er nicht zur Last fallen will. Seine Frau ist vor Jahren gestorben. Der Entschluss, mit Hilfe von Exit zu sterben, entsteht, weil der Patient nicht komplett abhängig werden will. Denn er sieht keine Möglichkeit, weiterzuleben, wenn niemand zu ihm schaut.

Schliesslich lässt er sich von Andreas Weber Hilfe vermitteln – einen 24-Stunden-Dienst, ein sogenanntes Pflegeheim zu Hause. Es kommt eine fröhliche Frau aus Ostdeutschland, Mitte 40, die viel Leben in die Wohnung bringt. Sie bleibt drei Wochen. Dann wird sie abgelöst. Der Patient beginnt wieder zu essen, schaut zu seinen Kanarienvögeln. Mit den Pflegerinnen macht er gemeinsame Ausflüge in seinem Auto, das schon lange ungenutzt in der Garage steht. Er sagt, er geniesse den schönsten Sommer seines Lebens.

Erst viel später, als alle erwarten, am 13. Oktober, stirbt der Patient zu Hause an Nierenversagen. Bei ihm ist wieder die erste Pflegerin, die fröhliche Ostdeutsche. Das hat er sich gewünscht. (ieu)