

Osnabrücker Jahrbuch
Frieden und Wissenschaft
10 / 2003

An den Grenzen des Lebens

- OSNABRÜCKER FRIEDENSGESPRÄCHE 2002
- MUSICA PRO PACE 2002
- BEITRÄGE ZUR FRIEDENSFORSCHUNG

Herausgegeben vom Oberbürgermeister der
Stadt Osnabrück und dem Präsidenten der
Universität Osnabrück

V&R unipress

– Veröffentlichung des Universitätsverlags Osnabrück bei V&R unipress –

Sterbehilfe: Antworten auf eine ethische Grenzfrage in den Niederlanden und Deutschland

Podiumsveranstaltung in der Aula der Universität
am 6. Juni 2002

<i>Dr. Margot Käßmann</i>	Landesbischöfin der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers
<i>Dr. Jacob Jan Frederik Visser</i>	Niederländisches Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport
<i>Prof. Dr. Reinhold Mokrosch</i>	Universität Osnabrück (Gesprächsleitung)

Reinhold Mokrosch: Lassen Sie mich zwei Äußerungen von schwer kranken, leidenden Mitmenschen zu unserem Thema an den Anfang stellen. Eine an Speiseröhrenkrebs erkrankte 66jährige Frau erklärte:

»Wenn es einmal ganz schlimm wird mit mir, möchte ich nicht bis zum bitteren Ende leiden, davor habe ich Angst. Dann möchte ich bestimmen, wann ich sterbe – hoffentlich einen sanften Tod. Das ist aber in Deutschland nicht möglich. Nach Holland kann ich nicht gehen, weil das Gesetz nur für Holländer gilt. Ich hätte gerne auch in Deutschland so eine Möglichkeit. Ich habe Angst, dass es einmal ganz schlimm wird mit mir.«

Eine gegenteilige Äußerung stammt von einem 64jährigen, im Endstadium an Multipler Sklerose leidenden Mann:

»Ich habe oft an Sterbehilfe gedacht«, sagte er, »ich hatte Angst vor Schmerzen, vor Einsamkeit, vor einem Tod, den viele meiner für unwürdig halten könnten, und ich hatte Angst, den Ärzten und meiner Familie zur Last zu fallen, aber alle haben mir immer wieder meine Angst genommen. Und die Schmerzmedizin, die Palliativmedizin, hat mir geholfen. Ich hoffe, einen natürlichen Tod sterben zu können. Ich weiß nicht, warum es das niederländische und das belgische Gesetz gibt.«

Das waren die Stimme einer Betroffenen *für* und diejenige eines Betroffenen *gegen* ein Gesetz zur legalen aktiven Sterbehilfe.

Drei Feststellungen scheinen mir für die Diskussion grundlegend zu sein: Die *erste* lautet: Es ist ein großer Unterschied, ob Betroffene oder Nicht-Betroffene über aktive Sterbehilfe reden. Eine Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie hat gezeigt, dass 64% der Bürger in den alten und 80% in den neuen Bundesländern sowie 90% der Niederländer mit dem Gesetz für eine aktive Sterbehilfe in Grenz- und Ausnahmefällen einverstanden sind. Die Befragungsergebnisse änderten sich aber jeweils, als über Möglichkeiten der Schmerzlinderung informiert worden war. Trotzdem: 60–90% befürworteten Sterbehilfe. Allerdings ist kaum zu erwarten, dass diese Befürworter im akuten Fall selbst um Sterbehilfe bitten würden, und ebenso wenig ist sicher, dass die Gegner einer Sterbehilfe im akuten Fall nicht um die lebensbeendende Spritze oder den Giftbecher bitten würden. Einstellung und Verhalten gehen bei der Frage der Sterbehilfe erfahrungsgemäß weit auseinander.

Die *zweite* Feststellung lautet: Nicht eine *generelle* Erlaubnis zur aktiven Sterbehilfe steht zur Debatte, sondern nur eine eingeschränkte. Denn auch das niederländische Gesetz ist kein Freibrief für bedingungslose »Euthanasie«. Nein, Sterbehilfe bleibt in den Niederlanden weiterhin strafbar. Aber in Grenzfällen können auf Wunsch eines Kranken zwei Ärzte beim Sterben Hilfe leisten, wenn sie folgende Sorgfaltskriterien walten lassen: Sie müssen sicher sein, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung zu dem Entschluss kommt, dass sein Leiden unerträglich ist und keine Therapie ihm eine Hoffnung bietet, so dass der Patient überzeugt ist, keine andere Alternative als die selbstgewählte, sanfte Tötung zu haben.

Dass es nicht um die Frage einer prinzipiellen Tötung geht, haben auch die Vertreter von Politik, Kirche und Verbänden in Deutschland durchaus berücksichtigt. Dennoch haben sie sich seit dem 10. April letzten Jahres massiv gegen dieses Gesetz gewandt: Bischof *Lehmann* sprach von einem »Dammbruch der christlichen Traditionen«. Bischof *Huber* meinte, das Gesetz stelle das Lebensrecht jedes einzelnen Menschen infrage. Justizministerin *Hertha Däubler-Gmelin* entschied, dies sei kein Modell für Deutschland, ein Mensch dürfe nicht durch die Hand eines anderen Menschen legal sterben. *Claudia Roth* von den Grünen argwöhnte, in Zeiten einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen komme dieses Gesetz vielen gerade recht. Und der Präsident der Bundesärztekammer, *Jörg-Dietrich Hoppe*, sagte, das Gesetz »rühre an die Grundfesten einer humanen Gesellschaft«.

Dagegen steht die Öffentlichkeit mit einem Anteil von 60–90% Befürwortern, wobei auch hier den meisten klar ist, dass es nicht um einen prinzipiellen Freibrief zur Tötung geht. Wie erklären sich diese unterschiedlichen Sichtweisen? *Friedemann Nauck*, Oberarzt des Zentrums für Schmerzmedizin am Malteser-Krankenhaus in Bonn, meint, die Menschen seien zu wenig über die Möglichkeiten der Schmerzlinderung informiert, und die Pflegerin *Marti-*

na Kern sagte: »Viele Patienten kommen zu uns und sagen: Ich möchte nicht mehr leben. Aber im Grunde heißt das: Ich möchte nicht so leben.«

Eine *dritte* Feststellung muss lauten: Sowohl die Befürworter als auch die Gegner des niederländischen und des belgischen Gesetzes argumentieren aus Achtung und Ehrfurcht vor dem Leben. Sie haben möglicherweise ein anderes Menschenbild und kommen daher zu anderen Ergebnissen. Aber Befürworter und Gegner haben in gleicher Weise Achtung vor dem Leben.



Jacob Jan Frederik Visser: Ich darf zunächst erläutern, welchen Verlauf die Diskussion über das niederländische Sterbehilfegesetz in den zurückliegenden rund dreißig Jahren genommen hat, denn dieses Gesetz ist bei uns nicht vom Himmel gefallen. Wir müssen auch weiterhin darüber diskutieren, denn wir haben nur eine *gesetzliche* Lösung erreicht, die keineswegs alle Probleme löst. Viele Fragen mit Bezug auf die letzte Lebensphase des Menschen wurden bei uns an die Politik gerichtet, darunter auch empörte und verständnislose. Aber oft gibt es im Ausland auch Interesse und Respekt für die Situation.

Die Niederlande sind ein Land mit einer langen Tradition öffentlicher theologischer Diskussionen. Unsere Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr schnell säkularisiert und entkonfessionalisiert, was dazu geführt hat, dass Entscheidungen über das Leben aus anderer Perspektive betrachtet werden. Manche Verantwortung, die früher der Kirche oder dem Arzt oblag, nehmen jetzt die Menschen selbst wahr. Viele Niederländer sind davon überzeugt, dass ihnen Entscheidungen über ihr Leben und dessen Ende selber überlassen bleiben müssen. Auch unser Leiden und Sterben möchten wir selbst beeinflussen können. Gleichzeitig ist unsere Gesellschaft von einem großen Respekt für das menschliche Leben gekennzeichnet. Wir sind ein pragmatisches Volk, das auf Sicherheit Wert legt und den Konsens auch bei

schwierigen Problemen wie den Fragen von Leben und Tod sucht. Wir kennen ein frei zugängliches Gesundheitssystem, das jedem von der Wiege bis zum Grab Fürsorge garantiert. Und wir haben ein Hausärztesystem mit einem oft langjährigen, und daher für die Frage der Sterbehilfe sehr bedeutsamen Verhältnis zwischen Patient und Hausarzt.

Für viele war es ein Schock, als 1973 die *Justiz* einen Fall zu behandeln hatte, in dem ein Arzt das Leben seiner schwerkranken Mutter auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin beendete und ihr so einen unaufhaltsamen Leidensweg ersparte. Der Arzt fand, dass ein Patient, der so unerträglich krank sei und wisse, dass er bald sterben müsse, nicht zum bitteren Ende zu leiden brauche, wenn er selbst den Wunsch geäußert hat, nicht weiter leben zu wollen. Das Gericht beurteilte dies im Grundsatz als ›Mord‹, aber zugleich machte es deutlich, dass ein Arzt nicht in jedem Fall das Leben eines schwer leidenden Patienten verlängern muss. Zwar ist ein Arzt ausgebildet, um zu heilen, aber er hat auch gelernt, Menschen nicht unnötig leiden zu lassen.

Die Frage war dann, ob er auch aktive Sterbehilfe leisten darf, das Beenden eines Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin. Die Ärzteschaft, die anfangs uneinig war, nahm auf sehr konstruktive Weise an der nachfolgenden, breiten Diskussion teil: Die niederländische Ärztekammer forderte, dass jeder Fall aktiver Sterbehilfe durch den Arzt mitgeteilt werden muss. Ärzte entwickelten Kriterien zur Bewertung einer Sterbehilfeanfrage durch einen Patienten. In der Bevölkerung wuchs die Überzeugung, dass man selbst über Leben und Sterben entscheiden können muss, aber sicher verdient auch Respekt, wer der Ansicht ist, dass man sein Leiden bis zum natürlichen Ende des Lebens ertragen muss. Juristen, Ärzte und Ethiker haben lange um eine Handlungsorientierung vor dem Hintergrund der eigenen Profession gerungen.

Alle Möglichkeiten sollten ausgeschöpft werden, um auf den Wunsch des Patienten eingehen zu können, ohne dass sich der Arzt dabei strafbar macht. Die Ärzte sollen sicher sein, dass sie auf der Grundlage der Legalität handeln. 1984 führte ein Urteil des Obersten Gerichtshofes der Niederlande zum Durchbruch. Das Gericht befand, dass ein Arzt, der das Leben eines untrüglich und aussichtslos leidenden Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin beendet, in einem *Konflikt* stehe zwischen der Pflicht zur Heilung eines Patienten oder der Erleichterung seines Leidens und der Pflicht, einen Patienten nicht unnötig leiden zu lassen, wenn er weiß, dass keine Genesung mehr möglich ist.

In dieser Situation kann sich ein Arzt nach Anwendung konkreter Sorgfaltskriterien auf einen Notstand berufen, der sein Handeln als nicht strafbar bewerten lässt. Zwischenzeitlich wurden die Sorgfaltskriterien systematisch formuliert und die Gesetzgebung verfeinert, aber dieses rechtliche Prinzip ist seit 1984 unverändert.

Die Politik hat viele Jahre an einer gesetzlichen Regelung gearbeitet. Untersuchungen zur Praktizierung der aktiven Sterbehilfe ergaben eine Anzahl von jährlich zwei- bis dreitausend Fällen. Demnach lag der Anteil aktiver Sterbehilfe an allen Todesfällen bei höchstens 2,4%. Diese Untersuchungen erregten weltweit Aufmerksamkeit, weil erstmals dieses schwierige Terrain in einem Land objektiv beleuchtet wurde.

In einer Reihe von Fällen war das Leben von Patienten beendet worden, die ihren Willen nicht mehr deutlich zum Ausdruck bringen konnten. Das führte vor allem im Ausland zu Missverständnissen und hat auch in Deutschland Horrorgeschichten hervorgebracht. Es ergab sich aber, dass diese strafbare Form der Lebensbeendigung sehr selten geschehen war und dass die fraglichen Patienten – schon bevor sie ihren Willen nicht mehr äußern konnten – ausdrücklich bekundet hatten, in welcher Situation ihrer Krankheit sie nicht mehr weiter leben wollten, sondern um Sterbehilfe bitten würden. Dies betraf fast nur Krebspatienten, die 90% aller Fälle aktiver Sterbehilfe ausmachen. Das neue Gesetz enthält nun eine Bestimmung, die es Patienten ermöglicht, ihre Bitte um Sterbehilfe schriftlich niederzulegen, bevor eine Situation eintritt, in der sie ihren Willen nicht mehr äußern können. Aber auch dann hat der Arzt die Sorgfaltskriterien zu beachten.

Die Auswirkungen dieser neuen Gesetzeslage wird eine weitere Studie bis Ende 2003 untersuchen.

1990 hat die Regierung aus Sozialdemokraten und Christdemokraten mit der Ärztekammer vereinbart, dass jeder Fall erfolgter Sterbehilfe durch den ausführenden Arzt der Staatsanwaltschaft bekannt gegeben werden muss. Der Staatsanwalt sollte die Einhaltung der Sorgfaltskriterien feststellen und dadurch den Arzt von einer Strafverfolgung freistellen. 1995 wurde festgestellt, dass viele Ärzte, die aktive Sterbehilfe geleistet hatten, dieser Meldepflicht nachgekommen waren, aber eine größere Anzahl von ihnen diese Fälle nicht gemeldet hatte, weil sie sich – trotz gleichfalls sorgfältigen Handelns – als Kriminelle beobachtet fühlten. So wurde zur Prüfung der Fälle aktiver Sterbehilfe die Bildung staatlicher Kommissionen beschlossen, in der Ärzte, Juristen und Ethiker vertreten sein sollten. Diese Kommissionen bestehen seit 1998. Sie informieren die Staatsanwaltschaft nur in den Fällen, wenn der Verdacht besteht, dass ein Arzt nicht hinreichend sorgfältig gehandelt hat.

Im Gesetz gibt es folgenden Strafausschlussgrund: Hat ein Arzt bei aktiver Sterbehilfe sorgfältig gehandelt und den Fall der Prüfungskommission gemeldet, die ihrerseits seine Sorgfalt bestätigt, dann unterbleibt die Meldung bei der Staatsanwaltschaft, und eine Strafbarkeit der Handlung ist nicht gegeben. Jetzt liegt also die Entscheidung bei den Prüfungskommissionen und nicht mehr bei der Staatsanwaltschaft. Fälle, in denen Ärzte nicht sorgfältig gehandelt haben, werden weiterhin verfolgt, denn prinzipiell bleibt aktive Sterbehilfe strafbar.

Die Sorgfaltskriterien sind folgende: Ein Arzt muss sich davon überzeugt haben, dass der Patient seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat und dass seine Situation aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Weiter muss der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung mehr gibt. Das ist sehr wichtig, denn bei diesem Gespräch werden auch die Möglichkeiten der Palliativfürsorge besprochen. Schließlich muss mindestens ein anderer, unabhängiger Arzt zu Rate gezogen werden, der den Patienten untersucht haben muss und eine schriftliche Stellungnahme zu den genannten Voraussetzungen abgeben muss. Hier wird deutlich, dass der Arzt eine entscheidende Rolle hat. Er ist nicht *verpflichtet*, dem Wunsch nach Sterbehilfe nachzukommen, und der Patient hat kein *Recht* auf Sterbehilfe.

Ob das Leiden eines Patienten als ›unerträglich‹ empfunden wird, ist ein subjektives Urteil. Jeder empfindet die Grenze zur Unerträglichkeit anders. ›Aussichtslosigkeit‹ ist nach medizinischer Erkenntnis aber objektiv feststellbar, und die Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Arztes, der als *Consiliarius* speziell ausgebildet ist, unterstreicht den Charakter der Überprüfung. Dieser Arzt entscheidet nicht, er berät nur den behandelnden Arzt. Die Ärzteschaft selbst ist davon überzeugt, dass die Ausführung einer Sterbehilfe eine sehr schwierige Entscheidung bleiben muss, dass die Sorgfaltskriterien in einem transparenten Verfahren geprüft werden müssen und dass man öffentlich darüber sprechen kann und kein Geheimnis daraus machen soll.

Auch die Ärzte wissen, dass die Bitte um Sterbehilfe vielfach aus Angst vor Schmerzen, vor Einsamkeit oder aus der Befürchtung heraus geäußert wird, anderen zur Last zu fallen oder auf menschenunwürdige Weise sterben zu müssen. Seine Einwilligung kann der Arzt erst geben, wenn es wirklich keine anderen Möglichkeiten mehr gibt, das Leiden zu lindern. Sterbehilfe bleibt ein *Ultimo* im Leben.

Ein Patient darf nie von einem Arzt zu hören bekommen: »Ich kann nichts mehr für Sie tun«. Fast immer gibt es ja noch eine Form von Palliativpflege. Aber auch gute Palliativpflege kann nicht in allen Fälle verhindern, dass den Patienten sein Leiden und der Verlust jeder Lebensqualität zu dem Entschluss bringt, sterben zu wollen, und dann kann Sterbehilfe das würdige Ende einer guten Palliativpflege sein.

Die Abwägung bleibt immer sehr schwierig und individuell. In den Niederlanden sind uns sowohl die Eigenverantwortung des Individuums als Patient und die Verantwortung des Arztes wichtig, als auch die Verantwortung des Staates für seine Bürger. Im Laufe der Jahre haben wir uns bemüht, eine Synthese zu finden, die der Verantwortung aller Beteiligten Rechnung trägt. Aber die Probleme von Leben und Tod sind natürlich von einer Dimension, die mit gesetzlichen Regelungen allein nicht zu bewältigen ist.

Margot Käßmann: In diesem Friedensgespräch über ein ethisch höchst strittiges und gewichtiges Thema möchte ich im Hinblick auf die Debatte in Deutschland einige Positionen deutlich machen, die ich für unsere Kirche sehe, aus deren Perspektive ich spreche.

Kurz vor Pfingsten ist *Diane Pretty* gestorben. Viele Menschen hatten großes Mitleid mit ihr, weil sie um ihr Recht gekämpft hat, dass ihr Mann sie straffrei zu einem von ihr bestimmten Zeitpunkt töten dürfe. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg hat entschieden, dass aus dem Recht auf Leben kein Recht auf Sterben abzuleiten sei. Das Gericht machte deutlich, dass die so genannte »*Suicide Act*« – das Gesetz, das die Beihilfe zum Selbstmord für strafbar erklärt – letzten Endes dem Schutz der Schwachen dient. Frau Pretty war nicht in der Lage, Selbstmord zu begehen. Hätte das Gericht aber der Tötung auf Verlangen zugestimmt, wäre es in sehr schwierige Abgrenzungsfragen geraten. Wer beherrscht dann das Geschehen: der Handelnde oder das Opfer?

Nehmen wir einen anderen Fall in Deutschland: Da kämpft ein Vater um die Durchsetzung der ärztlich gefallenen Entscheidung, seinen Sohn von den lebenserhaltenden medizinischen Geräten abzuschalten. Es weigert sich in dem Pflegeheim aber das Pflegepersonal, dieses zu tun, mit der Begründung, der Patient reagiere ja auf Berührung. Er könne lächeln, und deshalb dürfe man sein Leben nicht einfach beenden. Was tun? Wer entscheidet?

Die Diskussion in Deutschland ist erst vehement in Gang gekommen, seit das niederländische Parlament im April 2001 und das belgische Parlament im Mai 2002 aktive Sterbehilfe legalisiert haben. Das belgische Gesetz ist dabei noch weitergehend als das niederländische. Dort ist aktive Sterbehilfe auch zulässig bei schwerwiegenden psychischen Leiden, und auch für Patienten, deren Sterbezeitpunkt nicht absehbar ist. Das ist in den Niederlanden anders. Viele sehen »Euthanasie« – und dieser Begriff wird verständlicherweise in den Niederlanden unbefangener benutzt als in Deutschland – als Fortschritt an, hin zur Autonomie des Individuums. Bemerkenswert ist, dass gerade der Fortschritt der Apparatedizin die Angst der Menschen vor einem fremdbestimmten Tod und Sterben ausgelöst hat. Euthanasiegegnern wird oft vorgeworfen, sie setzten nun eine bloße »Gefühlsethik« einer aufgeklärten Wissenschaftsethik gegenüber. Zudem sei die Argumentation mit der deutschen Vergangenheit »rückwärtsgewandt«.

Ich lehne aktive Sterbehilfe *zum einen* deshalb ab, weil sie Grauzonen entstehen lässt: Die Vertreter der aktiven Sterbehilfe argumentieren mit der Menschlichkeit und stellen die Angst vor einem qualvollen Sterben in den Vordergrund. Wenn ein Mensch ohnehin sterben müsse, so fragen sie, sei es dann nicht besser, ihm zu einem selbstgewählten Zeitpunkt einen schmerzfreien Tod zu ermöglichen? Das ist eine legitime Frage, aber die Gefahr des möglichen Missbrauchs ist nicht zu unterschätzen. Immerhin haben 42% der

holländischen Ärzte erklärt, Fälle nicht gemeldet zu haben, in denen sie aktive Sterbehilfe leisteten, weil nicht alle gesetzlich geforderten Bedingungen erfüllt waren.

Zum andern verändert die Sterbehilfe das Verständnis vom Sterben als Prozess. Kann es nicht sein, dass der unheilbar Kranke das Gefühl bekommt, seine Umgebung jetzt doch so sehr zu belasten, dass sie es nicht mehr aushalten? Kann es nicht sein, dass Eltern das Sterben ihres Kindes wünschen, weil sie es nicht mehr ertragen, das Kind so leiden zu sehen? Kann es nicht sein, dass die alte Mutter nur gedrängt wird, zu sterben, weil die Familie ein Ende braucht, um weitermachen zu können? Untersuchungen kritischer Gruppen sagen durchaus, dass die gesetzliche Legalisierung auch Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch zur Folge hat. Wo soll eine solche Entwicklung enden? Mit der Todespille für Sterbewillige, von der schon gesprochen wird? Kann da nicht bei Alten ein Druck entstehen, nun endlich zu gehen? Müssen Schwerkranke dann eine Genehmigung einholen, dennoch weiterleben zu dürfen? Eine alte Dame sagte mir neulich: »Man schämt sich ja schon, so alt zu werden. Wir belasten die Krankenversicherung, und wir stellen die Alterspyramide auf den Kopf«. Beruht dann der Wunsch nach Sterbehilfe noch auf einer freien Entscheidung? Und wie sieht es mit Jugendlichen aus oder Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden? Die Sterbehilfe im Namen der Freiheit zu verteidigen, ist problematisch. Für mich gibt es aus der christlichen Ethik heraus große Fragen gegenüber dieser aktiven Sterbehilfe.

In der gemeinsamen Erklärung *Gott ist ein Freund des Lebens* der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland aus dem Jahr 1989 heißt es:

»Gottesebenbildlichkeit besagt, dass jeder Mensch vor Gott und den Menschen einen eigenen Wert und Sinn besitzt. Diese Auszeichnung des Menschen ist unverlierbar, wie immer der Mensch beschaffen ist, was immer mit ihm geschieht, und sei er in seinen Lebensäußerungen noch so eingeschränkt, er behält seinen eigenen Wert.«

Wir leben ganz offensichtlich in einer Zeit mit einer panischen Angst vor dem Tod. Deshalb wird der Tod vielfach in Deutschland aus dem allgemeinen Blickfeld heraus in spezielle, vermeintlich klinisch reine Bereiche verbannt. Das Sterben zu Hause wird mehr und mehr zur Ausnahme. Alle wollen ›schnell und zügig‹ sterben, und so befürworten 78% der Deutschen eine Euthanasie. Auch unter den Christen sagen nur 14% der evangelischen und 18% der Katholiken, dass über Leben und Tod allein Gott entscheiden sollte. Das ist ein Signal dafür, wie groß die Angst vor dem Tod ist und wie sehr wir in unserer Gesellschaft das Sterben und den Tod tabuisieren. Dass Menschen Angst vor dem Sterben haben, ist ganz normal. Persönlich kennen wir Sterben

und Tod nicht, und alles Unbekannte macht Angst. Aber dass so viele Menschen aktive Sterbehilfe befürworten, sollte Konsequenzen haben.

Die erste Konsequenz: Es muss sich dringend die Situation in der *Pflege* in Deutschland verändern. Die von der Pflegeversicherung vorgegebenen Leistungen – zum Beispiel 23 Minuten für die große Morgenwäsche – sind völlig unzureichend. Für den täglichen Einkauf können lediglich 14 Minuten abgerechnet werden. Die Pflege wird erst recht menschenunwürdig, wenn keine Zeit bleibt, jemandem die Hand zu halten oder ein Gebet zu sprechen.

Die zweite Forderung ist, die *Palliativmedizin* zu stärken: »*pallio*« ist der lateinische Ausdruck für einen bergenden, wärmenden Mantel. Die Londoner Ärztin *Cecilly Saunders* hat bei der Begleitung von tumorkranken Patientinnen und Patienten diesen Behandlungsschwerpunkt begründet, um deren Selbstbestimmungsrecht, ihre soziale Integration, die Sicherstellung kompetenter Betreuung, die Linderung quälender Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz, Schlaflosigkeit und vor allen Dingen Schmerzfreiheit zu gewährleisten.

Deutschland ist in dieser Hinsicht noch ein Entwicklungsland. Erst seit 1994 gibt es hier eine Gesellschaft für Palliativmedizin. Einzelne Beispiele, wie beispielsweise das Projekt »*Support*« in Göttingen oder das Friederikenstift in Hannover, wo Hausärzte, stationäre Ärzte, Pflegepersonal und Kirchen zusammenarbeiten, bieten positive Ansätze, aber noch sind die Krankenkassen nicht hinreichend bereit, hier finanziell einzustehen.

Sobald Menschen von den Möglichkeiten solcher Schmerztherapie erfahren, sinkt die Rate der Befürworter von aktiver Sterbehilfe auf 36%. Hier ist auch bei den Ärzten ein Umdenken nötig: Aus der Befürchtung, Drogenabhängigkeit beim Patienten zu erzeugen, wird oft unheilbar Kranken in Deutschland verwehrt, sich über die letzten Wochen und Tage ihres Lebens mit Hilfe selbst zu dosierender Morphiumgaben möglichst schmerzfrei zu halten. Eine solche Hilfe halten zwar auch deutsche Ärzte für juristisch zulässig, in der medizinischen Aus- und Fortbildung muss jedoch die Frage der Schmerzlinderung noch stärker Thema werden.

Mein dritte Antwort auf den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist der Hinweis auf die *Hospizbewegung*. Für viele Familien ist es schwer oder unmöglich, den Sterbeprozess eines Angehörigen zu Hause zu begleiten. Viele Sterbende haben keine Familien mehr. Sterbende gehören dann in eine geborgene Umgebung, in der sie auf diesem letzten Weg begleitet werden. In den vergangenen Jahren ist in Deutschland die Hospizbewegung entstanden, die an vielen Orten ambulante und stationäre Hilfe leistet und damit eine Antwort auf die Forderung nach einer Humanisierung des Sterbens bietet. Die Kirchen unterstützen dies. Wir wollen die Akzeptanz erhöhen, denn noch haben Menschen Hemmungen, sich an die Hospize und die Hospizbewegung zu wenden.

Ein vierter Hinweis gilt den *Patientenverfügungen*, die mehr Anerkennung und Verbreitung verdienen, auch wenn etwa die von beiden großen Kirchen herausgegebene *Christliche Patientenverfügung* bei der evangelischen Kirche mehr als eine Million Mal abgerufen wurde und damit zu dem am weitesten verbreiteten evangelischen Dokument geworden ist. Dort heißt es:

»An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist, dass ich mich im Sterbeprozess befinde oder es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt. Ärztliche Begleitung sowie die sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn die Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht ausschließt.«

Dies ist der Wunsch nach einer *passiven* Sterbehilfe, die ethisch befürwortet werden kann, wie ich denke, denn die christliche Ethik gebietet auch, das Sterben zuzulassen. Wird beispielsweise einer geistig völlig verwirrten, also nicht mehr ansprechbaren Patientin ein Bein amputiert, um eine Venenverstopfung und als Folge ihren Tod innerhalb von zwei Tagen zu verhindern, so muss man fragen dürfen, warum diese Frau nicht geborgen sterben durfte, anstatt noch eine Amputation über sich ergehen lassen zu müssen. Sterben lassen, passive Sterbehilfe, sollte möglich sein, wenn der Mensch dieses vorher klar geäußert hat und der Arzt einen solchen Patientenwillen dokumentiert findet.

Schließlich geht es für mich um eine *redliche Rede des Glaubens von Tod und Auferstehung*, einem viel zu lange öffentlich vermiedenen Thema. Wir Christen glauben nicht an einen Toten, sondern an den Auferstandenen. Und für mich gehören Lebensmut und Todesmut, das heißt: auf das Sterben auch offensiv zuzugehen, tatsächlich zusammen. »Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden«, heißt es im Psalm 90,12. Wenn ich glauben kann, dass Gott mein Leben hält und trägt, auch im Sterben, im Leid und über den Tod hinaus, muss ich meines Erachtens der Frage nach dem Tod nicht ausweichen. Ich möchte mit Pflegekräften, Ärztinnen, Ärzten, Angehörigen, Krankenkassen, Politik, Gesellschaft ein Gespräch über die Frage führen, wie wir mit Tod und Sterben in unserem Land umgehen. Es gilt, dazu zu ermutigen, das Sterben als Teil des Lebens anzusehen und einen neuen Blick auf den Sterbeprozess zu bekommen. Ihn sollten wir nicht abschieben, sondern selbst begleiten.

Im letzten Kapitel seines Buches *Glaube unter leerem Himmel* hat der 87jährige *Heinz Zahrnt* geschrieben, wie er die allgemeine Wahrheit, dass der Mensch sterblich ist, als persönlich an ihn gerichtete Nachricht erfährt und den Tod als totale Verhältnislosigkeit reflektiert. Dort heißt es:

»In dem Augenblick, in dem der Mensch aufhört, sich zu sich selbst und zur Welt zu verhalten, verhält Gott sich aber weiterhin zu ihm. Das ist, was der Glaube ewiges Leben nennt. Der Tod ist kein hoffnungsloser Fall. Ich bleibe auch im Tod in Gott geborgen, und darum kann ich vom Leben lassen. Mein Leben bleibt zwar eine Einbahnstraße auf den Tod zu, aber es ist jetzt keine Sackgasse mehr. Zwar setzt der Tod nach wie vor einen Punkt hinter mein Leben, aber Gott macht daraus einen Doppelpunkt. Am Sterbebett lautet das letzte Wort des Arztes: Exitus. Die christliche Beerdigungsliturgie nimmt dieses Wort auf und verwandelt den Exitus in den Etroitus: »Der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang von nun an bis in Ewigkeit«. So wird der Tod aus dem Exitus zum Transitus. Ich bleibe Licht, aber Gott bleibt mir auch im Tod, und damit habe ich ewige Bleibe.«

Ich denke, solche redliche theologische Rede vom Sterben kann uns auch helfen, in unserer Gesellschaft das Sterben in Würde zu thematisieren.

Reinhold Mokrosch: Ein erstes Stichwort für die Diskussion soll die Frage nach der Autonomie des Individuums sein: Tragen heute in den Niederlanden die Patienten wirklich selbst die Verantwortung für ihr Leben und ihren Tod? Oder liegt die Entscheidung über Tod und Sterbenlassen wie in Deutschland nach wie vor beim Arzt? Ist nicht die Vorstellung, dass vor dem Tod eine autonome, freiwillige, reiflich durchdachte Entscheidung gefällt werden kann, ein irreales Konstrukt?

Das zweite Stichwort ist die Frage nach dem Verständnis von Sterben: Gilt allein der Elan der Jugendlichkeit? Geht nicht das Verständnis für den Sterbeprozess und die Würde des Sterbenden verloren? Und schließlich sollten wir die Frage der Sterbebegleitung thematisieren: Bietet sie eine Perspektive gegenüber der aktiven Sterbehilfe?

Jacob Jan Frederik Visser: Es bleibt dem Menschen angesichts des Sterbens nur eine sehr relative Autonomie. Aber der lange Prozess der Säkularisierung ermöglicht es ihm, eine Entscheidung über sein Leben nach eigenem Willen zu treffen, anstatt diese anderen, z.B. den Ärzten, zu überlassen. Das ist in den Niederlanden gesellschaftlich und politisch anerkannt. Aber die Entscheidung liegt bei der Sterbehilfe nach dem neuen Gesetz weder allein beim Patienten noch allein beim Arzt. Die gesetzliche Regelung ist Kennzeichen einer wachsenden Offenheit und Mündigkeit des Patienten und für die Möglichkeit einer *Übereinkunft* zwischen Ärzten und Patienten.

Margot Käßmann: Meine Befürchtung ist, dass das Selbstbestimmungsrecht des Individuums – an sich ein positives Gut – im Hinblick auf Alter, Sterben

und Tod in der Gesamtgesellschaft missbraucht wird. Wenn es legal ist, einem Menschen zum Tod zu verhelfen, wird das nicht die Frage provozieren, *wann* es Zeit sei, einem Menschen dazu zu verhelfen? Die Hauptlast der Krankheitskosten, die wir den Krankenkassen zumuten, entsteht in den letzten beiden Lebensjahren. Ob sich da nicht der Blick auf Alte und Kranke ändern wird, wenn Sterbehilfe möglich ist? Auch im privaten Bereich kann es für aktiv Pflegende eine gewaltige Last bedeuten, einen Schwerkranken zu pflegen. Sagt er: »Ich möchte euch diese Last nehmen«, so ist nach der Freiheit einer solchen Entscheidung und dem möglichen Missbrauch zu fragen.



Jacob Jan Frederik Visser: Über dieses Argument wird in Deutschland, aber auch in Holland ausgiebig diskutiert. Ich denke, dass die mit der Bitte eines Patienten um Sterbehilfe konfrontierten Ärzte fähig sind, jeweils auch den familiären Hintergrund einzuschätzen. Dafür ist auch das langjährige Verhältnis zwischen Hausarzt und Patient bedeutsam. Ich denke, dass Ärzte unterscheiden können, ob der Wunsch und die Entscheidung des Patienten für eine Sterbehilfe frei erfolgen oder unter einem Druck der Umstände entstanden sind. Die wirtschaftlichen Argumente sind in den Niederlanden übrigens nicht diskutiert worden. Damit wurde ich erstmals in Deutschland konfrontiert.

Margot Käßmann: Ich befürchte, die allgemeine Diskussion verschiebt sich in Richtung der Frage: Wann ist Leben lebenswert und wann ist Leben nicht oder nicht mehr lebenswert? Deshalb ist besonders bedrückend, dass nach dem belgischen Gesetz Sterbehilfe beispielsweise auch bei psychischen Erkrankungen möglich sein soll. Aus christlicher Perspektive ist jedes Leben lebenswert. Wir müssen Menschen in Würde eine Möglichkeit zum Sterben geben.

Reinhold Mokrosch: Sie beide sprachen von der Aufgabe des Arztes, Leben zu retten und zu heilen, aber auch, keinen Patienten unnötig leiden zu lassen. Kann das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten nicht schwer gestört werden, wenn Ärzte, die aktive Sterbehilfe leisten, zu ›Todesengeln‹ werden?

Margot Käßmann: Ärztin und Arzt geraten notwendig in einen Zwiespalt, wenn ein Patient bekundet: Jetzt kann ich nicht mehr, ich will jetzt sterben. Dann muss der Arzt die Entscheidung treffen, ob dieser Zeitpunkt gekommen

ist. Das bedeutet eine erhebliche Gewissensbelastung. Ich möchte Ärzte und Ärztinnen eher ermutigen, eine passive Sterbehilfe zu leisten und ein Ethos des Loslassens zu stärken.

Jacob Jan Frederik Visser: Es muss für den Arzt in keinen Widerspruch zum hippokratischen Eid führen, wenn er weiß, dass eine Genesung nicht mehr möglich ist. Was das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten betrifft, so besteht offenbar ein Unterschied zwischen unseren beiden Ländern:



Bei uns hat die ganze Diskussion dazu geführt, dass die Ärzte offener und bewusster darüber nachdenken, welche Behandlung noch möglich ist, und welche nicht, und dies mit dem Patienten und einem weiteren Arzt zu besprechen. Auch der Patient verspürt weniger Angst, mit seinem Arzt darüber zu reden, denn das bedeutet noch keine Entscheidung für die Sterbehilfe. Die Frage nach den verbleibenden Behandlungsmöglichkeiten fördert auch die Weiterentwicklung der Palliativfürsorge, die schneller auch in die Ausbildung der Ärzte Eingang finden kann. Diese Entwicklung ist in Holland bisher möglicherweise etwas beschleunigt verlaufen.

Margot Käßmann: Auch ohne Sterbehilfe müssen Ärzte in der Palliativmedizin ausgebildet werden. Aber wie sieht die ärztliche Ausbildung, ein Leben zu beenden, aus? Für Theologen ist es oft schwierig, über das Leid als Teil des Lebens zu sprechen, weil dann manche entgegnen, wir ideologisierten das Leiden und sagten: »Je mehr ich leide, desto näher komme ich Christus«. Dies wird theologisch allerdings kaum mehr vertreten. Dass aber Leiden Teil des Lebens ist und es keine Welt ohne Leid gibt, ist mir wichtig zu betonen: Wir werden Leiden nicht völlig verhindern können.

Mein Eindruck ist, wir geraten immer tiefer in eine gesundheitsethische Diskussion über die Perspektive, Leiden beenden und den Tod durch fortgesetztes Klonen überwinden zu können. Es scheint sich eine Haltung zu entwickeln, die die Frage hervorbringt: »Warum sollte ich leiden?« und die Forderung, irgend jemand möge dies gefälligst medizinisch verhindern. Leiden aber ist Teil des Lebens; das müssen wir wissen und deutlich machen.

Jacob Jan Frederik Visser: Es geht mehr um die Grenze des Leidens, denn wenn man die Bitte um Sterbehilfe äußert, leidet man schon sehr stark. Kein Arzt wird gern mit einer Frage nach Sterbehilfe konfrontiert. Die meisten Ärzte denken: »Ich hoffe, dass mir so etwas nie passieren wird«.

Publikum: Die Bundesärztekammer hat die Ärzte in einer Empfehlung daran erinnert, dass sie dem Leben verpflichtet sind, und nur dem Leben. Sollte im Laufe einer Behandlung eine Situationen eintreten, in der dieser Auftrag nicht mehr sinnvoll ist, so darf es keinen ›Therapieabbruch‹ geben, sondern nur eine Richtungsänderung in der Therapie, hin zur Palliativtherapie.

Der Arzt ist dabei dem Patienten verpflichtet: Er muss ihn begleiten und dafür sorgen, dass er würdevoll gepflegt wird, dass etwaige Schmerzen gelindert werden und dass er nicht Hunger oder Durst leidet. Das ist die Aufgabe des Arztes bis zum Tod, laut Empfehlung der Bundesärztekammer. Während 30 Jahren als Krankenhausarzt, Intensivmediziner und Schmerztherapeut sah ich viele Menschen sterben, darunter etliche, bei denen die ärztliche Begleitung nicht gut war. Heute sind wir aber in der Lage, Menschen in ihrer letzten Lebensphase so zu begleiten, dass ihnen unnötige Leiden erspart bleiben. Es gibt hervorragende medikamentöse Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Der Wunsch holländischer Bürger nach Sterbehilfe, so war dem *Deutschen Ärzteblatt* zu entnehmen, sei nicht in einer Phase entstanden, in der Schmerzen erlitten wurden, sondern vielmehr im Voraus, nämlich aus Angst vor dem Tod, aus Angst vor dem Sterben, vor Schmerzen, aus Angst vor Alleinsein. Meine Erfahrung mit Sterbenden im Osnabrücker Hospiz ist, dass niemand der vielen Menschen, die dort starben, den Wunsch äußerte, aktiv zum Tode befördert zu werden. Das Leben kann bei richtiger und guter Begleitung durchaus noch als lebenswert empfunden werden.

In dieser Situation ist niemand autonom, deshalb geht die Frage an die Gesellschaft, wie sie mit denjenigen umgeht, die sich nicht mehr äußern, sich nicht mehr wehren können. Eine gute Sterbebegleitung gibt es hier in Osnabrück nur dank ehrenamtlicher Begleitung und vieler Spendengelder. Ärzte können heute hinsichtlich der Schmerztherapie eine gute Sterbebegleitung leisten, aber die menschliche Begleitung muss die Gesellschaft machen.

Das niederländische Gesetz zur Sterbehilfe scheint mir dank der heutigen medizinischen Möglichkeiten schon wieder unmodern zu sein.

Reinhold Mokrosch: Dürften wir Ihnen als Arzt noch eine Frage stellen? Man spricht von einer Dunkelziffer von Tausenden von Fällen aktiver Sterbehilfe in Deutschland. Ist das realistisch?

Publikum: Das hängt auch von der Definition des Begriffs der Sterbehilfe ab: Mit jeder wirksamen Behandlung starker Schmerzen kann auch eine Schwächung des Körpers durch diese Therapie einhergehen. Es geht dabei eben nicht mehr um die Lebenserhaltung um jeden Preis, sondern darum, die Qualität der letzten Zeit zu verbessern. Und es gibt auch individuelle Absprachen zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten über den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, die der Öffentlichkeit entzogen sind.

Publikum: Hospize sind eine gute Einrichtung. Die meisten Menschen sterben allerdings in Krankenhäusern und Altenheimen. Auch dort sollten hospizähnliche Verhältnisse geschaffen werden. Aber wer geht nun an die Politik heran und versucht, einen anderen Stellenwert der Pflege zu erreichen?

Publikum: An vielen Orten wird gestorben, aber in Krankenhäusern befinden sich kaum Räume, in denen Menschen in Ruhe sterben dürfen. Den Schrecken der Krankenhäuser haben manche, die sich dafür aussprechen, in Würde den Zeitpunkt des eigenen Sterbens selbst wählen zu dürfen, bereits erlebt. Das Thema Sterben wird in hohem Maße immer noch verdrängt. Es muss – etwa durch die Kirchen – auch Kindern, Jugendlichen und Familien nahe gebracht werden. In den meisten Fällen ist Sterben schwer, das muss man Menschen auch sagen.

Reinhold Mokrosch: Herr Visser, Sie sind auch in der Kirche in den Niederlanden engagiert: Was tun dort die Kirchen für bessere Sterbebegleitung?

Jacob Jan Frederik Visser: Die katholische Kirche ist von Beginn an Gegner aller gesetzlichen Diskussionen zur Sterbehilfe gewesen, die evangelische Kirche dagegen nicht. Nur bei der Diskussion bezüglich der Aufhebung der Strafbarkeit der Sterbehilfe hat die evangelische Kirche protestiert.

Die niederländischen Hospize sind zumeist von der Kirche unterstützt und finanziert. In den Niederlanden sterben, im Unterschied zu Deutschland, sehr viele Patienten zu Hause. Und wir haben ein großes Netzwerk ehrenamtlicher Sterbebegleiter. Daran sind die katholische wie die evangelische Kirche stark beteiligt. Insgesamt ist die Diskussion über die Sterbehilfe in Holland weniger durch die Kirchen beeinflusst als in Deutschland.

Margot Käßmann: Auch in den Altenheimen sollte es hospizähnliche Verhältnisse geben. Die Krankenhäuser sollten so ausgestattet sein, dass ein Sterben in Würde auch im Krankenhaus möglich ist. In Hannover haben sich zahlreiche Ehrenamtliche aus- und fortbilden lassen, um Sterbende begleiten zu können. Wir streben an, das Krankenhaus und die ambulante Pflege durch die Diakoniestationen und das Hospiz zu vernetzen, so dass eine Patientin oder ein Patient, wenn der Sterbeprozess beginnt, zunächst zu Hause gepflegt werden kann, anschließend ins Hospiz kommen kann und sich dort aufgehoben weiß. Was die Situation in der Pflege betrifft, so werden gegenwärtig unter Beteiligung von Diakonie und Caritas und anderen Wohlfahrtsverbänden viele Gespräche mit Parteienvertretern auf Landes- und Bundesebene geführt. Ich sehe derzeit keine Konzepte, wie mit der Situation in Zukunft umgegangen werden soll; manche prophezeien der Pflegeversicherung eine finanzielle Krise.

Dies ist eine gesellschaftliche Frage: Haben wir eine Kultur des Sterbens, des menschenwürdigen Sterbens, oder gibt es eine Abschiebekultur?

Auch der Blick auf die Jugendlichen ist wichtig: Sie haben offensichtlich niemanden, mit dem sie über ihre Ängste, was das Sterben betrifft, sprechen können. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention hat veröffentlicht, wie viele Jugendliche sich das Leben nehmen. Diese Zahlen sind bedrückend hoch. Die redliche Rede über Tod und Sterben, auch mit Kindern und Jugendlichen ist dringend notwendig und muss auch ermöglicht werden.

Publikum: Die Krankenhäuser in Osnabrück sind besten Willens, die Möglichkeit für ein würdevolles, ungestörtes Sterben zu schaffen. Sobald klar wird, dass ein Patient stirbt, wird sein Zimmer freigeräumt, damit er mit der Familie allein sein kann. In anderen Krankenhäusern gibt es Räume, in denen auch die Angehörigen diese Zeit verbringen können. Die Situation wird aber schwieriger, je mehr Menschen älter und multimorbider werden und öfter ins Krankenhaus müssen. Dieses gesellschaftliche Problem wird sich in den nächsten Jahren verschärfen. Die künftige Finanzierung der Krankenhäuser anhand von Fallpauschalen, statt wie bisher anhand eines Tages-Pflegesatzes, soll den Aufenthalt im Krankenhaus verkürzen und Kosten sparen. Das wird zur Verringerung der Möglichkeiten für Sterbebegleitung führen. Im Krankenhaus können nur Patienten begleitet werden, die kurzfristig in eine Endsituation kommen. Eine längerfristige Begleitung ist vom Gesetz nicht vorgesehen, denn sie gehört nicht zu einer auf Gesundung gerichteten Therapie, sondern wird der Pflege zugeordnet.

Publikum: Ich bin Ärztin und habe bisher noch nie die Situation erlebt, jemandem zum Sterben verhelfen zu müssen, weil ihm nicht anders zu helfen war, den Tod abwarten zu können. Aber ich fürchte eine Situation, in der vom Patienten, von der Familie Druck auf den Arzt ausgeübt wird, es zu tun. Wer hilft dem Arzt, wenn – wie in den Niederlanden – nach der geforderten Meldung einer Sterbehilfe befunden würde, sie wäre unberechtigt geschehen? Es nützt nichts, hinterher darüber zu rechten. Es muss vorher beredet werden. Mich interessiert sehr, wer in den Niederlanden die beratenden Kollegen sind. Sind es erfahrene Hausärzte oder nur Theoretiker im medizinischen Dienst? Sind es Psychologen? Es müssten Freunde sein, nicht nur ›Amtspersonen‹.

Manche meiner Patienten hatten noch aus Kriegszeiten so genannte Todespillen. Ich versprach ihnen, auf andere nützliche und sinnvolle Weise zu helfen, wenn sie es benötigten, und keiner dieser Patienten hat sich bisher einer solchen Pille bedient. Die Angst vor dem Sterben ist eigentlich die Angst davor, einsam zu sein. Meine Zusage, die Patienten bis zum Schluss zu behandeln, ist oft nur mühsam und zeitintensiv einzuhalten, und es zehrt an den eigenen Kräften. Da ich aber diese Zusage ehrlich und ernsthaft gebe, haben

die Patienten Vertrauen. Ganz selten sind Menschen in einer schweren Endphase noch so weit bei sich, dass sie klar ein Verlangen nach Sterbehilfe artikulieren könnten, denn oft stehen sie unter hohen Morphingaben, die ihnen Todesphantasien, Todessehnsüchte bringen können, so dass entsprechende Äußerungen nicht als willentliche zu nehmen sind. Ich sage dann: ›Ich weiß, dass Sie jetzt gerne sterben würden, und ich werde nichts tun, um Ihr Sterben zu verhindern‹. Diese Zusage gebe ich.

Jacob Jan Frederik Visser: Die beratenden Ärzte, die *Consilarii*, erhalten eine spezielle Ausbildung. Sie sind erfahrene Hausärzte oder im Krankenhaus ausgebildete Fachärzte, jedenfalls praktizierende Kollegen.

Reinhold Mokrosch: Wir haben sehr tiefgründig über Fragen eines menschenwürdigen Sterbens in Respekt vor dem Leben, vor dem Tod und vor dem Sterben geredet und uns dabei um ein Thema bemüht, das niemandem erspart bleibt. Manche Vorurteile, die bestanden haben mögen, konnten damit hoffentlich ausgeräumt werden.