

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/19150> holds various files of this Leiden University dissertation.

**Author:** Müller, Malte Johannes

**Title:** Der Freitod, der Arzt und das Recht : Juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen Handlungsmöglichkeiten

**Date:** 2012-06-26

## Niederlande

### 1. Wort vorab

Am 10. April 2001 verabschiedete die 1. Kammer des niederländischen Parlamentes ein Gesetz, in dem „Euthanasie“ unter Beachtung von bestimmten Bedingungen und Umständen gestattet ist. Das Gesetz<sup>267</sup> trat am 1. April 2002 in Kraft. Die Entscheidung einer gesetzlichen Normierung in den Niederlanden beruht auf einer seit Jahren andauernden Tolerierung der Euthanasiepraxis, in dessen Folge mit der gesetzlichen Fixierung Klarheit im Umgang mit dem Thema gefunden werden sollte. Das Gesetz bildet lediglich eine Erweiterung zum bestehenden Straftatbestand in Art. 293 Abs. 2, 294 Abs. 2 nStGB, der nach wie vor die Tötung eines anderen Menschen auf dessen Verlangen hin unter Strafe stellt und strafrechtlich sanktioniert.

Im folgenden Punkt der Länderbetrachtung der Niederlande wird neben einer Herleitung zum aktuellen Zustand, ein Blick auf die Rechtslage geworfen und untersucht, welche Akzeptanz das Recht hat und wie die Umsetzung in die Praxis geschieht. Im Anschluss daran wird die Haltung der Ärzte beschrieben und die Frage gestellt, ob das Euthanasiegesetz für sie als Pflicht dazu führt, einen Menschen auf dessen expliziten Wunsch hin zu töten, bzw. ihm die Mittel dazu zur Verfügung zu stellen oder lediglich die Erweiterung des medikamentösen Handlungsspektrums darstellt.

Im Vorfeld sollten die im Laufe dieses Ländervergleichs immer wieder aufkommenden Begriffe definiert werden, wie Euthanasie oder ärztliches Handeln in den Niederlanden verstanden und ausgelegt wird.

Seit dem Jahre 1985 definiert die Niederlande Euthanasie als ein „das Leben vorsätzlich beendendes Handeln durch einen anderen als den Betroffenen auf dessen Verlangen“. Diese Definition stammt von der zu der Zeit einberufenen Staatskommission Euthanasie und wurde als allgemeingültige Auslegung auch der Gesetzesinitiative zugrunde gelegt.

---

<sup>267</sup> Wet van 12 april 2001, Staatsblad 194, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging.

Zudem spiegelt sie auch den aktuellen Stand des Wortverständnisses der Euthanasie wieder.

Darüber hinaus existiert in den Niederlanden auch eine erweiterte Definition „normalen ärztlichen Handelns“, welches nicht unter der Definition von Euthanasie subsumiert wird. Hiernach ist normales ärztliches Handeln:

- das Nichteinleiten oder auch Beenden einer medizinisch betrachtet sinnlosen Behandlung
- das Nichteinleiten oder auch Beenden einer ärztlichen Behandlung gemäß des eindeutigen Verlangens des Patienten oder seines bestimmten Vertreters hin, sowie
- die ärztliche Symptombekämpfung, auch wenn hieraus ein verfrühter Todeseintritt resultiert.
- 

Hieraus ergibt sich, dass in den Niederlanden eine Unterscheidung zwischen aktiver, passiver oder auch direkter und indirekter Sterbehilfe nicht existiert. Die Begriffsprägung ist eindeutig auf einen bestimmten Bereich normiert.

## **2. Historische Entwicklung und aktueller Standard**

Anders als in vielen anderen Ländern, so u.a. Deutschland, hat es bis zum zweiten Weltkrieg in den Niederlanden keine Debatte über Euthanasie gegeben. Die nationalsozialistischen Besetzer in den Niederlanden versuchten die dortigen Ärzte in das deutsche „Euthanasieprogramm“ zu integrieren, scheiterten allerdings an der in den betreffenden Jahren<sup>268</sup> vorherrschenden allgemeinen Solidarität der Niederländer.<sup>269</sup> Diese Gegenposition legte nach Ansicht der Ärzte in gewisser Weise einen positiven Grundstein und trug mit dazu bei, dass es gerade aufgrund der Tatsache, „dass es keine Euthanasie-Debatte“<sup>270</sup> in den Niederlanden

---

<sup>268</sup> Dieses galt insbesondere für die Jahre 1940/1941.

<sup>269</sup> Vgl. G.E. Kimsma/ E. van Leeuwen „Euthanasie in den Niederlanden: Historische Entwicklung, Argumente und heute Lage“ in: A. Frewer/ C. Eickhoff (Hrsg.) als Beitrag zu „Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte“.

<sup>270</sup> Anmk.: Mit der „Euthanasie-Debatte“ ist in diesem Zusammenhang das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten gemeint.

gegeben hat, (...) eine solche Entwicklung nur wenig wahrscheinlich gewesen oder sogar unmöglich<sup>271</sup>, in Form des heutigen Resultats bestehen würde.

In den Folgejahren herrschte wenig Interesse an dem Thema, was sich Mitte der 1970er Jahre durch den „Postma-Fall“<sup>272</sup> änderte. Auf Wunsch ihrer schwerkranken, gelähmten und vollständig auf Hilfe angewiesenen Mutter, verabreichte deren Tochter, eine Ärztin, auf eindeutigen und mehrmaligen Wunsch hin eine Injektion mit einer Dosis von 200mg Morphinum, die unmittelbar zum Tode führte. Nach Bekanntwerden durch ein freiwilliges Aufmerksammachen der die Tötung ausführenden Frau, kam es zu einem Gerichtsverfahren, welches die Konsequenz mit sich brachte, dass das Thema der Hilfeleistung auf expliziten Wunsch hin zum Bestandteil einer öffentlichen Diskussion wurde, mit dem Ergebnis, dass dieses Handeln als „Befreiung“ akzeptiert wurde. Weitere Ärzte bekannten sich dazu, in ihrer Praxis bereits Euthanasie geleistet zu haben und unterstützten das neu gefundene Gesellschaftsbild und -verständnis zum Umgang mit dem Thema. Weiter untermauert wurde dieses durch das Urteil des mit dem „Postma-Fall“ betrauten Gerichts in Leeuwarden<sup>273</sup>, welches das Strafmaß von einer Woche, ausgesetzt auf Bewährung, als Konsequenz der Tat angemessen erachtete. Gleichzeitig wurden mit diesem eher als symbolisch zu verstehenden Akt vom Gericht erstmals allgemeingültige Bedingungen formuliert, die eine Reaktion auf Sterbewünsche straflos lassen würden. Dieses ergab sich aufgrund der von dem Gericht an einen Gutachter gestellten Frage, wann ein „durchschnittlicher holländischer Arzt“ es für richtig halten würde, das Leben eines Patienten nicht bis zum Äußersten zu verlängern. Diese Voraussetzungen waren:

- **eine unheilbare Krankheit als Ausgangslage,**
- **das Vorliegen eines unerträglich Leidens, sowie**
- **der Wunsch nach einer Lebensbeendigung und**

---

<sup>271</sup> Vgl. G.E. Kimsma/ E. van Leeuwen, S. 177.

<sup>272</sup> Vgl. Fn. zuvor, S. 283.

<sup>273</sup> In Nederlands Jurisprudentie, 1973, Nr. 183; Leeuwarden, 21. Feb. 1973. Näher hierzu auch „Euthanasia Case Leeuwarden – 1973“ (1988) 3 Issue of Law & Med. 439.

**- die Vornahme der Handlung durch einen Arzt.**

Im Anschluss an dieses Urteil und die Wegvorgabe der Jurisprudenz kam es zu einem Handeln der Politik und der niederländischen Ärztereinigung KNMG<sup>274</sup>, die sich dem Thema widmeten und auf dem Urteil basierend weitere Bedingungen formulierten, die in diesem Falle konkreter und strenger formuliert waren. So sei es zu den zuvor genannten Punkten notwendig, dass

- **der betreffende Arzt den Wunsch nach Euthanasie beim Gerichtsmediziner melden muss, dass darüber hinaus**
- **nachher eine rechtliche Untersuchung stattfinden würde, die sowohl die Entscheidungsfähigkeit, als auch das Vorhandensein eines unerträglich Leidens bestimmen sollte und dieses**
- **nach Konsultation eines weiteren, unabhängigen Arztes geschehen soll und zudem auch schriftlich begutachtet wird.**<sup>275</sup>

In den folgenden Jahren nahm die Zustimmung der Bevölkerung, als auch die Akzeptanz der Ärzteschaft, vermehrt zu. Im Jahre 1989 wurden als Reaktion hierauf zwei Gesetzesentwürfe in das Parlament eingebracht. Aufgrund von innerpolitischen Gründen fanden diese Entwürfe noch keine Umsetzung.<sup>276</sup> Im Anschluss wurden allerdings breit angelegte Berichte verfasst, um den Weg zu einem erneuten Gesetzentwurf zu ebnen. So war gerade der „Remmenlink-Bericht“ wesentlicher Bestandteil hierfür, dessen Erhebung unter anderem ergab, dass von 130.000 gesamten Todesfällen, 1,8%, somit 2.300 Euthanasiefälle beinhaltet waren. Ein Handlungsspektrum wurde somit zunehmend prägnanter formuliert. Dies endete am 10. April im Jahre 2001, indem die 1. Kammer des niederländischen Parlaments die im Jahre 1994 verfassten Richtlinien und

---

<sup>274</sup> Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin. Bis zum Jahre 1973 vertrat diese noch eine strenge Ansicht gegen Euthanasie, erst in einer Stellungnahme im Jahre 1984 erklärte sie, dass sie unter bestimmten Voraussetzungen das Reagieren auf Sterbewünsche für akzeptabel hielte.

<sup>275</sup> KNMG 1984 S. 994-995. Im Jahre 1992 wurde der Katalog ergänzt, durch das Erfordernis einer ausführlichen schriftlichen Dokumentation.

<sup>276</sup> Auslöser hierfür was das Auflösen der damaligen Regierung.

Voraussetzungen zu Reaktionen auf Sterbewünsche in einem „Euthanasiegesetz“ verankerte, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

## **2.1 Instruktiver Überblick**

Im Folgenden soll der Vollständigkeit halber die Gesamtentwicklung hin zu dem geltenden Euthanasiegesetz detailliert in einer Auflistung dargestellt werden:

**1969:** Der Arzt Jan Hendrik van den Berg veröffentlichte das Buch „Ärztliche Macht und ärztliche Ethik“<sup>277</sup>, in dem er die zukünftigen Aufgaben moderner Medizin definierte und diese auch in der Beendigung sinnloser Lebens- und Leidensverlängerung sah. Er sprach sich auch für die Euthanasie bei missgebildeten Kindern aus. Die Debatte war hiermit eröffnet.

**1973:** Eine Ärztin wird lediglich zu einer Woche Haft auf Bewährung verurteilt, nachdem sie ihre unheilbar erkrankte Mutter auf deren Wunsch hin tötete. („Postma-Fall“).<sup>278</sup> Der Sachverhalt datierte aus dem Jahre 1971, indem Dr. G. Postma ihre tödlich kranke Mutter durch eine Morphiuminjektion tötete. Sie wurde vom zuständigen Gericht wegen Tötung aus Mitleid nach Art. 293 nStGB zu einer symbolischen Strafe verurteilt. Nach diesem Urteil bekannten sich viele andere Ärzte dazu, bereits ähnlich gehandelt zu haben. Aus diesem Grunde wurde die „Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie“ gegründet.

**1981:** In diesem Jahr kam es zu einer Verurteilung wegen Beihilfe zum Suizid durch eine nicht ärztliche Person. Das Gericht in Rotterdam legte in dieser Entscheidung Richtlinien fest, nach denen dieses dem Wunsch eines anderen entsprechende Handeln straffrei bleiben könne, wenn dieses durch einen Arzt ausgeführt werden würde, zudem ein unerträgliches Leiden bestehe, der Entschluss freiwillig sei und Alternativen durch die Konsultation eines weiteren Arztes ausgeschlossen seien.<sup>279</sup>

**1982:** Ein Arzt tötete in diesem Jahre eine 95-jährige schwerkranke Frau.

---

<sup>277</sup> Englische Übersetzung von J.H. van den Berg aus dem Jahre 1973.

<sup>278</sup> In Nederlands Jurisprudentie, 1973, Nr. 183; Leeuwarden, 21. Feb. 1973, zu finden in W. Lagerway, 3 Issues in Law and Medicine 429, 439-42 (1988).

<sup>279</sup> „Wertheim Fall“ in Nederlandse Jurisprudentie 1982 Nr. 63.

Das zuständige Gericht in Alkmaar<sup>280</sup> sprach den Arzt frei und entließ ihn straffrei, woraufhin es zu einem Berufungsverfahren vor einem Gericht in Amsterdam<sup>281</sup> kam, welches den Arzt schuldig sprach. Als Begründung wurde die Verletzung geltenden Rechts angeführt, sowie ein Nichtvorliegen einer Legitimation seines Handelns wegen einer höheren Gewalt. Der Arzt legte Berufung dagegen beim Hogen Raad<sup>282</sup> in Den Haag ein. Hier kam es zu einem das Berufungsgericht bestätigenden Urteil, dass geltendes materielles Recht verletzt sei, dennoch aber nicht ausgeschlossen werden könnte, dass eine nach Art. 40 nStGB vorliegende höhere Gewalt den Arzt zu seinem Handeln veranlasst hat. Der Fall musste vor dem Berufungsgericht neu verhandelt werden, welches eine Stellungnahme der KNMG einholte, die sich im Jahre 1986 äußerte, dass es durchaus Fälle geben kann, in denen ein Arzt dem Sterbewunsch eines Patienten entsprechen musste. Es kam zu keiner weiteren Strafverfolgung.<sup>283</sup>

**1985:** Die zuvor gegründete staatliche Kommission zur Euthanasiefrage veröffentlichte ihren ersten Bericht, der vorsah, dass der Art. 293 nStGB eine Ausnahmeregelung für Ärzte enthalten sollte, die unter bestimmten Auflagen den Sterbewunsch ihrer Patienten erfüllen dürften.

**1985:** Das Akademische Krankenhaus in Utrecht erlässt als erste Klinik Euthanasie-Richtlinien für seine Ärzte.

**1987:** Die KNMG erlässt zusammen mit der niederländischen Krankenpflegevereinigung eine Richtlinie zur praktischen Anwendbarkeit von Euthanasie.

**1989:** Die Regierung ernennt eine neue Kommission, die einen strafrechtlichen Bericht über die Euthanasiepraxis in den Niederlanden

---

<sup>280</sup> „Schoonheim Fall“ Nederlandse Jurisprudentie 1983, Nr. 407.

<sup>281</sup> Nederlandse Jurisprudentie 1984 Nr. 43.

<sup>282</sup> Der Hoge Raad ist das oberste zivile und strafrechtliche Gericht der ordentlichen Gerichtsbarkeit in den Niederlanden. Durch ein königliches Dekret werden die Mitglieder des Gerichts ernannt, welches sich aus einem Dreivorschlag der zweiten Kammer des Parlaments ergibt, was wiederum auf einem Vorschlag des Hogen Raad selbst basiert. Der Gerichtshof setzt sich zusammen aus einem Präsidenten, sieben Vizepräsidenten und einer Zahl von dreißig ordentlichen und fünfzehn außerordentlichen sog. raadsheren. Der Hoge Raad ist letzte Instanz und somit Rechtsweg nach der Rechtsbank und dem Gerechthof.

<sup>283</sup> „Schoonheim Fall“ v. 16.07.1982 vor dem Hoge Raad verhandelt; in Nederlandse Jurisprudentie 1985 Nr. 106.

erheben soll. Dieser sog. Remmelink-Report wird an späterer Stelle eingehend erläutert. Ergebnis dieses Reports, der im September 1991 veröffentlicht wurde, war, dass von einer Legalisierung von Euthanasie Abstand genommen werden sollte. Der Report kam zu dem Ergebnis, dass das Bestattungsgesetz zu ändern sei, hinsichtlich einer unter Beachtung bestimmter Verfahrensregeln strafrechtlich nicht verfolgten Handlung eines Arztes.

**1990/91:** Die Niederländische Ärztevereinigung KNMG schafft gemeinsam mit dem Ministerium der Justiz ein freiwilliges Meldeverfahren zu Euthanasie und medizinisch assistierten Suizid für den zuständigen Gerichtsmediziner, der wieder einen Bericht über den Fall an die zuständige Staatsanwaltschaft leitet.<sup>284</sup>

**1993:** Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht. Nach der Gesetzesreform des Bestattungsrechts dürfen Ärzte nur Sterbehilfe an todkranken Patienten leisten, wenn diese an unerträglichen Schmerzen leiden und ausdrücklich mehrfach um Euthanasie gebeten haben. Noch immer ist es möglich, dass ein Ermittlungsverfahren gegen den Mediziner eingeleitet wird.

**1994:** Ein im Jahre 1992 ins Parlament eingebrachter Gesetzesentwurf, der im Februar 1993 verabschiedet wurde, tritt im Juni 1994 nach der erforderlichen Senatszustimmung in Kraft. Demnach sind Art. 293 und Art. 294 nStGB weiterhin gültig, ein Arzt bleibt aber dann straffrei, wenn die Staatsanwaltschaft zu der Auffassung gelangt, dass die vorgeschriebenen Bedingungen der Sorgfaltspflicht eingehalten wurden, welche aus dem im Anhang des Bestattungsgesetzes abgedruckten Fragebogen hervorgehen, den ein Arzt auszufüllen hat. Zudem muss er einer detaillierten Dokumentationspflicht nachkommen.<sup>285</sup>

**1995:** Eine erste Bilanz wird vorgelegt. 1995 sterben rund 3600 Personen durch Euthanasie und medizinisch assistierten Selbstmord. In 36 Fällen werden Ermittlungen aufgenommen, weil beispielsweise unklar ist, ob die Betroffenen zugestimmt hatten. Den Anklagen folgte nur ein Gerichtsverfahren.

**1998:** Nach Schätzungen sterben jährlich 4.000 Niederländer durch

---

<sup>284</sup> KNMG 1992: 30.

<sup>285</sup> 1. Kammer des Niederländischen Parlaments 1992-1993, 22 572, Nr. 275a.



medizinisch assistierten Suizid. Es werden Pläne vorgelegt, um das Verfahren zu ändern und die Meldebereitschaft der Ärzte zu erhöhen.

**1998:** Königliches Dekret als weiterer Schritt in der Diskussion. Das Bestattungsrecht wird geändert, bevor es zu einer Einführung des Euthanasiegesetzes kommt. Die oberste Staatsanwaltschaft hatte festgelegt, dass im Rahmen einer Halblegalisierung Euthanasie nicht strafrechtlich verfolgt wird, gestützt auch durch eine verwaltungsrechtliche Erweiterung und das Einhalten strikter Sorgfaltskriterien. Ergebnis: Praxis und Gesetzgebung sind unterschiedlich.

**1999:** Das niederländische Kabinett legt einen entsprechenden Gesetzentwurf vor, nach dem Staatsanwälte in Euthanasiefällen nur noch ausnahmsweise tätig werden und Ärzte Euthanasiefälle nur noch an die dafür eingerichteten Kommissionen melden müssen.

**November 2000:** Die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments stimmt diesem zu und beschließt, dass jeder Fall von Euthanasie einer Meldung und Examination bedarf.

**10. April 2001:** Auch die Erste Kammer stimmt zu. Das Gesetz kann damit in Kraft treten.

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen  
**für** das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:

Das Buch „Ärztliche Macht und ärztliche Ethik“  
von dem Arzt Jan Hendrik van den Berg eröffnete  
die Debatte über die Zulässigkeit von Euthanasie

1969

Im „Postma Fall“ wird eine Ärztin symbolisch  
zu einer Woche Haft verurteilt. Sie verabreichte  
ihrer Mutter eine tödliche Dosis Morphinum

1973

Entscheidungen/Maßnahmen/Entwicklungen  
**von Grenzen** Hilfe beim Sterben zu bekommen:

Das Gericht in Rotterdam erließ im Rahmen eines Urteils die ersten unverbindlichen Richtlinien für den gesicherten Umgang mit Euthanasie	1981	Nichtärztliche Person wurde durch das Gericht in Rotterdam wegen Beihilfe zum Suizid verurteilt
Erstinstanzlicher Freispruch eines Arztes der eine 95-jährige Frau deren Wunsch entsprechend tötete	1982	In der ersten Instanz wurde der Arzt von einem Gericht in Alkmaar verurteilt. Dieses wurde vom Hoge Raad bestätigt.
Hoge Raad spricht von möglicher höherer Gewalt bei Euthanasie	1982	
KNMG spricht sich dafür aus, dass es denkbar ist, dass ein Arzt Euthanasie leistet	1982	
Staatlich gegründete Organisation zur Euthanasiefrage spricht sich für eine Ausnahmeregelung aus	1985	
Krankenhaus in Utrecht erlässt Euthanasierichtlinien.	1985	
KNMG und Krankenpflegevereinigung erlassen Richtlinien zur praktischen Anwendbarkeit von Euthanasie	1987	
Regierung ernennt eine Kommission zur Überprüfung.	1998	
Königliches Dekret als Wendepunkt in der Diskussion - Praxis und Gesetzgebung waren unterschiedlich.	1998	
Niederländische Ärztevereinigung und Justizministerium einigen sich über ein freiwilliges Meldeverfahren für Euthanasie	1990	

	1991	Der Rimmelink-Report der Kommission aus dem Jahre 1998 kam zu dem Ergebnis, dass von einer Legalisierung von Euthanasie Abstand genommen werden sollte
Rimmelink-Report rät zur Änderung des Bestattungsgesetzes	1991	
Einführen einer gesetzlichen Meldepflicht für Euthanasie	1993	
Gesetzesentwurf lässt §§ 293, 294 des Strafgesetzbuchs unangetastet, Euthanasie sollte aber unter bestimmten Bedingungen straffrei bleiben	1994	
Erneuter Gesetzesentwurf wird vom Kabinett vorgelegt.	1999	
Die zweite Kammer des Parlaments beschließt Freigabe der Euthanasie	2000	
Auch die erste Kammer stimmt dem Gesetz zu	2001	

Beim Betrachten dieser Auflistung wird deutlich, dass sich die Entwicklung zwar frühzeitig in eine bestimmte Richtung entwickelte, aber dennoch Schritt für Schritt vonstatten ging, somit keineswegs übereilt oder unausgereift geschah. Dieses basierte auf einer historisch eindeutigen Haltung gegen die nationalsozialistische „Euthanasie“ der Deutschen bei der niederländischen Ärzteschaft und der Bevölkerung und setzte sich über die Jahre mit stetig steigender Zustimmung zur Euthanasie, in der Form einer durch einen Arzt vorgenommenen Tötung auf expliziten Wunsch eines Menschen gemäß, durch.

## 2.2 Was das Gesetz umfasst

Die Verwendung des Begriffes Euthanasie zielt in den Niederlanden auf eine ausdrücklich verlangte und absichtlich herbeigeführte lebensbeendende Handlung einer anderen Person ab.<sup>286</sup> Abzugrenzen ist dieser Begriff von dem ärztlich assistierten Suizid, bei dem lediglich ein Arzt einem Patienten das zum Tode führende Medikament zur Verfügung stellt. Der Unterschied liegt in der mangelnden direkten Beteiligung.<sup>287</sup> Die Gemeinsamkeit der beiden Handlungsmöglichkeiten liegt darin begründet, dass sie von der im Jahre 2002 eingeführten Gesetzeserweiterung umfasst sind und somit unter Beachtung der gegebenen Voraussetzungen unter Umständen straffrei sein können. Im Gegensatz hierzu gibt es in den Niederlanden eine Reihe von Handlungsweisen, die nicht von dem Gesetz umfasst und daher strafbar sind, wie z.B. die Tötung einer anderen Person ohne deren ausdrückliche vorherige Einwilligung<sup>288</sup>. Im medizinischen Kontext ist diesbezüglich das Einstellen einer lebensverlängernden Behandlung umfasst, aber ausdrücklich nur ohne eine medizinische Indikation. Hierbei findet stets ein Abstimmen auf die Intention des Arztes statt. Zu bemerken ist daher bereits an dieser frühen Stelle der Definitionsarbeit, dass ein Abstimmen auf eine ärztliche Intention ex ante Aufgabe der Rechtswissenschaft ist, die in der Praxis über Verfehlungen oder regelkonformes Handeln eines Arztes dessen Handeln beurteilt.<sup>289</sup> Hierzu schafft das geänderte Gesetz unter Art. 293 Abs. 2, 294 Abs. 2 nIStGB einen neuen Rechtsraum, der einen Katalog von Sorgfaltskriterien umfasst, die aktives wunschgemäßes zum Tode führendes Handeln sowie

---

<sup>286</sup> H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I – Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, 2007, S. 312.

<sup>287</sup> H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers aus Fn. zuvor, auf S. 313. Zur Abgrenzung auch noch J. Legemaate, „De juridische context van euthanasie en de inhoud van de zorgvuldigheidseisen“, in: J. Legemaate/R.J. M. Dillmann (Hrsg.), *Levensbeeindigend handelen door een arts*, Houten 2003, S. 118-133.

<sup>288</sup> Zur Rechtswirklichkeit dieser Form der Lebensbeendigung G. van der Wal „Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen“, 2003; sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse bei Finger „Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001 in *MedR* 2004, S. 379.

<sup>289</sup> Vgl. C. Kelk, „Een nieuwe koers inzake de euthanasie, Delikt en Delinkwent“ 1999, 93; Ter Kuile, „Nederlandse Euthanasie-wetgeving – Een juridische beschouwing“, Rotterdam 2002, S. 24, Fn. 33, sowie S. 31.

die Beihilfe zum Selbstmord straffrei lassen können.<sup>290</sup>

### **3. Rechtliche Betrachtung**

Im Anschluss an das Inkrafttreten des Gesetzes soll die aktuelle Situation zum gesellschaftlichen Umgang, zur Akzeptanz aber vor allem der juristischen Ausformulierung beschrieben werden.

#### **3.1 Voraussetzungen**

Um diese Frage zu klären, bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung des eigentlichen Gesetzes.

Am 1. April 2002 trat das Gesetz „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ in Kraft. Es sieht Änderungen des Strafgesetzbuches dahingehend vor, dass die in Artikel 293 (Tötung auf Verlangen) und Artikel 294 Absatz 2 (Beihilfe zum Selbstmord) beschriebenen Tatbestände nicht als strafbar gelten, wenn sie von einem Arzt begangen und an einen Gerichtsmediziner gemeldet werden, wobei besondere Sorgfaltskriterien beachtet werden müssen, die „beinhalten, dass der Arzt:

- a.** zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- b.** zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c.** den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- d.** mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befindet, keine angemessene andere Lösung gibt,
- e.** mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a)

---

<sup>290</sup> Zur strafrechtlichen Verantwortung einer an aktiver Sterbehilfe beteiligter weiteren Person vgl. J. Griffiths et al., „Euthanasia & law in the Netherlands“, Amsterdam 1998, S. 108ff.; J. Griffiths, „Euthanasie: een verlanglijst voor de wetgever“, NJB 1998, 941; C. Kelk 1997, S.104; H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers, S. 347; J. Legemaate, S. 31. Zur Problematik der Beurteilung palliativmedizinischer Versorgung durch das Pflegepersonal, welche schnell die Grenze zur Strafrechtsrelevanz überschreiten kann, vgl. Ter Kuile, S. 26f.

bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und  
f. die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.“

Die Sorgfaltskriterien sind Konsequenz der Rechtsprechung und ergeben sich aus der Summe der in der zurückliegenden Zeit getroffenen Entscheidungen. Sie bilden somit einen Katalog von Erfahrungswerten aus einer ganzen Reihe von Einzelfallentscheidungen.

Anhand der Formulierung wird zudem deutlich wie Sterbehilfe in den Niederlanden überhaupt verstanden und definiert wird, nämlich als eine lebensbeendende Handlung, die ein Arzt auf Verlangen eines Patienten durchführt.

Aus dem Wortlaut des Gesetzes ergibt sich, dass ausschließlich ein Arzt<sup>291</sup> die Kontrolle über eine Tötungshandlung aufgrund eines Sterbewunsches einer anderen Person haben kann. Hinzu kommt die Spezifizierung, dass dieser Arzt in einem länger andauernden Behandlungsverhältnis zum Patienten stehen muss. Außerdem obliegt nicht jedem Arzt eine Pflicht, Euthanasie vorzunehmen. Es besteht die Möglichkeit der Wahl der freien Entscheidung, mit der Auflage, dass der behandelnde Arzt den um Hilfe beim Sterben bittenden Patienten an einen Kollegen weiter vermittelt, der diesem Wunsch entsprechen kann.

Neben diesen Grundbedingungen müssen weitere Sorgfaltskriterien erfüllt sein.

### **3.1.1 Freiwilliges und überlegtes Verlangen**

Der Wunsch des Patienten zu sterben muss zunächst frei und ausdrücklich erfolgen. Hierbei ist weiter zu beachten, dass diese freie und ausdrückliche Äußerung zudem inhaltlich überprüfbar sein muss. So sind von Patienten geäußerte Beweggründe, wie z.B. der Wunsch der Familie nicht zur Last fallen zu wollen, vom Arzt zu überprüfen. Dies dient der Schaffung von Klarheit der Äußerung und Sicherung der Entscheidungsfindung. Der an den Arzt herangetragene Wunsch ist zudem an eine Form gebunden. So kann er entweder schriftlich selbst erfolgen oder aufgrund von Protokollen

---

<sup>291</sup> Unter dem Gliederungspunkt 4.1 bis 4.3 wird darauf eingegangen, warum gerade ein Arzt in die Euthanasiepraxis in Niederlanden einbezogen wird und nicht eine ähnlich qualifizierte Person eines anderen Berufsstandes.

der Äußerungen belegt werden. Die letztere Möglichkeit wird aus Gründen der Beweissicherheit jedoch selten bis nie vertreten, eine schriftliche Fixierung ist in aller Regel Grundlage der Äußerung und kann somit dienlich an späterer Stelle auch z.B. als Grundlage für Entscheidungen von Überprüfungskommissionen herhalten.<sup>292</sup> Dieser Aufgabe einer schriftlichen Fixierung eines Wunsches kann auch eine Patientenverfügung nachkommen. Hierbei wird das Konstrukt der Patientenverfügung entgegen der deutschen Handhabung wesentlich verbindlicher behandelt, nicht jedoch, ohne hohe Sorgfaltsansprüche an die Aktualität des manifestierten Wunsches zu stellen. So dienen Patientenverfügungen im Falle der Tatsache, den eigenen Wunsch nicht mehr äußern zu können als Rückgriff auf eben diesen. Allerdings ist es hierbei nur schwer möglich auf den entsprechenden Krankheitsverlauf und die damit ändernde Motivation der Beweggründe des Sterbewunsches einzugehen.<sup>293</sup> So kann einem auch schriftlich fixierten Wunsch nicht entsprochen werden, der aufgrund eines besonderen nicht vorher abzusehenden Verlaufes einer Krankheit, nicht mehr begründet erscheint. Dies macht es notwendig, Patientenverfügungen stets den aktuellen Umständen anzupassen.

Besondere Voraussetzungen sind auch an den Umgang von Sterbewünschen von psychiatrischen Patienten geknüpft, bei denen als zusätzliche Sicherheit ein weiterer Psychiater hinzugezogen werden soll.<sup>294</sup> Weitere sich hieraus ergebene Diskussionen über die Gefahr der Zuziehung eines weiteren Psychiaters und der generellen Gefahr der fehlenden eindeutigen Entscheidungsfindungen bei der Involviertheit eines psychisch kranken Patienten bei Entscheidungen am Lebensende sollen an dieser Stelle nicht angeführt werden. Obschon der Brisanz dieses

---

<sup>292</sup> Vgl. Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2002, S. 21.

<sup>293</sup> Nach B.E. Chabot, „Sterven op drift – Over doodsverlangens en onmacht“, Nijmegen 1996, S.99 ergibt sich für die Betroffenen eine Art Catch 22-Situation: Es ist entweder zu früh für den Todeswunsch, da das Leiden noch nicht schwer und unerträglich genug ist, oder zu spät, da das Verlangen wegen mangelnder Willensfähigkeit als unwirksam behandelt wird.

<sup>294</sup> Vgl. Hoge Raad, Urteil vom 21.06.1994, Nederlandse Jurisprudentie 1994, Nr. 656. (B.E. Chabot-Urteil); Anmerkungen dazu: “ H.J.J Leenen/ J.K.M. Gevers, S. 332f.; J. Legemaate, „Hulp bij zelfdoding door patienten met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater“, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2009, 48, 750-769.

Teilgebiets, würde es zu weit an der eigentlichen Fragestellung der Arbeit vorbeiführen. Festzuhalten ist der Vollständigkeit halber jedoch, dass besondere Voraussetzungen an diese spezielle Konstellation gestellt werden, welches als Indiz einer möglichst hohen Sicherheitsfindung gewertet werden kann.

### **3.1.2 Leiden, die aussichtslos und unerträglich sind**

Weiteres Kriterium, welches erfüllt sein muss, um den Sterbewunsch eines Patienten zu entsprechen, muss ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden sein, gem. Art. 2 Abs. 1 Var. 2 des Gesetzes zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord. Hierbei kommt einer exakten Definition besondere Bedeutung zu. So kann ein Leiden zwar durchaus anhand von objektiven Maßstäben gemessen aussichtslos sein, wenn keine Aussicht auf eine Verbesserung des Zustandes abzusehen ist. Wann Leiden aber nicht mehr erträglich und aushaltbar sind, ist an hohe subjektive Maßstäbe geknüpft, was zur Uneindeutigkeit der Begriffsauslegung führen kann.<sup>295</sup> Der Begriff Leiden ist allerdings nicht als Synonym für Schmerzempfindung zu verstehen, da die Erwartung drohender Nachteile für das Ausmaß des Leidensdrucks in der Regel eine wesentlich größere Rolle spielen kann, als der akute Schmerz an sich. Trotzdem ist er schwerlich zu objektivieren. Um dies zu schaffen, muss ein Arzt bei Entscheidungen beim Lebensende ein möglichst hohes Maß an Empfindsamkeit für den Patienten und für dessen Lage aufbringen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird in einer derartigen Konstellation an die Bedingung des Perspektivwechsels des Arztes aus Sicht des Patienten gebunden, jedoch nicht, ohne hierbei kritisch die eigentliche Rolle zu verlassen und bedingungslos mitfühlend dem Wunsch des Patienten zu entsprechen, als Resultat des Versuches Leiden möglichst nachempfindsam zu objektivieren.

Mithilfe eines Fallbeispiels soll an dieser Stelle das Problem aus einer praktischen Sicht heraus deutlich gemacht werden.<sup>296</sup>

---

<sup>295</sup> R.J.M. Dillmann „Euthanasie: De morele legitimatie van de arts“, in: J. Legemaate/ R.J.M. Dillmann 2003, S. 11; Ebenso legt der Stadtpunkt der Überprüfungscommissionen immer wieder deutlich fest, dass gerade im Punkt dieser Definitionsarbeit Schwierigkeiten begründet liegen.

<sup>296</sup> Vgl. folgende Anmerkungen zum Fall: Blad/Bogert, „Beschikbaarstelling van



Im Jahre 1998 leistete ein niederländischer Hausarzt einem Patienten Beihilfe beim Selbstmord. Gegenstand des eingeleiteten Gerichtsverfahrens war eine Auseinandersetzung über die Auslegung des Begriffes des unerträglichen und aussichtslosen Leidens des Patienten, wenn weder eine körperliche noch schwerwiegend geistige Erkrankung vorliegt. In der ersten Instanz wurde vom Bezirksgericht Haarlem geurteilt, dass der Hausarzt sich keinem Verschulden durch Sorgfaltspflichtverletzungen schuldig gemacht hatte, was jedoch in den darauf folgenden Instanzen anderes bewertet wurde.<sup>297</sup> Das höchste Gericht der Niederlande<sup>298</sup> legte fest, dass ein wie in diesem Fall vorherrschender bloßer Lebensüberdruß kein ausschlaggebender Grund sei, eine lebensbeendende Handlung vorzunehmen. In Anbetracht der Gewichtigkeit dieser Entscheidung sei es zwingend notwendig, darüber hinaus an den Wunsch zu sterben weitere Anforderungen zu stellen, in Form des Vorliegens einer ausgiebigen und eindeutigen somatisch oder psychiatrisch getroffenen Diagnose. Dieses sei nach Ansicht des Gerichts einzuhaltendes Sorgfaltskriterium bei jeglicher Art von Entscheidungen am Lebensende und begründet darüber hinaus des Weiteren auch den Grund, warum gerade ein Arzt in die Verantwortung der Handlungsvornahme gezogen wird, eben aufgrund der Möglichkeit sorgfaltsgemäß aus einer wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnis heraus Entscheidungen treffen zu können. Außerdem wird an dieser Stelle festgelegt, dass das Fachwissen des Mediziners nicht auf Fragen der Diagnostik und im Falle einer normalen Heilbehandlung, der Behandlung des Patienten beschränkt sein sollte, sondern darüber hinaus auch in nicht-medizinischen Bereiche Anwendung finden kann. Somit wird das Risiko einer Entscheidungsfindung auch in derartigen Fallkonstellationen und Grenzfällen auf den Arzt übertragen. An dieser Stelle ist ein erneuter Blick auf die bereits zuvor angeführte Studie von Van der Wal dienlich, aus der hervorgeht, dass jährlich etwa 400 alte Menschen einen Arzt mit einem Sterbewunsch konsultieren, ohne ernsthaft krank zu sein und das

---

zelfdodingsmiddelen – Kan Drions wens veilig vervuld worden?“, Delikt en Delinkwent 2002, 455ff.; J.H. Hubben, „Kroniek van het gezondheidsrecht“, Nederlands Juristenblad 2003, 548.

<sup>297</sup> Zur Begründung siehe: Nederlandse Jurisprudentie 2003, Nr. 167.

<sup>298</sup> De Hoge Raad.

Altersleiden als Grund für den Wunsch zu Sterben anführen. In fünf bis fünfzehn Fällen pro Jahr, entspricht ein Arzt diesem Ersuchen,<sup>299</sup> nach Ermessen der Auslegung des Begriffs.

### **3.1.3 Krankheits- und Heilungschancen müssen dargestellt werden**

Weiteres Sorgfaltskriterium ist das umfassende Aufklären eines Patienten in jegliche Richtung, sei es das Aufklären über die Krankheit selbst, über Prognosen eines Krankheitsverlaufs, Aussichten auf Besserung oder Diagnosen, gem. Art. 2 Abs. 1 Var. 3 des Gesetzes zur Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zum Suizid. Diesem kann ein Arzt in angemessener Art und Weise nachkommen, indem er sämtliche Gespräche und den Verlauf der Gesamtkonsultation genau protokolliert und zur Niederschrift bringt.

### **3.1.4 Keine Möglichkeit einer anderen vernünftigen Lösung**

Nach Art. 2 Abs. 1 Var. 4 des Gesetzes zur Prüfung der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid darf es keine anderen Behandlungsalternativen geben, die ausgeschöpft werden könnten. Die Sterbehilfe muss somit auswegloses Kriterium sein und als ultima ratio Anwendung finden.<sup>300</sup> An dieser Stelle wird neben traditionellen medizinischen Handlungen auch geprüft, ob es Möglichkeiten der Palliativmedizin gibt, die dem Sterbewunsch widersprechen könnten. Nach herrschender Auffassung gilt hierbei allerdings, dass diese nicht als wirksam anzusehen seien, wenn sie als Nebenwirkung für den Patienten nur schwer erträglich wären.

Grundsätzlich gilt, dass Behandlungsalternativen nicht zwingend Anwendung finden müssen. Es besteht aber die Pflicht diese Alternativbehandlungen ärztlicherseits aufzuzeigen.

---

<sup>299</sup> G. van der Wal et al., S. 186, vertiefend S. 102ff.

<sup>300</sup> Memorie van Toelichting, Kamerstukken Tweede Kamer 1998–1999, 26691, Nr. 3, S. 9.

### 3.1.5 Ein weiterer unabhängiger<sup>301</sup> Arzt muss konsultiert werden

In Art. 2 Abs. 1 Var. 5 sieht das Gesetz zur Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid vor, dass mindestens ein anderer, unabhängiger Arzt dem Fall hinzugezogen werden muss, der den Patienten gesehen und schriftlich seine Auffassung und Würdigung über den Sachverhalt unter Beachtung der Einhaltung jeglicher Sorgfaltskriterien des behandelnden Arztes festzuhalten hat. Dieser nimmt die Position eines Beraters ein, dem der andere Arzt nicht zwingend folgen muss.<sup>302</sup>

Als ein ins Leben gerufenes Kriterium zur Schaffung einer erhöhten Sicherheit und Überprüfbarkeit hat die „Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin“ (KNMG) ein Netzwerk aus Beratern geschaffen, welchen die Aufgabe zukommt, das gesamte Verfahren um die zu treffende Entscheidung am Lebensende beraterisch zu begleiten. Im Jahre 1997 wurde von einer Gruppe Hausärzte in Amsterdam ein Projekt ins Leben gerufen, welches einen geregelten Beratungsdienst für Euthanasie von Ärzten für Ärzte etablierte.<sup>303</sup> Dieses Projekt wurde für Hausärzte in den Jahren 1999 bis 2003 auf das gesamte Land ausgeweitet unter dem

---

<sup>301</sup> Die Unabhängigkeit des Arztes ergibt sich aus der Tatsache, dass er im Vorfeld nicht in den zu entscheidenden Fall involviert war und nicht in einer freundschaftlichen, hierarchischen oder verwandtschaftlichen Beziehung zum anderen Arzt oder dem Patienten steht.

<sup>302</sup> Im Jahre 2009 kritisierte das UN Komitee für Menschenrechte die niederländische Praxis im Umgang mit Euthanasie. Es wurde empfohlen, dass nicht nur ein Arzt, bzw. ein weiterer Arzt, sondern darüber hinaus auch ein Richter in den Entscheidungsprozess über die Erfüllung und Durchführung eines Sterbewunsches mit eingeschlossen werden solle. Hierzu die Kommission: „*Under the law on the Termination of Life on Request and Assisted Suicide, a physician can terminate a patient's life without any independent review by a judge or magistrate to guarantee that this decision was not the subject of undue influence or misapprehension. Though a second physician must give an opinion, (...). So, too, there is no prior judicial review of a physician's decision to terminate a patient's life in circumstances where the patient is not able to make the request for termination. (art. 6).*“ An dieser Stelle genügt der Verweis auf die Empfehlung, die in Teil III Bewertung findet, in wie weit tatsächlich ein Richter in das eigentlich bilaterale Verhältnis zwischen Arzt und Patient eingreifen sollte, oder vielleicht sogar müsste.

<sup>303</sup> SCEA - Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam. (Übersetzung: Unterstützung und Konsultation bei Euthanasie in Amsterdam).

Namen SCEN - Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland.<sup>304</sup> In den Jahren 2003 bis 2006 wurde das SCEN Projekt dann auf die übrigen Ärzte in Krankenhäusern und Pflegeheimen ausgeweitet. In den Niederlanden arbeiten ca. 500 Ärzte als SCEN Berater außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit, zudem gibt es einen Bereitschaftsdienst um ständige Erreichbarkeit gewährleisten zu können.

Die im SCEN Netzwerk tätigen Berater sind speziell ausgebildete Ärzte, die selbst Erfahrungen auf dem Gebiet der Entscheidungen am Lebensende mitbringen. Zudem werden sie in Disziplinarverfahren eingesetzt, um eine gutachterliche Meinung zu äußern. Allerdings besteht keine Pflicht die Auffassung der SCEN Ärzte zu teilen, sie ist lediglich eine qualifizierte Meinung ohne Bindungswirkung.

Aus den SCEN Netzwerken werden Ergebnisse extrahiert, die zukünftig Anwendung finden sollen, Fehler zu vermeiden und zur Qualitätssteigerung beitragen. Dieses Netzwerk umfasst eine Vielzahl von Projekten, die bei der Schulung von Medizinern im Umgang mit dem Thema beginnen und bis zum Austausch von Erfahrungswerten reichen, wodurch eine Begleitung des Arztes in seiner Rolle als gesetzlich verankerten Sterbehelfer besteht.

### **3.2 Praktische Anwendung des Gesetzes**

Ausschlaggebender Punkt für die Einführung eines Gesetzes, war neben dem Ziel Klarheit und Sicherheit im Umgang mit dem Thema zu gewährleisten auch die Tatsache, dass das Vorhandensein einer, eine Handlung bedürftigen, Problemlage erkannt wurde. Allerdings wurde dieses nicht wie vielleicht annehmbar, primär als Zeichen des Rechtsgutes der Autonomie durchgeführt, sondern ist Resultat einer Vielzahl anderer Überlegungen. So wird das Gesetz als Reaktion auf eine offene und zwingend zu schließende „Lücke“ gesehen, die wichtigen Entscheidungen am Lebensende einen hohen Stellenwert beimisst.

Die Hauptgründe eines Patienten, Hilfe beim Sterben zu erbitten sind u.a. Schmerz oder die Angst vor einem möglichen Würdeverlust, aber auch der

---

<sup>304</sup> Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass für den den Euthanasiefall betreuenden Arzt keine Pflicht besteht einen SCEN Arzt nach dessen Meinung zu fragen. Auch jeder andere nicht SCEN Arzt kann konsultiert werden.

Wunsch einen „menschwürdigen Tod“ zu haben. Diese Ausformungen von Wünschen am Lebensende, die entsprechend an die Ärzte oder das Umfeld weitergegeben werden, bedürfen einer präzisen Beurteilung, die nach Ansicht der Niederlande am bestmöglichen durch ein Gesetz geschaffen werden kann. Hinzukommt, dass die Niederlande bei der Entscheidungsfindung, ob ein Gesetz der aktuellen Lage angebracht sei, auf den demographischen Wandel sowie den Fortschritt der lebensverlängernden Technologie, als auch auf die steigende Zahl von Krebserkrankungen als Todesursache reagiert. Diese Gründe tragen nach Ansicht der Niederlande dazu bei, dass Klarheit durch Gesetz geschaffen wurde.

Allerdings sind weitere formelle Begebenheiten an das Euthanasiegesetz geknüpft. So werden zur Überprüfung der Meldung von Euthanasiefällen regionale Überprüfungskommissionen<sup>305</sup> eingesetzt, die gem. Art. 3 Abs. 2 „aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, zu denen in jedem Fall ein Jurist zählt, der gleichzeitig Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Spezialist in ethischen Fragen“ bestehen. Zur Aufgabe dieser Überprüfungskommissionen zählt die Überprüfung der Sachlage und das Hinterfragen, „ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen ausgeführt oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, in Übereinstimmung mit den in Artikel 2 bezeichneten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.“<sup>306</sup> Ist dieses der Fall, ist die Handlung des Arztes entsprechend rechtmäßig. Im negativen Fall und bei Verletzen der ärztlichen Sorgfaltspflicht kommt es zu einer Meldung des Sachverhalts

---

<sup>305</sup> In den Niederlanden gibt es fünf Überprüfungskommissionen (Nordholland, Südholland mit Seeland, Limburg mit Nordbrabant, Friesland mit Drente und Groningen, sowie die Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland) die das sorgfaltspflichtgemäße Verfahren bei Euthanasiefällen beurteilen. Die Kommission setzt sich aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern zusammen, die sich aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker, gem. Art. 3 des Gesetzes zusammensetzt. Der Jurist ist gleichzeitig Vorsitzender der Konstellation. Eine derartige Zusammensetzung wird als ideal angesehen, da ein höchst mögliches Maß an interdisziplinärer Urteilsfähigkeit erzielt werden kann. Die Mitglieder der Kommission werden vom Gesundheitsministerium bestimmt und bekleiden ihr Amt für sechs Jahre.

Die fünf genannten Kommissionen sind bereits seit dem 1.11.1998 tätig, zu ihren Aufgaben gehört neben der Bewertung des Sachverhalts weiter die Registrierung der einzelnen Fälle.

<sup>306</sup> Vgl. Art. 8 Abs. 2.

bei der zuständigen Staatsanwaltschaft.<sup>307</sup> Neben diesen negativen Fällen sei aber darüber hinaus erwähnt, dass jeder Fall von durch die Überprüfungscommission bewerteter Euthanasie einer Meldung beim Ministerium bedarf, was allerdings anonym geschieht und lediglich der zahlenmäßigen Erhebung dient. Dieses geschieht jährlich, wobei die Meldepflicht folgende Punkte beinhaltet:

- die Anzahl der gemeldeten Fälle von Lebensbeendigungen auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötungen.
- die Art der geäußerten Sterbewünsche und das Verfahren
- eine Begründung der zum Urteil führenden Entscheidung.

Im Anschluss an die Bewertung der Kommission kommt es in den Fällen, in denen ein Arzt den gegebenen Anforderungen nicht gerecht wird, zu einem Urteilsspruch, welcher an die Staatsanwaltschaft und die Inspektion des Gesundheitswesens beim Gesundheitsministerium weitergeleitet wird. Jedoch ist diese Art von „Urteilsspruch“ eher selten. In der Regel ist er zudem zurückzuführen auf das Nichteinhalten formaler Anforderungen und nicht Grund einer inhaltlichen Bestandslosigkeit, welche zu Überprüfen oberstes Sicherheitskriterium der Kommission ist.

Weitere Sicherheit wird durch die Schaffung der SCEN Netzwerke verfolgt, wie bereits zuvor erwähnt.

Mit diesen zusätzlichen Überprüfungskriterien wird das Erreichen von Vorsicht und Sicherheit im Umgang mit Entscheidungssituationen am Lebensende beabsichtigt. Eine Überprüfbarkeit eines Entscheidungsverhaltens führt zur dauerhaften Möglichkeit, Missbrauchsgefahren auszuschließen und diesen zukünftig vorzubeugen.

308

---

<sup>307</sup> Vgl. Art. 9 Abs. 1 a, b. Letztendlich entscheidet aber das Gericht, nicht die Staatsanwaltschaft.

<sup>308</sup> In wie weit dieses „abfragen“ von Informationen allerdings mit der Europäischen Menschenrechtskonvention vereinbar ist, könnte umstritten sein (Nemo tenetur se ipsum accusare – Grundsatz). Das Meldeverfahren an sich erscheint zunächst lediglich als ein verwaltungsrechtliches Verfahren zur Kontrolle des Systems und wäre somit nicht direkt Bestandteil eines strafprozessualen Verfahrens, wodurch die Zugehörigkeit zu Art. 6 EMRK ebenfalls ausgeschlossen wäre (Das Prinzip der strafrechtlichen Anklage für eine Eröffnung des Rechtsraums des Art. 6 EMRK muss

### 3.3 Schnittstelle palliative Sedierung?

Grundlegend ist zu klären, warum überhaupt die palliative Sedierung in den Kontext des Themas passt. Dies beruht auf der Annahme einer potentiell drohenden Gefahr des Missbrauchs einer Sedierung. Einschlägige Meldungen aus den Niederlanden<sup>309</sup> sowie aus Deutschland<sup>310</sup> haben die palliative Sedierung mit der Lebensbeendigung in Verbindung gebracht.<sup>311</sup> Hinzukommen die Ergebnisse der bereits angeführten Studie

---

erfüllt sein. Vgl. dazu auch den R Emmelink Report, S. 367 f. oder neuer dazu Bijlage Handelingen Tweede Kamer, 1991–1992, 22572, Nr. 6, S. 3; Bijlage Handelingen Eerste Kamer, 1992–1993, Nr. 275a (Memorie van Antwoord), S. 23.). Jedoch ist dem zu entgegnen, dass das Meldeverfahren ein wichtiger und zentraler Bestandteil des Gesamtsystems ist und für eine eventuell folgende strafrechtliche Beurteilung eines Verstoßes gegen Art. 293, 294 nStGB Quelle der Information ist. Demnach wäre eine Zugehörigkeit zu Art. 6 EMRK gegeben, da ein Arzt der eine Lebensbeendigung auf Wunsch eines Patienten vornimmt, diese der Überprüfungscommission melden muss (Einfluss hierauf hat ebenfalls die Entscheidung Saunders gegen das Vereinte Königreich (EGMR, Urteil vom 17.12.1996, Entscheidungssammlung 1996-VI, S. 2044ff), wonach kein Beweisverwertungsverbot aus Art. 6 EMRK vorliegt. Das Schweigerecht des verdächtigen Arztes, im Falle einer strafrechtlichen Überprüfung, bezieht sich hierbei ausschließlich auf mündliche Erklärungen). Im Falle einer nach der Überprüfung der Überprüfungscommission vorliegenden Verfehlung des Arztes, durch einen eventuellen Verstoß gegen die im Gesetz verankerten Sorgfaltskriterien, wird somit auch der internationalrechtlich verankerte Grundsatz der Selbstbelastungsfreiheit tangiert, da der Arzt davon ausgehen muss, durch das ordnungsgemäß durchgeführte Meldeverfahren des Sachverhalts der Prüfungscommission Informationen über eine potentielle Strafbarkeit seinerseits geliefert zu haben. Daraus ergibt sich nun das Problem, dass das gesamte Meldeverfahren niederländischer Ärzte und daraus resultierende Informationen dem Beweisverwertungsverbot unterliegen müssten. Dem wirkt aber das Verfahren in der Praxis entgegen, dass die Überprüfungscommissionen ausschließlich die Fälle an die Staatsanwaltschaften weiterleiten, die eine Verfehlung gegen die niederländische Gesetzeslage beinhalten. So werden die Fälle ausgeklammert, die positiv verlaufen, womit man einem Verstoß gegen die Anforderungen des Art. 6 EMRK entgegen wirkt.

Eine Vereinbarkeit in diesem Punkt mit der europäischen Konvention ist daher nicht unumstritten, letztendlich aber als gegeben anzusehen. Ebenso ist das Vorgehen der Niederlande gänzlich alternativlos.

<sup>309</sup> Kofschoten van F. (2003) „Dutch television report stirs up euthanasia controversy“. *Lancet*, 361, 1352-1353.

<sup>310</sup> Dahlkamp J, Fröhlingdorf M & Ludwig U (2003) „Tiefschlaf bis zum Tod“ in: „Der Spiegel“, 41, 206-208.

<sup>311</sup> Erwähnt werden sollte aber auch, dass das vermeidliche „Problem“ der palliativen Sedierung in den Niederlanden eher eine untergeordnete Rolle spielt und als

von Van der Maas und Van der Wal et al.<sup>312</sup>, die belegen, dass die palliative Sedierung in den Niederlanden als eine Art Ausweg angesehen wird, um der Kontrolle der Prüfungskommission zu umgehen. So ergab die Studie, dass in den Niederlanden, nahezu die Hälfte der Ärzte bereits eine palliative Sedierung durchgeführt haben, in jedem sechsten Fall mit der Absicht das Leben des Patienten gezielt zu verkürzen. Diese Argumente sind Grund genug, um diesen Punkt auch im Kontext einer aktiven Entscheidung am Lebensende in diesem Zusammenhang der Vollständigkeit halber mit anzuführen und zu erläutern.

Unter der palliativen Sedierung ist die Behandlung eines Patienten mit Sedativa zu verstehen.<sup>313</sup> Sedierende Medikamente führen dazu, dass eine Verminderung von Schmerzempfinden und Vigilanz eintritt, bis hin zu einem u.U. zeitlich beschränkten Verlust des Bewusstseins. Sedativa finden in der medizinischen Heilbehandlung Anwendung bei intensivmedizinischen Operationen oder in der Notfallmedizin. Als Sedativa kommen hierbei Substanzen aus der Gruppe der Benzodiazepine zur Anwendung sowie Barbiturate oder Opiate. Die palliative Sedierung liegt nicht in der endgültigen Entscheidungsgewalt des Patienten, sondern ist Teil des ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsspektrums. Der Begriff „terminal“ bezieht sich hierbei auf die Endgültigkeit eines irreversiblen Zustandes eines Patienten, also das Verabreichen der entsprechenden Substanz in einem Zustand vor Eintritt des Todes, ohne eine Aussicht auf Änderung dieser Situation. Trotz des Vorliegens eines terminalen Zustandes des Patienten wird in den Niederlanden der Terminus der palliativen Sedierung verwendet, weil die Handlung der palliativmedizinischen Betreuung zugeordnet wird, und findet somit auch im Folgenden Anwendung.

Eine palliative Sedierung findet bewusst und absichtlich bei 15 bis 36

---

„Problem“ in Verbindung mit Euthanasie nicht existiert. Besonders ausländische Literaturmeinungen tragen zu Forcierung dieses Punktes bei, der der Vollständigkeit halber daher einer Ausführung bedarf.

<sup>312</sup> J.A.C. Rietjens/ A. van der Heide/ A. Vrakking/ B.D. Onwuteaka-Philipsen/ P.J. van der Maas/ G. van der Wal (2004): Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands. *Ann of Int Med*, 141, 178-185.

<sup>313</sup> Vgl. hierzu und zum aktuellen Verfahren mit der Sedierung die Richtlinien zur palliativen Sedierung der KNMG „KNMG-richtlijn palliatieve sedatie“ Utrecht 2009.



Prozent aller Palliativpatienten in stationärer Behandlung statt,<sup>314</sup> was verdeutlicht, welche Bedeutung diesem Verfahren beizumessen ist. Voraussetzung für die palliative Sedierung ist eine Lebenserwartung des Patienten von unter 14 Tagen. In den Niederlanden liegt die Zahl der Fälle, in denen ein Arzt einem Patienten, ohne die Absicht das Leben direkt zu beenden, durch Sedativa zum Tode verholfen hat, sogar bei um die fünfzig Prozent.<sup>315</sup> Grundlage zur Anwendung dieser Praxis in den Niederlanden sind erlassene, landesinterne Richtlinien. Eine Stellungnahme zur palliativen Sedierung auf europäischer Ebene und der damit verbundenen möglichen Klärung hinsichtlich juristischer oder ethischer Probleme gibt es bislang nicht.<sup>316</sup>

Diese möglich problematisch wirkenden Schnittstellen finden sich unter anderem bei der Kategorisierung und Einordnung einer sedativen palliativzugehörigen Maßnahme zur Beendigung des Lebens. Abzustimmen ist hierbei auf die mit der Sedierung verfolgte Intention der Maßnahme,<sup>317</sup> also, wozu dient die Sedierung und welches Ziel soll damit verfolgt werden? Im Ursprung des Verständnisses ist diese Frage leicht zu beantworten, die Intention einer Sedierung liegt in der Linderung und dem Beseitigen von Schmerzen, wobei eine Begleitkonsequenz in Form des früheren Todeseintritts durchaus in Kauf genommen wird.<sup>318</sup> Voraussetzung für die Vornahme einer palliativen Sedierung ist zudem eine schwere Erkrankung mit refraktionären Symptomen für die es keine Heilungschancen gibt.

Grundsätzlich kann die Sedierung nur dann gerechtfertigt erscheinen, wenn die Bedeutung der Aufklärungspflichten durch den Arzt klar normiert sind,

---

<sup>314</sup> Fainsinger, Waller, Bercovici, Bengtson, Landman, Hosking et al (2000); „A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients“; Palliative Medicine No. 14, S. 275-265.

<sup>315</sup> B.D. Onwuteaka-Philipsen, P.J. van der Maas, G. van der Wal (2004) „Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nurtriton for Patients Nearing Death in the Netherlands“ Ann Intern Med 141, S. 178-185.

<sup>316</sup> „Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying“ Recommendation 1418, Official Gazette of the Council of Europe, Juni 1999.

<sup>317</sup> Vgl. Boyle (2004), „Medical Ethics and Double Effect: The case of Terminal Sedation“, Theor Med No. 25 S. 51-60.

<sup>318</sup> Ergänzend und mit Rückblick auf die deutsche Länderposition sei an dieser Stelle der Einwand gestattet, diese Form als indirekte Form der Sterbehilfe zu charakterisieren.

da dieser nur so seiner „Rolle“ als Arzt und der damit verbundenen Vertrauensbeziehung zum Patienten nachkommen kann. Nur so kann ein möglichst objektives Entscheidungsverhalten und eine gänzliche Freiwilligkeit der Patientenautonomie verfolgt werden.<sup>319</sup> Im Ergebnis ist aber festzuhalten, dass die palliative Sedierung als ein Teil der Palliativmedizin anzusehen ist, demnach somit eine medizinische Therapieoption, die darauf abzielt, unerträgliche Leiden in einem aussichtslosen Zustand eines Patienten zu mindern. Die Europäische Association of Palliative Care (EAPC) nimmt dazu eindeutig Bezug und weist darauf hin, dass palliative Sedierung von Euthanasie deutlich zu unterscheiden ist, da dieser eine grundlegend andere Definition zugrunde liegt. So zielt die Euthanasie darauf ab, einen Patienten seinem Willen gemäß beim Sterben zu helfen, die Absicht der palliativen Sedierung im Gegensatz beabsichtigt lediglich die Leidensminderung in einem aussichtslosen Zustand, bestehende Symptome zu lindern, nicht aber, um einen verfrühten Todeseintritt zu beabsichtigen. Zudem trägt die Schaffung von eindeutig formulierten Richtlinien in den Niederlanden dazu, Missbrauch zu verhindern und Sicherheit zu schaffen.

Im Ergebnis existiert somit auch keine gemeinsame Schnittstelle mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten, auch wenn diese in der Diskussion besonders von Gegnern der niederländischen Euthanasiepraxis angeführt wird.

### **3.4 Ergebnisse**

Hinsichtlich der rechtlichen Handhabung des Themas lässt sich zusammenfassen, dass in den Niederlanden der Umgang mit einem aktiven Handeln bei Entscheidungen am Lebensende klar normiert ist. Verschiedene, ineinander greifende Kriterien sind bei der Entscheidungsfindung einzuhalten, die gerade dadurch ein hohes Maß an Sicherheit gewährleisten können.

Jedoch gibt es auch Gefahren im niederländischen Umgang mit dem Thema. So ist die Grauzone zwischen der palliativen Sedierung als eine

---

<sup>319</sup> Wobei in den meisten Fällen in denen palliative Sedierung Anwendung findet, der Patient in einem nichteinwilligungsfähigen Zustand ist, was auch den Zweck und den Zeitpunkt verdeutlicht, in dem palliative Sedierung überhaupt in Frage kommt.

weitere hinzugewonnene Alternativmöglichkeit der Entscheidungsmöglichkeiten am Lebensende und der Palliativmedizin zu nennen, die im Anschluss eine detaillierte Bewertung hinsichtlich potentieller Gefahren notwendig macht. Das gleiche gilt für die Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention, die sich im Anschluss an den Ländervergleich als Negativargument einer genauen Prüfung unterziehen muss.

Festzuhalten sei an dieser Stelle aber bereits die festgestellte Eindeutigkeit und vor allem Einigkeit im Umgang mit dem Thema in der Rechtsprechung, materialrechtlich als auch verfahrensrechtlich sowie in der Literatur, welche eine Außenwirkung entwickelt, die wiederum zu Akzeptanz in der Gesellschaft führt, was im Folgenden näher betrachtet wird.

#### **4. Ärztliche Handhabung**

Im Folgenden erfolgt die Darstellung der Haltung der niederländischen Ärzte zu dem Thema der Entscheidungen am Lebensende sowie deren Ärzteorganisation KNMG, einer privatrechtlichen Vereinigung. Im Vorfeld werden hierzu die Häufigkeit und die Art der ärztlichen Konsultationen bezüglich eines Sterbewunsches dargestellt. Zum Ende dieses Gliederungspunktes wird zudem hinterfragt, ob das aktive Reagieren auf Entscheidungen am Lebensende ein Patientenrecht und damit eine Ärztepflcht ist, oder nicht.

##### **4.1 Qualität ärztlichen Handelns**

Um dahingehend Verständnis zu schaffen, wie die Euthanasiepraxis in den Niederlanden Umsetzung in die Praxis findet, wird zunächst dargestellt, wie die Reaktionen auf Sterbewünsche im Detail ausgeführt werden, um sie hinsichtlich ihrer Handlungsqualität zu beurteilen.

Grundlage der nachfolgenden Betrachtung ist eine statistische Erhebung von Gerrit van der Wal aus dem Jahre 2003.<sup>320</sup> Van der Wal untersuchte hierzu stichprobenartig Todesfälle, mit Ausnahme von plötzlichen Todesfällen durch Unfall oder Schlaganfall. Durch zielgerichtete

---

<sup>320</sup> G. van der Wal, A. van der Heide et al.: „Medische Besluitvorming aan het einde van het leven.“ Utrecht 2003.

Befragungen des zuständigen Arztes hinsichtlich des Todes des Patienten ergab sich, wie Euthanasie in den Niederlanden nachgefragt wird und wie die Auffassung dazu ist. Dazu nutzte Van der Wal folgende drei an den Arzt gerichtete Fragen:

1. Haben Sie dem Patienten ein Mittel verabreicht, welches unter Umständen sein Leben verkürzt haben könnte?
2. War es bei dieser Entscheidung ihr Hauptaugenmerk darauf gerichtet, dieses Leben zu verkürzen?
3. Hat der Patient von Ihnen verlangt, sein Leben zu verkürzen?

Anhand dieser Fragen ergab sich folgende Klassifikation:

1. Bejahte der Arzt alle drei Fragen wurde dies als Fall von Sterbehilfe gewertet.
2. Falls der Patient das zum Tode führende Mittel selbst einnahm, lag ein Fall von Beihilfe zur Selbsttötung vor.
3. In Fällen in denen das gefragte „Hauptaugenmerk“ des Arztes bei der Verabreichung eines Medikaments, wie z.B. Morphinum, nicht auf der gezielten früheren Herbeiführung des Todes, aber daraus resultierte, wurde dieses als Palliativbehandlung mit lebensverkürzender Nebenwirkung bewertet.
4. Wenn der Arzt Mittel wie Valium oder Dormicum verabreichte und parallel dazu entschieden hatte, z.B. die künstliche Ernährung einzustellen, so wurde dies als palliative Sedierung angesehen.<sup>321</sup>

Erstes Ergebnis dieser Befragung war es, dass in den Fällen, in denen Morphinum oder Benzodiazepine zur Behandlung eingesetzt wurden, keine Meldung dessen erfolgte, dass das Verabreichen dieser Substanzen nicht als Mittel der Sterbehilfe gezählt werde. Für den Fall des herbeigeführten Todes eines Patienten mit derartigen Substanzen wären zudem die Sorgfaltspflichtauflagen des Arztes nicht erfüllt. Hingegen ist das Verabreichen muskelschwächender Substanzen, das in den Niederlanden eingesetzte Mittel, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Nach der Studie von Van der Wal lag die Nachfragequote der Ärzte, die dieses verabreicht haben, bei achtzig Prozent.

Einem Drittel aller Bitten um Sterbehilfe von Patienten wird entsprochen, ein weiteres Drittel wird abgelehnt. Beim letzten Drittel kommt es

---

<sup>321</sup> Vgl. Fßn. zuvor.

lediglich zur Äußerung des Sterbewunsches, der Patient verstirbt aber in der Zwischenzeit, ohne dass eine Entscheidung getroffen werden konnte.

#### **4.2 Die Haltung der niederländischen Ärzteorganisation**

Neben denen in den anderen Ländervergleichen an dieser Stelle aufgeführten Stellungnahmen der ärztlichen Landesverbände soll bei der niederländischen Betrachtung zusätzlich die Auffassung von Leenen dargestellt werden, der die gesamte Disziplin des Gesundheitsrechts in den Niederlanden grundlegend definiert und darüber hinaus das Euthanasiegesetz maßgeblich mitgestaltet hat.

Leenens Auffassung nach ist das Gesundheitsrecht eine Disziplin, der die Aufgabe zukommen soll, die grundlegenden Menschenrechte, wie das Recht auf Leben oder der körperlichen Unversehrtheit, umzusetzen, welche rudimentär auf dem Grundsatz der Autonomie basieren. Es geht demnach um die Wahrung der beiden genannten Rechte an sich, aber primär eher um die Wahrung der eigenständigen individuellen Entscheidungsgewalt über diese Rechte. Demnach übt eine um Hilfe beim Sterben bittende Person nur ihr Recht aus, autonom über ihr Recht auf Leben zu entscheiden. Die Inanspruchnahme der Hilfe eines Arztes hierbei ist somit keine Verletzung des Rechts auf Leben des Patienten durch den Arzt. Diese Auffassung ist obschon ihrer Nachvollziehbarkeit durch die internationale Jurisprudenz nicht bestätigt. Nichtsdestotrotz gibt es in den Niederlanden eine Reihe von Befürwortern dieser Theorie. So folgt auch die Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde - NVVE) diesem Argument.<sup>322</sup>

Der gegenteiligen Ansicht ist hingegen die Landesvertretung der niederländischen Ärzte (KNMG), die zwar direkt zu Beginn der aufkommenden Diskussion über aktive Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten einen liberalen Standpunkt einnahm und die Entkriminalisierung

---

<sup>322</sup> Ergänzende Anmerkung zur NVVE: Anlässlich des Postma-Falls ist die NVVE gegründet worden (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie). Nach der Einführung des niederländischen Euthanasiegesetzes hat dieser Verein den Namen geändert und heißt seitdem: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, aber präsentiert sich noch immer mit der 'alten' Abkürzung NVVE. Es gibt also noch immer die NVVE.

als zukünftigen Prozess für nicht abwendbar hielt, dennoch aber bis heute nicht die zuvor erläuterte Auffassung von Autonomie teilt. Zudem erklärt die KNMG, dass Sterbehilfe niemals ein Bestandteil der ärztlichen Berufspraxis ist, oder zu einem solchen gemacht werden könne. Das ärztliche Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten stehe im Widerspruch zu der jeden Arzt verpflichtenden Achtung des Lebens. Hingegen sehen sie den Prozess der ärztlich involvierten Reaktion auf Sterbewünsche von Patienten als eine „Erweiterung“ der eigentlichen ärztlichen Aufgabe, bestehende Leiden zu mindern. Ausschließlich aufgrund der Zugehörigkeit der Erfüllung von Sterbewünschen zur Leidensminderung sei diese zu rechtfertigen. Trotzdem erkennt die KNMG einen Interessenskonflikt, der wohl auch aufgrund des Schoonheim-Urteils aus dem Jahre 1984 resultiert, in dem der Hoge Raad zum Thema der Sterbehilfe entschied, dass trotz der damaligen Rechtswidrigkeit eine Rechtfertigung bestehe, dass ein Arzt den Sterbewunsch eines Patienten erfülle, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt seien und zudem eine Notwendigkeit erkennbar ist. Diese Notwendigkeit begründete das Gericht anhand einer höheren Gewalt, die im Falle der beschriebenen Pflichtenkollision über zu treffende Maßnahmen entscheiden kann.

*Die force majeure rechtfertigte dem Urteil gemäß die ärztliche Pflicht Leiden zu mindern, im Gegensatz zur Verpflichtung vor der Achtung des Lebens.*

Dieser Grundsatz prägte nicht nur das später erlassene Gesetz, sondern ebenso die dargestellte Haltung der KNMG die somit anerkennt, dass ärztliches Handeln zur Erfüllung eines Sterbewunsches am Lebensende geboten sein kann, aber trotzdem niemals zur ärztlichen Pflicht wird, sondern lediglich eine Erweiterung des ärztlichen Handlungsspektrum ist.

### **4.3 Patientenrecht und Ärztepflcht**

Unerträgliches Leiden, ein aussichtsloser Zustand sowie die Tatsache, dass für die Situation des Patienten keine andere akzeptable Lösungsmöglichkeit besteht, sind gesetzlich klar normierte Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um einen Sterbewunsch

gesetzlich zu rechtfertigen. Allerdings streben viele Menschen in den Niederlanden darüber hinaus einem Ziel entgegen, welches sich abseits dieser Norm gegebenen Bedingungen befindet, in Form der Patientenautonomie als Grund eines Sterbewunsches.

Hierbei besteht die Gefahr, dass Autonomie als eine Wahlmöglichkeit angesehen wird, die einem Menschen zu jedem Zeitpunkt seines Lebens die Möglichkeit offeriert, autonom seine Wahl für den assistierten Tod zu treffen. Dies spiegelt auch eine repräsentative Umfrage wieder. Hiernach ist Schmerz allein selten der einzige Grund für die Bitte nach Sterbehilfe.<sup>323</sup> Zudem belegte Van der Wal in einer Studie, dass 56% der Patienten Sterbehilfe in Anspruch nahmen, weil sie ihr Leiden als sinnlos einschätzten. 46% äußerten ihren Sterbewunsch aufgrund der Angst vor dem drohenden Verfall und körperlicher Gebrechlichkeit.<sup>324</sup> Dieses Meinungsbild deckten ebenfalls die weiteren im Jahre 1995 und 2001 durchgeführten Studien, die eindeutig zu dem Ergebnis kamen, dass die Bitte um Sterbehilfe daraus resultiert, weitere Qualen zu umgehen.<sup>325</sup> Dieses zeigt, dass eine Motivation in der Praxis aufkommt, die ethisch begründbar erscheint, juristisch aber fraglich sein dürfte. Resultieren würde ein Sterbewunsch aufgrund der reinen Autonomie in einem Recht zu sterben, welches sich am Willen des Patienten bemisst. Dieses wiederum kollidiert mit der Aufgabe der die Sterbehilfe durchführenden Ärzte, die nicht verpflichtet sind im Sinne der Selbstbestimmung des Patienten zu handeln, sondern zu dessen Wohle. Wenn Sterbehilfe allein aufgrund von Autonomie der Entscheidungsbefugnis des Patienten zugehörig ist, so ist dieses zweifelsfrei ein hohes Maß an Freiheit, jedoch besteht hierbei die Gefahr, dass diese Freiheit auch die Gefahr eines potentiellen Missbrauchs erhöht. Womit die zweite Ansicht, die auch im Gesetz Verankerung findet, dass ein Arzt aufgrund anderer Maßstäbe, in Form von Leiden oder einem aussichtslosen Zustand des Patienten, Sterbehilfe leistet, dem Argument der Autonomie überwiegt. Diese Herangehensweise gewährleistet ein

---

<sup>323</sup> So auch die Ergebnisse von G. van der Wal, P.J. van der Maas „Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde“.

<sup>324</sup> G. van der Wal „Medische besluitvorming aan het einde van het leven; de praktijk en de toetsingsprocedere euthanasie“.

<sup>325</sup> G. van der Wal, P.J. van der Maas, „Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde“.

gewisses Maß an Schutz bei der Entscheidungsfindung, schränkt aber gleichzeitig die Freiheit des Patienten ein.

Es ist festzuhalten, dass Euthanasie kein Patientenrecht ist, sondern vielmehr ein Handeln des Arztes zum Wohle des Patienten. So sieht es auch das niederländische Gesetz vor. Allerdings ist eine Entwicklung in der niederländischen Bevölkerung festzustellen, die stetig mehr in die Richtung der Wahrung der Patientenautonomie auch bei Entscheidungen am Lebensende tendiert, die Entscheidung zu sterben, über die Art und Weise somit der Wahl den Patienten überlässt. Konsequenz dessen wäre ein Patientenrecht, ein Handeln des Arztes aufgrund einer definitiven Entscheidung des Patienten. Dieses dürfte ein hohes Maß an Willkür mit sich bringen und darüber hinaus dazu führen, dass die Rolle des Arztes als geeignete Person auf Sterbewünsche von Patienten am Lebensende zu reagieren in Frage gestellt werden würde. Denn was macht es in einem derartigen Fall notwendig überhaupt einen Arzt zu konsultieren?

## **5. Gesellschaftlicher Umgang**

Hierzu soll analog zu den anderen Länderpositionen zunächst das Darstellen von Statistiken und Meinungen zum niederländischen Umgang mit Entscheidungen am Lebensende Aufschluss über das gesellschaftliche Meinungsbild geben.

### **5.1. Statistiken und Meinungen**

Wenn man statistisches Material in den Niederlanden anführen möchte, so beginnt dieses zweifelsfrei bei dem auch bereits zuvor erwähnten Rimmelink-Report vom 19. September 1991<sup>326</sup>, benannt nach Prof. J. Rimmelink, einem ehemaligen (Vize)-Generalstaatsanwalt. Das statistische Material lieferte Aussagen zu sämtlichen Bereichen der Entscheidungen am Lebensende und kam zu dem Ergebnis, dass die

---

<sup>326</sup> Medical Decisions About the End of Life, I. Report of the Committee to Study the Medical Practice Concerning Euthanasia. II. The Study for the Committee on Medical Practice Concerning Euthanasia (2 vols.), The Hague, September 19, 1991. Im Folgenden werden die Teile als Report I und Report II bezeichnet. Die aktuellste Version des Reports datiert aus dem Jahre 2003. Die Zahlen dieser Erhebung werden im Folgenden erwähnt, zunächst sollen die Ergebnisse aus der Zeit vor einer gesetzlichen Normierung Aufschluss über Handlungsbedarf und -willen darstellen.



tolerierende Haltung der niederländischen Gerichtsbarkeit bezüglich aktiv vorgenommener Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten nicht das geeignete Instrument sind, um dieses Thema zu Handhaben. Die wichtigsten Ergebnisse des Reports waren folgende:

- Es starben 2.300 Personen durch die aktive Reaktion des Arztes gemäß eines geäußerten Sterbewunsches<sup>327</sup>
- 400 Personen erhielten von ihrem Arzt ein Mittel, mit dem sie sich selbst töteten<sup>328</sup>
- 1.000 Menschen starben ohne die explizite Zustimmung, Hilfe beim Sterben in Anspruch nehmen zu wollen, wurden durch ärztliche Handlungen dennoch getötet.<sup>329</sup> Darunter sollen
  - 14% dieser Personen völlig zurechnungsfähig gewesen sein,<sup>330</sup>
  - 72% hatten im Vorfeld ihrem Arzt gegenüber geäußert, dass ein Sterbewunsch durchaus bestehe, diesen aber nicht direkt geäußert<sup>331</sup>,
  - in weiteren 8% der Fälle sollen die Ärzte entschieden haben den Patienten zu töten, obschon alternative Handlungsmöglichkeiten vorlagen.<sup>332</sup>
- 8.100 Personen starben durch das Verabreichen einer überdosierten Menge von Schmerzmitteln, die nicht den primären Zweck Schmerzen zu lindern, sondern den Tod des Patienten beschleunigen sollten.<sup>333</sup> In 61% dieser Fälle, in Zahlen 4.941 Personen, soll es zu der Verabreichung gekommen sein, ohne eine explizite Äußerung des Patienten.<sup>334</sup>
- Insgesamt ergab sich aus dem Rimmelink-Report die Zahl von 11.840 Personen, die durch sämtliche das Leben beendenden Maßnahmen durch einen Arzt, ob aktiv oder passiv, getötet wurden. Dies sind 9,1% der Gesamttodesfälle von 130.000 im Jahr.
- Gründe die angeführt wurden, warum ein Arzt unfreiwillig

---

<sup>327</sup> Vgl. Report I, S. 13.

<sup>328</sup> Vgl. Report I, S. 9.

<sup>329</sup> Vgl. Report I, S. 15.

<sup>330</sup> Vgl. Report II, S. 49, Tabl. 6.4.

<sup>331</sup> Vgl. Report II, S. 50, Tabl. 6.6.

<sup>332</sup> Vgl. Report II, S. 50, Tabl. 6.5.

<sup>333</sup> Vgl. Report II, S. 58, Tabl. 7.2.

<sup>334</sup> Vgl. Fn. Report II, S. 72.

Euthanasie durchgeführt hatte, waren eine niedrige Lebensqualität des Patienten, keine Aussicht auf Besserung des aktuellen Zustandes und die Tatsache, dass die Familie mit der Situationen nicht mehr umgehen konnte.<sup>335</sup>

Diese Zahlen machen die Situation in den Niederlanden deutlich, die vor einer gesetzlichen Fixierung im Jahre 2002 bestand. Trotz der einheitlichen Meinung zu dem Thema in der Jurisprudenz, gelang es durch die Vielzahl der Gerichtsentscheidungen nicht, Klarheit im Umgang mit dem Thema zu schaffen. Grenzen wurden nicht aufgezeigt, sondern lediglich Möglichkeiten, was dazu beitrug, dass unsicheres Verhalten was erlaubt war und was nicht auf Seiten der Patienten und Ärzte bestand. Mithilfe der gesetzlichen Normierung wurde dieser Zustand beseitigt und Handeln klar und eindeutig als legitim oder strafbar fixiert. Im Vergleich des letzten Jahres vor der Gesetzeserweiterung kam es im Jahre 2001 noch zu 3.500 Fällen von aktiven Reaktionen eines Arztes auf Entscheidungen am Lebensende eines Patienten. Im Jahre 2005 waren es lediglich 2.325. In Bezug auf die Gesamtzahl aller Todesfälle sank die Zahl von 2,6% auf 1,7%.

Hinsichtlich der Wertung eines Gesellschaftsbildes, der praktischen Effizienz und Rechtssicherheit ist es weiter notwendig die Akzeptanz, die Erfolge und Verfehlungen zu evaluieren. Hierzu soll an dieser Stelle ein Rückgriff auf eine aktuelle Studie von Van der Wal geschehen, die im Unterschied zum Rimmelink-Report vor der Gesetzeserweiterung, die aktuelle Entwicklung aufzeigt.<sup>336</sup> Van der Wal untersuchte 5.617 Sterbefälle und vervollständigte seine Auswertungen durch Interviews mit Fach- und Allgemeinärzten sowie Meinungen von Ansichten von unmittelbar an einem Euthanasiefall beteiligten Ärzten und Angehörigen. Hinzu kam eine repräsentative Bevölkerungsumfrage unter 1.390 Personen sowie die Auswertung von Fragebögen von Mitgliedern der Überprüfungscommissionen.

Es lässt sich direkt zu Beginn festhalten, dass die Zahl der gemeldeten

---

<sup>335</sup> Vgl. Fn. Report II, S. 52, Tabl. 6.7.

<sup>336</sup> G. van der Wal et al. „Medische besluitvorming aan het einde van het leven – De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“.

Euthanasiefälle in den Niederlanden vor Schaffung der gesetzlichen Erweiterung im Vergleich zur Zeit danach rückläufig ist, von 2.123 Fällen im Jahre 2000 auf 1.815 Fälle im Jahre 2003. Bei einer genauen Differenzierung der Zahl aus dem Jahre 2003 Fälle wird zudem deutlich, dass besonders schwere Krankheiten Grund für die Äußerung des Sterbewunsches waren. So ergeben sich die 1.815 Fälle von Euthanasie aus

- 1.605 Krebserkrankungen,
- 19 Herz- und Gefäßerkrankungen,
- 34 Erkrankungen des Nervensystems,
- 34 Lungenkrankheiten,
- 3 Aidskrankheiten und
- 79 sonstigen Krankheiten.

Dieses spiegelt die eindeutige Tendenz wieder, dass die aktive Reaktion auf einen Sterbewunsch in den Niederlanden durchaus als Mittel der ultima ratio gerade bei schwersten, unheilbaren Krankheiten in Betracht gezogen wird und keinesfalls ein routinemäßiges Mittel der oder Bestandteil der ärztlichen Versorgung ist. Die folgenden Zahlen belegen darüber hinaus, dass zu dieser Feststellung die Zahl der tatsächlich folgegeleisteten ärztlichen Hilfen beim Sterben nicht etwa ansteigend ist, sondern im Gegenteil nahezu stagniert.<sup>337</sup> Das zuvor angeführte Argument, dass die Gefahr der Willkür bestehe, wenn ein aktives Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten erst einmal legalisiert werden sollte, trifft somit in der Generalität nicht zu. Ausgeschlossen ist hierbei aber nicht die Gefahr, die droht, einzelne ärztliche Handlungen voneinander abzugrenzen und zu definieren. Auf diese wird an späterer Stelle eingegangen.

---

<sup>337</sup> Hinzu kommt, dass in knapp der Hälfte sämtlicher zu entscheidender Fälle der Patient vor Erfüllung des Sterbewunsches im Vorfeld verstarb (G. van der Wal et al. (Anm. 6).

	1990	2001	2005
<b>Anzahl der Sterbefälle in den Niederlanden gesamt:</b>	129.000	140.500	136.402
<b>Patientenbitten um Sterbehilfe<sup>338</sup>:</b>	8.900 (7,0%)	8.700 (6,9%)	8.400 (6,2%)
<b>Tatsächlich durchgeführte Euthanasie:</b>	2.300 (1,8%)	3.600 (2,6%)	2.325 (1,7%)
<b>Ärztliche Suizidbeihilfe geleistet:</b>	400 (0,3%)	300 (0,2%)	100 (0,1%)
<b>Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Zustimmung:</b>	1.000 (0,8%)	1.000 (0,7%)	550 (0,4%)

339

Es ist zu erkennen, dass die Maßnahme der palliativen Sedierung im Vergleich zu den Gesamttodesfällen im Jahre 2005, relativ betrachtet, sehr hoch ausfällt und somit vor der direkten Patientenbitte um Sterbehilfe steht.

Logischer Weise ergibt sich zudem, dass durch die Gesetzeserweiterung im Jahre 2002 die Anzahl der Reaktionen auf Sterbehilfe leicht zurückgehend ist, da Euthanasie zu einer normalen medizinischen Handlung wurde. Die palliative Sedierung bleibt hierbei als der Entscheidungsbefugnis des Arztes zugehörig außen vor. Diese Zahlen entkräften das Argument des

<sup>338</sup> Die Zahl ist auf den Zeitpunkt der Befragung bezogen und bedeutet nicht, dass diese Gruppe von Menschen jetzt zur Zeit den Wunsch nach Euthanasie haben.

<sup>339</sup> A. van der Heide et al. „End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“, sowie vertiefend dazu: P.J. van der Maas et al. „Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life“ Lancet 1991;338:669-674; B.D. Onwuteaka-Philipsen et al. „Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001“ Lancet 2003;362:395-399; P.J. Van der Maas et al. „Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands“ 1990-1995. N Engl J Med 1996;335:1699-1705.

Dammbruchs oder der Gefahr des Missbrauchs und manifestieren vielmehr die gesellschaftliche Akzeptanz einer Möglichkeit autonom zu entscheiden. Die geringe Zahl der tatsächlich ausgeführten Sterbewünsche, die Patienten gegenüber ihren Ärzten äußerten, belegt außerdem die Tatsache, dass Euthanasie in den Niederlanden kein Patientenrecht ist, da in der Mehrzahl der Fälle dem Sterbewunsch nicht entsprochen wird. Dieses ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass eine Vielzahl der Menschen in den Niederlanden einen Euthanasiewunsch für die Zukunft zwar aussprechen, vorher aber an einer anderen Todesursache sterben.

Obschon der Rummelink-Report Missstände aufgedeckt hat, so lässt sich dieses auf eine gesellschaftliche, rechtliche und medizinische Unklarheit zu der Zeit der Erhebung zurückführen. Dieses verdeutlicht daher die Gefahr, die entsteht, wenn ein Agieren bei Entscheidungen am Lebensende nicht hinreichend lückenlos definiert ist. Nach dem Jahre 2002 und der Gesetzeserweiterung lässt sich aber deutlich erkennen, dass die gewonnene Rechtssicherheit auch den Umgang mit dem Thema vereinfacht hat und somit Sicherheit in der Praxis geschaffen wurde. Aber auch in der Gesellschaft, die den Statistiken nach Euthanasie als Möglichkeit, nicht als Recht, akzeptiert und im angemessenen Maße wahrnimmt. Eine Umfrage aus den Jahren 2005/2006<sup>340</sup> beschreibt in diesem Kontext den Umgang mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten nach der Gesetzeserweiterung im Jahre 2002. Ziel dieser statistischen Erhebung war es, das Meldeverfahren der Ärzte zu evaluieren, um herauszufinden, inwieweit der gesetzliche Sorgfaltspflichtenkatalog faktisch Umsetzung findet.

Das Ergebnis beinhaltet, dass die Zahl der Meldungen der Ärzte auf ca. 80% gestiegen ist. Die in der Statistik zuvor angeführte palliative Sedierung, die im Jahre 2001/2002 noch zu der Zahl der Euthanasiefälle gezählt wurde, fand hingegen in der aktuellen Statistik keine Berücksichtigung mehr. Hieraus ergibt sich, dass die Zahl der Fälle, in denen Euthanasie Anwendung gefunden hat, in der Summe tatsächlich niedriger war, als in der statistischen Erhebung zuvor. Dies resultierte daher, dass sie Abgrenzung zu anderen Arten des Eingriffs, wie der

---

<sup>340</sup> Vgl. A van der Heide/ P.J. van der Maas/ G. van der Wal et. al „End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“ NEJM Vol 356:1956-1965.

angesprochenen palliativen Sedierung, deutlicher abgegrenzt wurde und die Zahl der Meldungen daher höher ausfiel.

Weiter ergab die Erhebung aus den Jahren 2005/2006, dass Euthanasie häufig bei Patienten Anwendung fand, die an Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium erkrankt waren<sup>341</sup>. In den letzten Jahren ist die Zahl der Meldungen bei den Überprüfungskommissionen stetig gestiegen, in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils etwa 10%.

Die Gesamteldequote liegt demnach bei rund 90%, einem sehr hohen Wert, anhand dessen es möglich ist, die gemeldeten Euthanasiefälle einer Überprüfung durch die entsprechenden Überprüfungskommissionen zu unterziehen, mit dem Ergebnis der hinzugewonnenen Transparenz für das Gesamtsystem.

Erwähnt sei in diesem Kontext auch noch die Zahl der palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten in den Niederlanden. So stehen 241 Pflegeheime, Pflegestationen im Krankenhausbereich oder sog. Hospizheime in den Niederlanden zur Verfügung, mit einer Gesamtbettenzahl zur palliativen Versorgung von 953. Dies verdeutlicht wie schwierig es ist, die Palliativpflege als eine Alternative zu aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende in der Praxis anzuerkennen, da die Quantität nicht ausreichend ist, um den Bedarf zu decken.

Resümierend zu den statistischen Angaben und der gesellschaftlichen Wahrnehmung soll noch beachtet werden, dass über 90% der in den Niederlanden durchgeführten Euthanasiefälle und ärztlich begleitete Suizidhilfe Krebspatienten betreffen.

## **5.2 Von der Drion-Pille und dem Argument der totalen Patientenautonomie**

Violdiskutiertes Mittel auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren, die des Lebens müde sind, ist die Debatte über die so genannte „Drion-Pille“, nach einem ehemaligen Richter vom Hogen Raad, benannt, wobei es um den Sachverhalt geht, dass es älteren Menschen durchaus gestattet sein

---

<sup>341</sup> Vgl hierzu auch Abarshi, E./Onwuteaka-Philipsen, B.D./ Van der Wal, G. „Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship?“ Health Policy 2009, Volume 89, Issue 2, Pages 168-173.

müsste, um Hilfe beim Sterben zu bitten, auch wenn sie nicht eindeutige somatische oder psychische Erkrankungen aufweisen würden. Dies sollte geschehen, um ihnen Sicherheit zu geben, dass sie keinen Prozess des Verfalls und des Leidens auf sich nehmen müssten, vor dem sie Furcht und Angst hätten. In solchen Fällen sollte nach Drion, dem Arzt die erweiterte Aufgabe seines Handelns zukommen, die Zurechnungsfähigkeit des Patienten auch hinsichtlich des Sterbewunsches im Konkreten auf ihre Eindeutigkeit hin zu überprüfen.

Umfragen zu dieser Auffassung ergaben, dass ein größerer Teil der Bevölkerung dieser Auffassung nach Drion nicht zustimmt, was bedeutet, dass das Argument der Autonomie nicht primär Beweggrund ist, bei Entscheidungen am Lebensende zu verfahren.

Tatsächlich ergeben sich bei dieser Argumentation Bedenken. So besteht die Gefahr, dass abseits aller gesetzlichen und verfahrensrechtlichen Normierungen im Umgang bezüglich des Entscheidungsverhaltens am Lebensende eine weitere wesentlich unklarer gehandhabte Praxis der Entscheidung über Sterbewünsche entsteht, die auch in der Praxis wenig Eindeutigkeit und Sicherheit beweist – ein undefiniertes System im definierten Rechtsraum somit entstehen könnte. Um hier ebenfalls die Quintessenz aus dem Chabot Urteil aufzugreifen, dass die Art und die Schwere des Leidens zu berücksichtigen seien, nicht aber die Ursache, so wird deutlich, dass dieses in der Praxis zu Schwierigkeiten führt, da Alter oder Lebensmüdigkeit als Ursachen zu kategorisieren sind, um Hilfe beim Sterben zu erbitten, allerdings keine zu charakterisierende Art besteht, ebenso wenig wie die Schwere von Leid vom Alter allein zu bestimmen ist. Dem ist aber entgegenzusetzen, dass auch im Falle einer schweren Krankheit mit einer definitiven Todesprognose für die Zukunft, aufgrund der Krankheit, der Beweggrund des Patienten um Sterbehilfe zu bitten, nicht zwingend aufgrund der medizinischen Lage beruhen muss, sondern ebenso gut auf einer Lebensmüdigkeit und Resignation im Umgang mit der Krankheit beruhen kann. Diesem dürfte schlussfolgernd nicht entsprochen werden. Damit besteht die Gefahr, dass somatisches Leiden durch den Arzt als Gutachter überbewertet wird, um für sich selbst und die eigene Entscheidung Sicherheit zu schaffen. Man könnte festhalten, dass je eindeutiger und schwerwiegender eine Krankheit ist, das Leiden ebenso

eindeutig zu definieren ist und somit Sicherheit für den Arzt entsteht. Ein Abstimmen auf diesen Grund des Vorliegens einer Krankheit und des damit verbundenen Leidens als Motivation für Sterbewünsche des Patienten ist somit keine Entscheidung aufgrund reiner Autonomie des geäußerten Wunsches, sondern eine Entscheidung auf nahezu rational messbaren Indikatoren, die Willkür an einer Stelle des Entscheidungsverhaltens ausschließen, die sich zur Gefahr entwickeln könnte.<sup>342</sup>

Dass es darüber hinaus nicht möglich ist, sich bei Entscheidungen am Lebensende ausschließlich auf das Argument der Autonomie zu verlassen, ergibt sich zudem aus der bestehenden Grundstruktur der niederländischen Gesetzeslage, dass einer zustimmenden Person kein Unrecht zugefügt werden kann. Nach diesem *volenti non fit iniuria* Grundsatz, dessen Ursprung im „Guten Glauben“ des Vertragsrechts verankert ist, dass ohne ausdrückliche Zustimmung im „Guten Glauben“ kein Vertrag geschlossen werden kann, wird die Person geschützt, die nicht eindeutig handelt. Überträgt man dieses theoretisch auf die Diskussion der Entscheidungen am Lebensende, so ergibt sich, dass dieses Konstrukt nicht eins zu eins umsetzbar ist, besonders dann nicht, wenn Menschenrechte, wie das Recht auf Leben oder der körperlichen Unversehrtheit damit in Konflikt stehen, da diese als absolute Rechtsgüter geschützt sind. So verbietet Artikel 293 des niederländischen Strafgesetzbuches die Tötung einer Person gemäß dessen ausdrücklichem Verlangen. Das Euthanasiegesetz reglementiert dieses in Form einer Ausnahme, die an die bekannten strengen Bedingungen geknüpft ist. Vom Grundsatz her ist es aber auch hier nicht möglich einer Person, auch mit der definitiven Zustimmung, Unrecht zuzufügen.

Im Folgenden wird ein Fall aus dem Jahre 1997 näher betrachtet, der Anlass und Aufschluss über den moralischen Umgang und daraus resultierenden Problemen bei dem Thema des aktiven Handelns auf Wunsch eines Patienten zu sterben, geben soll.

---

<sup>342</sup> Vergleichend sei hier der Umgang in Schweiz erwähnt, in dem das Entscheiden am Lebensende aufgrund totaler Patientenautonomie und der Achtung des Willens des Patienten beruht, ohne hierbei Einschränkungen zu machen. So sind Gründe der Lebensmüdigkeit dort als durchaus wertbarer Grund für eine Art „Gnadenhandlung“ anerkannt.



Im Fokus des hier beschriebenen Falles steht der Arzt Sutorius, der einem Mann im Alter von 88 Jahren bei der Selbsttötung half. Soweit lässt sich noch keine sonderlich „neue“ Thematik erkennen, bemerkenswert war allerdings die Motivation, dem Sterbewunsch des Patienten namens Brongersma nachzukommen.<sup>343</sup> Dieser lag in einer gewissen Lebensmüdigkeit begründet, so äußerte sich der Patient dahingehend, dass er das Gefühl habe, „der Tod habe ihn vergessen“. Hinzu kamen der Verlust von Angehörigen oder Freunden und die dadurch immer mehr zunehmende Isolation und Einsamkeit durch das Alter. Aus diesen Beweggründen heraus konsultierte Brongersma Sutorius mit der Bitte, ihm beim Sterben behilflich zu sein. Sutorius holte ein psychologisches Gutachten ein, welches Brongersma als voll und uneingeschränkt zurechnungsfähig testierte und somit den Wunsch Brongersma aus der Sicht Sutorius deutlich konkretisierte und ernsthafter erscheinen ließ. Auf dieser Basis verhalf Sutorius, der davon ausging, dass auch in diesem Falle des aktiven zum Tode führenden Handelns auf Wunsch eines Patienten, die medizinische Sorgfalt mit sämtlichen Erfordernissen als erfüllt anzusehen sei, Brongersma beim Sterben.

Die Konsequenz dieser Haltung war ein langer folgender Prozessweg. Erstinstanzlich gab das Gericht in Haarlem Sutorius Recht<sup>344</sup>, es folgte allerdings eine Berufung auf dieses Urteil. Das nun mit dem Fall betraute Gericht in Amsterdam holte zwei Meinungen zu dem Sachverhalt ein, von einem Experten für Gesundheitsrecht und für Allgemeinmedizin. Das Ergebnis dieser Gutachten war deckungsgleich und eindeutig und besagte, dass ein Arzt vom Grundsatz her nicht dazu da sei, einem Patienten dabei zu helfen sich zu töten, wenn das Leiden des Patienten keine somatische oder psychische Ursache habe. Das Gericht folgte diesem in seiner Entscheidung und legte fest, dass ein Arzt nicht das Beurteilungsvermögen darüber besitzt, festzustellen, wie schwer das Leiden oder auch die Möglichkeiten einer Leidensminderung in der Zukunft seien. Bestätigung erhielt diese Entscheidung später letztinstanzlich vom Hogen Raad.

---

<sup>343</sup> Als Anmerkung sei erwähnt das Brongersma ein ehemaliger Politiker der Sozialdemokratischen Partei der Niederlande, sowie als Senator für eben diese tätig war.

<sup>344</sup> Was eine Konsequenz aus der Rechtsprechung und Rechtshaltung im bereits beschriebenen Chabot Fall aus dem Jahre 1995 war.

Hieraus könnte allerdings ein mögliches Dilemma entstehen, hinsichtlich der Bedeutung und Wahrung des Autonomieprinzips bei Entscheidungen am Lebensende. Demnach liegt dem Fall Brongersma sehr wohl ein eindeutig und zweifelsfrei formuliertes Tötungsverlangen von Seiten des Patienten vor, was auf das Autonomieargument gestützt ausreichend sein müsste, um den Wunsch zu äußern Hilfe beim Sterben zu erlangen und diese aus rechtmäßig zu bekommen. Daher müsste es zulässig gewesen sein, dass Sutorius Brongersma beim Sterben assistiert hat. Jedoch wurde diesem widersprochen, weil dieses nicht Aufgabe des Arztes sei. Es stellt sich daher also die Frage, ob es dann möglicherweise vielleicht die Aufgabe eines „Nicht-Arztes“, also eines Laien sein könnte, aktiv auf Sterbewünsche am Lebensende zu reagieren? Dieses ist sicher aber keine Konklusion mit praktischer Tragkraft oder Umsetzbarkeit aus den auch bereits zuvor angeführten Gründen, die den Arzt als geeignete Person ins Zentrum der niederländischen Euthanasiepraxis stellen. Nur so kann vorsichtiges Vorgehen zur Qualitätssicherung beitragen und steht im Einklang mit allen vorausgegangenen politischen aber auch ärztlichen Bemühungen, wie z.B. den Richtlinien der KNMG, sich dem Thema zu nähern.

## **6 Schlussbetrachtung der Landesposition**

Die Schlussbetrachtung der Landesposition fällt entsprechend der einzelnen Zwischenergebnisse aus, zunächst einmal dahingehend, dass der niederländische Umgang mit dem Thema tatsächlich ein gesamtgesellschaftlicher Umgang ist, der von der Rechtsprechung über die Politik bis hin zur Gesellschaft liberal eindeutig betrachtet wird.

Das Gesetz aus dem Jahre 2002 war logische Konsequenz eines zielgerichteten Handelns und Verhaltens zum Thema des freien Entscheidens am Lebensende und des aktiven Eingreifens aufgrund von Patientenwünschen durch Ärzte. Das Gesetz beabsichtigte Klarheit im Umgang und schaffte diese auch, mit Ausnahme einiger weniger Bereiche. Zu nennen sind hier die Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention hinsichtlich des Meldeverfahrens für Ärzte oder die Schwierigkeit Kriterien wie „Leiden“ eindeutig zu definieren, aber auch die zwingend zu hundert Prozent auszuschließenden Gefahr vor

Missbrauch und Willkür.

Bei der Schlussbetrachtung der Landesposition fallen weiterhin eine Vielzahl von Punkten ins Gewicht, die in der Diskussion sowohl als für und wider verwendet werden. Dies beginnt bereits bei der Schaffung des Gesetzes im Jahre 2002, was von Teilen aller involvierten Personen negativ als „Bergrutsch“ bezeichnet wurde, statistisch gesehen aber durch die Schaffung von Kontrollverfahren und die gesetzliche Vereinheitlichung von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende zu einer Steigerung der Meldebereitschaft der Ärzte geführt hat und es somit ermöglichte, eine neue Form der Sicherheit durch Transparenz zu schaffen. Weitere Instrumente dieser Transparenz sind die in den letzten Jahren gestiegene Zahl der veröffentlichten Entscheidungen der Überprüfungskommissionen sowie die Bildung der SCEN Projekte, die eine ganz Reihe von Neuerungen von der Schulung junger Ärzte an bis zum Umgang mit dem Thema geschaffen haben.

Nichtsdestotrotz gibt es einen Punkt, der gerade von den Gegnern einer aktiven Reaktion auf Sterbewünsche angeführt wird. Dieser Meinung nach sei die Zahl der Fälle, in denen ein Arzt das Leben eines Patienten beendet, ohne dessen eindeutige Zustimmung, viel zu hoch, um von einem sicheren Umgang zu sprechen.<sup>345</sup> Dem ist entgegen zu halten und wird von Van der Wal auch angeführt, dass in diesen Konstellationen der Grad zwischen der lebensbeendenden Handlung und einer intensivierten Schmerztherapie oder auch zur Bekämpfung von Symptomen derart gering ist, dass im Zweifelsfall nicht eindeutig festgestellt werden kann, welche Handlungsqualität die Handlung des Arztes nun im Endeffekt bezwecken sollte. Hinzukommt neben der fraglich feststellbaren Intention des Arztes die Tatsache, dass in 82% der Fälle, in denen ein Arzt durch eine Maßnahme zur Lebensverkürzung des Patienten beigetragen hat, diese Lebensverkürzung aus medizinischen Gesichtspunkten heraus, unter einer Woche lag. Zudem handelt es sich hierbei um Patienten in komatösen Zuständen, die mit dem Arzt im Vorfeld dieses Zustandes über das Infragekommen einer Lebensbeendigung gesprochen haben. Allerdings ist der Kern der Diskussion durchaus nachvollziehbar, denn so sehr das

---

<sup>345</sup> G. van der Wal et al., Medische besluitvorming aan het einde van het leven – De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“.

niederländische System von einem einheitlichen Umgang, auch bezüglich der Wortwahl und der Auslegung der einzelnen Begrifflichkeiten und Definitionen ausgeht, so steht doch fest, dass dieses nicht der Fall ist.<sup>346</sup> Es gibt eine Reihe von Diskussionen, wie auch diese hier, in denen unterschiedliche Auslegungen und Verständnisse zur Verkomplizierung beitragen, da nicht alle Arten und Details ärztlichen Handelns eindeutig klar sind, was gerade auf Abgrenzungsfragen zutrifft. Festzuhalten bleibt aber, dass das Szenario, dass ein Patient, der bei Bewusstsein ist und trotz einer potentiell tödlich verlaufenden Krankheit von einem Arzt, ohne sein Einverständnis getötet wird, nicht existiert, was den Ausgangspunkt der These, dass die große Gefahr im niederländischen System gerade darin liegt, dass ein Patient einem willkürlichen ärztlichen Verhalten ausgesetzt ist, nicht bestätigt.

Die Praxis zeigt allerdings, dass diese Probleme erkannt sind und der eingeschlagene niederländische Weg darauf bedacht ist, Verfehlungen in diese Richtung zu vermeiden, durch Kontrollinstanzen oder einer hohen Transparenz des Gesamtverfahrens. Fraglich ist aber, ob dieses ausreicht um Missbrauch zu verhindern und Sicherheit zu gewährleisten. Funktionalität und praktische Umsetzbarkeit kann dem System nicht abgesprochen werden, aber eine mögliche Fehlerquote bei irreversiblen Entscheidungen, so gering diese auch sein mag, könnte das Gesamtsystem oder zumindest Teile dessen in Frage stellen.

Im Kern setzt der niederländische Umgang den Arzt ins Zentrum des Systems, aus dem Grund der Qualitätsgarantie durch fundierte Kenntnisse des menschlichen Körpers und der Wirkung der zur Anwendung kommenden Substanzen, unterstützt durch Schulungen und Begleitungen sowie der Netzwerkseingliederungen durch die SCEN Projekte. Er erscheint daher als geeignete Person, um auf Sterbewünsche von Patienten entsprechend reagieren zu können. Dieses schafft zudem ein gewisses Maß an Vertrauen für die Bevölkerung durch eine sorgfältiges und vorsichtiges Vorgehen seitens der Ärzte. Diese Sicherheit wird von der Bevölkerung erkannt und wahrgenommen, was statistisch gesehen eine breite

---

<sup>346</sup> Auch die KNMG stelle aus Gründen der Transparenz und des Verständnisses einen Antrag beim zuständigen Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport im Jahre 2004 aus dem hervorgeht, dass die beschriebene Klarheit auch in Definitions- und Auslegungsfragen nicht besteht.

Zustimmung zum Umgang des Themas mit sich bringt.

Die Möglichkeit der Erfüllung eines Sterbewunsches für diejenigen, die dieses in Anspruch nehmen wollen, vermittelt nicht nur ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit für Patienten, sondern wird im niederländischen System von vorsichtiger Sicherheit durch die Gesetzeserweiterung geschützt, die, kein bloßer legislativer politisch begründeter Akt war, sondern einzig und allein auf Verlangen der Bevölkerung hin im Recht, Gesellschaft und Medizin Einzug erhalten hat.