



Swantje Naunin

Sterben auf Niederländisch?

Niederländische „euthanasie“ als
Gegenstand der Debatte in
Deutschland und den Niederlanden

LIT

Swantje Naunin

Sterben auf Niederländisch?

Münsteraner Bioethik-Studien

herausgegeben von

Prof. Dr. Michael Quante

(Geschäftsführender Direktor
des Centrums für Bioethik der WWU Münster)

in Verbindung mit

Prof. Dr. Antonio Autiero, Prof. Dr. Kurt Bayertz,
Prof. Dr. Bernd Holznagel, Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich,
Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert
Prof. Dr. Ludwig Siep
und Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer

Schriftleitung: PD Dr. Johann S. Ach

Band 10

LIT

Swantje Naunin

Sterben auf Niederländisch?

Niederländische „euthanasie“
als Gegenstand der Debatte
in Deutschland und den Niederlanden

LIT

Eine elektronische Version dieses Buches ist dank der Unterstützung von Bibliotheken, die mit Knowledge Unlatched zusammenarbeiten, frei verfügbar.
Die Open-Access-Ausgabe wurde im vorliegenden Fall ermöglicht durch den Fachinformationsdienst Benelux / Low Countries Studies der Universitäts- und Landesbibliothek Münster mit Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
Mehr Informationen: www.knowledgeunlatched.org, www.fid-benelux.de

Umschlag-Grafik: Erwin J. Löhr (2002)

D 6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-643-10915-6

Zugl.: Münster (Westf.), Univ., Diss., 2011

© LIT VERLAG Dr. W. Hopf Berlin 2012

Verlagskontakt:

Fresnostr. 2 D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 320 Fax +49 (0) 2 51-23 19 72

e-Mail: lit@lit-verlag.de <http://www.lit-verlag.de>

Auslieferung:

Deutschland: LIT Verlag Fresnostr. 2, D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, Fax +49 (0) 2 51-922 60 99, e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de

Österreich: Medienlogistik Pichler-ÖBZ, e-Mail: mlo@medien-logistik.at

Schweiz: B + M Buch- und Medienvertrieb, e-Mail: order@buch-medien.ch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
Einleitung	8
Sprechen über medizinische Entscheidungen am Lebensende – Terminologie	13
Euthanasie und aktive Sterbehilfe in Deutschland	18
„Euthanasie“ im Nationalsozialismus – Geheimer Massenmord und öffentliche Werbung für den „schönen Tod“	18
War die „Euthanasie“ zur Zeit des Nationalsozialismus Folge eines Dammbbruchs?	23
Die aktuelle Debatte um aktive Sterbehilfe in Deutschland	26
Die „euthanasie“ in den Niederlanden	32
Die Geschichte der „euthanasie“ in den Niederlanden	32
Erklärungsmodelle für den niederländischen Sonderweg	39
Niederländische Ansichten	46
Empirische Studien zur Praxis der aktiven Sterbehilfe	51
Studien im Auftrag der Rammelink-Kommission	51
Entwicklung der Meldezahlen von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden	67
Tabelle Studienergebnisse und Meldezahlen in den Niederlanden 1990–2001	72
Eine Studie zu Entscheidungen am Lebensende in verschiedenen Ländern	72
Abschließende Bewertung der diskutierten empirischen Daten zur Sterbehilfe in den Niederlanden	77
Die Debatte um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden in den Tageszeitungen Frankfurter Allgemeine Zeitung und Trouw sowie den Fachzeitschriften Deutsches Ärzteblatt und Medisch Contact	79
Methode	79
Die Prävalenz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden	80
Reaktionen auf die zweite Studie von van der Maas/van der Wal	83
Reaktionen auf die dritte Studie von van der Maas/van der Wal	100
Transparenz als oberstes Ziel? – Die Meldung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden	113
Entscheidungen für aktive Sterbehilfe in der Praxis	125
Selbstbestimmt Sterben ohne Arzt?	132
Gibt es Niederländer, die eine Tötung durch den Arzt gegen ihren Willen fürchten?	137
Palliativmedizin als Alternative?	140
Stimmen von Gegnern der aktiven Sterbehilfe	162
Der niederländische Blick auf die ausländische Kritik und die Praxis der aktiven Sterbehilfe im Ausland	171
Schritte in Richtung Legalisierung – Diskussion um die Einführung von Prüfkommisionen und um eine Änderung des Strafgesetzbuches	184

Die Änderung des Strafgesetzbuches zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Jahren 2001/2002	189
Fazit	194
Ist die niederländische Gesetzgebung Folge einer Praxis aktiver Sterbehilfe oder umgekehrt die Praxis aktiver Sterbehilfe Ergebnis der Gesetzgebung?	194
Die Rolle des Arztes bei der aktiven Sterbehilfe	196
Einfluss der Palliativmedizin auf den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe	200
Motive für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe	201
Objektivierbarkeit versus Subjektivität des unerträglichen Leidens	203
Ein Recht auf aktive Sterbehilfe?	204
Schmerzen als Motiv für die Bitte um aktive Sterbehilfe	205
Depressive und andere psychische Erkrankungen als Motive für die Bitte um aktive Sterbehilfe	206
Die fehlende Diskussion um einen ethischen Unterschied zwischen ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe	208
Bewertung und Auswirkungen der offenen Diskussion um aktive Sterbehilfe	209
Umgang mit Begriffen	211
Einordnung der Ergebnisse in den Kontext der Theorien von Gordijn und Kennedy	212
Aussagekraft der Ergebnisse	213
Aktuelle wissenschaftliche Forschung zur aktiven Sterbehilfe bis 2011	216
Literaturverzeichnis	227
Lebenslauf	241
Danksagung	243

Zusammenfassung

Sterben auf Niederländisch? Niederländische „euthanasie“ als Gegenstand der Debatte in Deutschland und den Niederlanden

Swantje Melanie Randi Naunin

Im Jahr 2002 wurde in den Niederlanden die Tötung schwerkranker Patienten auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert. Zuvor war sie jahrelang von Ärzten praktiziert und vom Staat geduldet worden. Der Historiker James Kennedy und der Bioethiker Bert Gordijn haben nach Antworten auf die Frage gesucht, worin der Nährboden für diese Entwicklung ausgerechnet in den Niederlanden bestanden haben könnte. Jeder der Autoren macht ein Prinzip niederländischen Verhaltens aus, in dem er die Basis für diese gesellschaftliche Entwicklung sieht. Gordijn beschreibt die Neigung zur Duldungspolitik („gedoogbeleid“), zur Tolerierung von Grauzonen. Kennedy verweist auf das Bedürfnis der Niederländer, Themen einem offenen Gespräch zugänglich zu machen („bespreekbaarheid“). Vor dem Hintergrund dieser Thesen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit vergleichend mit zwischen Januar 1996 und Dezember 2004 erschienenen Artikeln aus den deutschen Printmedien *Frankfurter Allgemeine Zeitung* und *Deutsches Ärzteblatt* und den niederländischen Printmedien *Trouw* und *Medisch Contact*. Folgende Unterschiede konnten als wesentlich herausgearbeitet werden:

In *Medisch Contact* und *Trouw* ist die Meinung vorherrschend, aktive Sterbehilfe habe es bereits gegeben, bevor sie straffrei geworden sei. Beim Lesen des *Deutschen Ärzteblattes* und der *FAZ* entsteht der Eindruck, die Praxis aktiver Sterbehilfe und das Vorkommen von Lebensbeendigungen ohne Wunsch sei Ergebnis dieser Straffreiheit.

In *Trouw* und *Medisch Contact* wird die Enttabuisierung der aktiven Sterbehilfe überwiegend als Errungenschaft dargestellt. Insofern stützen die betrachteten Artikel die These Kennedys. In *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* wird diese Enttabuisierung nicht als Wert an sich anerkannt. Die Mehrheit der Niederländer, die in *Trouw* und *Medisch Contact* zu Wort kommen, sieht eine Duldung (entsprechend der These Gordijns) als alternativlos an: Ein erneutes Verbot der aktiven Sterbehilfe könne nur zu einer heimlichen Tötung von Patienten führen. In ihrer Befürwortung der aktiven Sterbehilfe gehen viele jedoch über bloße Duldung hinaus.

Einleitung

Der niederländisch-amerikanische Historiker James Kennedy schreibt in seinem Buch „Een weloverwogen dood, Euthanasie in Nederland“ („Ein wohlüberlegter Tod, Aktive Sterbehilfe in den Niederlanden“):

Der Ruf der Niederlande als einer Oase für experimentelle Lebensstile hat in der ausländischen Presse beinahe mythische Ausmaße erreicht. [...] Dieses kleine europäische Land ist eine Goldmine für interessante Reportagen (Kennedy 2002 S. 9).¹

Laut Kennedy haben Menschen im Ausland mehr Interesse an der Entwicklung der niederländischen Sterbehilfe-Politik als die Niederländer selbst. Es herrscht eine Neugierde der vermuteten Andersartigkeit der Niederländer gegenüber. Diese Neugierde bezieht sich insbesondere auf die in den Niederlanden seit einigen Jahren praktizierte, zunächst geduldete und schließlich unter bestimmten Voraussetzungen legalisierte Tötung schwerkranker Patienten auf Verlangen durch Verabreichung eines Medikamentes. Nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten wurde diese Entwicklung vielfach diskutiert. Wissenschaftler stellten sich auch die Frage, warum sie ausgerechnet in den Niederlanden möglich war. Zwar gibt es mittlerweile ähnliche Vorstöße in der Schweiz, im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon und in Belgien. Aber die Niederlande bleiben eines von sehr wenigen Ländern, in denen die Bitte schwerkranker Patienten um ein tödliches Medikament erhört werden darf. James Kennedy und der niederländische Bioethiker Bert Gordijn, aktuell Hochschulprofessor an der Dublin City University, sind zwei Beispiele für Wissenschaftler, die nach Antworten auf die Frage gesucht haben, worin der Nährboden für diese Entwicklung bestanden haben könnte. Schwer zu beschreiben ist schon, womit sie sich in diesem Zusammenhang beschäftigt haben. Geht es um die niederländische Mentalität, um gesellschaftliche Strukturen oder gar um einen Volkscharakter? Jeder der Autoren macht jedenfalls ein zentrales Prinzip niederländischen Verhaltens aus, in dem er die Basis für die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und für andere Entwicklungen in der niederländischen Gesellschaft sieht. Gordijn beschreibt die Neigung zu einer Duldungspolitik („gedoogbeleid“), zur bewussten Tolerierung bestimmter Grauzonen als zentrales Merkmal (Gordijn 2000 S. 304–305). Kennedy verweist auf das Bedürfnis der Niederländer, nichts zu tabuisieren und jedes Thema einem offenen Gespräch zugänglich zu machen, auf die niederländische Sehnsucht nach „bespreekbaarheid“ (Kennedy 2002 S. 16–18). Beide begründen ihre Thesen unter anderem historisch. Deshalb diskutiere ich sie im Zusammenhang des Unterkapitels „Die Geschichte der ‚euthanasie‘ in den Niederlanden“. Problematisch an den Argumentationen von Gordijn und

¹ De reputatie van Nederland als een oase van experimentele levensstijlen heeft in de buitenlandse pers haast mythische proporties bereikt. [...] Dit kleine Europese land is een goudmijn voor interessante reportages (Kennedy 2002 S. 9).

Kennedy ist, dass sie ihre Thesen zwar plausibel machen, aber nicht z. B. durch eine Statistik beweisen können, dass das von ihnen charakterisierte Gedankengut und die beschriebenen Verhaltensweisen in der niederländischen Gesellschaft häufiger vorkommen als etwa in anderen europäischen. Eine solche Statistik zu erheben wäre wohl nicht möglich. Würde man psychologische Fragebögen an eine repräsentative Gruppe von Niederländern und eine Vergleichsgruppe aus einem anderen Land verteilen, würden gesellschaftliche Tendenzen, wie der von Kennedy diagnostizierte Wunsch nach „bespreekbaarheid“, wahrscheinlich in der Vielfalt interindividueller Charakterunterschiede innerhalb der Gruppen untergehen. Welche andere Möglichkeit, neben der Betrachtung der historischen Entwicklung, gibt es, Anhaltspunkte für die Plausibilität von Kennedys und Gordijns Thesen zu finden? Wie kann man mehr erfahren über die Besonderheiten des niederländischen Umgangs mit aktiver Sterbehilfe und seine gesellschaftlichen Hintergründe? Kennedy und Gordijn setzen sich mit den wichtigsten Argumenten in der Debatte um ärztliche Tötung auf Verlangen auseinander, ohne jedoch im Detail auf einzelne Beiträge zu dieser Debatte einzugehen. Mit der vorliegenden Arbeit versuche ich mich an einer solchen detaillierteren Untersuchung einiger Beiträge.

Auch in Deutschland gibt es eine Debatte um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Die Tötung schwerkranker Menschen auf Verlangen wird hier oft in Verbindung gebracht mit der Tötung kranker und behinderter Menschen durch die Nationalsozialisten. Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wie in den Niederlanden erscheint in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt unwahrscheinlich. In dieser Arbeit untersuche ich auch Beiträge zur deutschen Diskussion der niederländischen Entwicklung.

Ich habe mich für die Betrachtung von Artikeln aus ausgewählten deutschen und niederländischen Printmedien entschieden. Ausgangspunkt ist die Frage, ob es Anhaltspunkte oder Beispiele für Unterschiede zwischen der deutschen und der niederländischen Mediendebatte um aktive Sterbehilfe gibt. Ich untersuche außerdem, ob sich die von Gordijn und Kennedy behaupteten Grundeinstellungen der Niederländer in der dortigen Mediendebatte niederschlagen.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Darstellung der Debatte in wenigen Printmedien. Die übrigen Schauplätze der Diskussion bleiben weitgehend außen vor. Das gilt z. B. für die parlamentarische Debatte, die Diskussion in Nicht-Printmedien und in allen nicht betrachteten Printmedien. Einleitend stelle ich allerdings Aspekte der Geschichte, der aktuellen wissenschaftlichen und politischen Debatte, und Umfrageergebnisse zum Thema „Euthanasie und aktive Sterbehilfe in Deutschland“ dar. Das Kapitel „Die ‚euthanasie‘ in den Niederlanden“ setzt sich spiegelbildlich dazu mit denselben Themen in Bezug auf Holland auseinander. Zum Verständnis der Diskussion und zur Aufdeckung eventueller Mythen und Vorurteile halte ich es für wichtig, mich mit den empirischen Studien zur Tötung auf Verlangen in den Niederlanden und im

übrigen Europa zu beschäftigen. Das geschieht im Kapitel „Empirische Studien zur Praxis der aktiven Sterbehilfe“.

Vor dem Hintergrund dieser Informationen komme ich zur Medienanalyse im Kapitel „Die Debatte um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden in den Tageszeitungen *Frankfurter Allgemeine Zeitung* und *Trouw* sowie den Fachzeitschriften *Deutsches Ärzteblatt* und *Medisch Contact*“. Die Auswahl der beiden deutschen Medien war dadurch bedingt, dass in beiden die Sterbehilfe-Politik in den Niederlanden intensiv und regelmäßig diskutiert wird. Ich beziehe sowohl eine allgemeine Ärztezeitung als auch eine Tageszeitung ein. Dadurch erhoffe ich mir, eventuelle Unterschiede in der Rezeption des Themas zwischen diesen für verschiedene Adressaten konzipierten Medien aufzudecken. Bei der Auswahl der beiden niederländischen Medien ging es mir darum, mit den beiden deutschen möglichst gut vergleichbare zu finden. *Medisch Contact* hat in den Niederlanden eine ganz ähnliche Rolle wie das *Deutsche Ärzteblatt* in Deutschland. Die Zeitschrift wird von der niederländischen Ärztevereinigung KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst²) herausgegeben, die in den Niederlanden eine den deutschen Ärztekammern vergleichbare Rolle erfüllt, z. B. als Interessenvertretung der Ärzte und Organisator von Fortbildungen. Das *Deutsche Ärzteblatt* wird von der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern herausgegeben. Die Idee, alternativ zu *Medisch Contact* die medizinische Fachzeitschrift *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* zu betrachten, verwarf ich. Während *Medisch Contact* und *Deutsches Ärzteblatt* auch medizinpolitische Themen zum Schwerpunkt machen, ist die *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* eher wissenschaftlich ausgerichtet. Sie hat keine Rolle als Organ der ärztlichen Interessenvertretung.

Anstelle von *Trouw* hatte ich zunächst die Betrachtung der niederländischen Tageszeitung *NRC Handelsblad* erwogen. *NRC Handelsblad* hat in den Niederlanden eine ähnliche Rolle wie die *FAZ* in Deutschland, auch als Forum für ethische Diskussionen. Politisch ist sie jedoch im Gegensatz zur konservativen *FAZ* eher sozialliberal ausgerichtet. Ein Vergleich zwischen beiden hätte vermutlich hauptsächlich auf die verschiedenen politischen Grundeinstellungen zurückführbare Unterschiede hervorgebracht.

Ich betrachte in dieser Arbeit Artikel aus dem Zeitraum zwischen Januar 1996 und Dezember 2004. Diese Zeitspanne habe ich ausgewählt, weil wichtige Ereignisse hineinfallen: Im Jahr 1996 erschien die zweite große Studie zu Entscheidungen am Lebensende des Sozialmediziners van der Maas und seiner Kollegen. Im Jahr 1998 wurden regionale Kommissionen zur Überprüfung der Fälle von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden eingerichtet. Im Jahr 2001 wurde das niederländische Gesetz zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch Ärzte verabschiedet, das im Jahr 2002 in Kraft trat. Durch diese und andere Ereignisse entstanden Situationen, in denen alle vier Medien über die ak-

² Königlich-niederländische Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst.

tive Sterbehilfe in den Niederlanden berichteten. Diese zeitgleich und zu demselben Aspekt des Themas erschienenen Artikel erleichtern den Vergleich.

Dieser Vergleich ist trotz sorgfältiger Auswahl der vier Medien in seiner Aussagekraft begrenzt: Ich beschäftige mich mit einem sehr kleinen und nicht repräsentativen Ausschnitt aus der Mediendebatte beider Länder. Unterschiede (z. B. in Themenwahl und Argumentationsstruktur) können durch Besonderheiten der verschiedenen Medien bedingt sein. Ein direkter Schluss von *FAZ* und dem *Deutschen Ärzteblatt* auf die deutschen Medien oder Deutschland bzw. von *Trouw* und *Medisch Contact* auf die niederländischen Medien oder die Niederlande ist nicht zulässig.

Aus dem genannten Zeitraum habe ich sämtliche zum Thema gehörigen Artikel betrachtet. Allerdings konnten nicht alle in der Arbeit Erwähnung finden. Insbesondere in *Trouw* sind die Beiträge zur aktiven Sterbehilfe zahlreich. Beim Aussortieren habe ich mich bemüht, durch die verbleibenden Texte kein verzerrtes Bild von der Diskussions- und Informationslage im jeweiligen Medium entstehen zu lassen. Hauptsächlich bleiben Texte unberücksichtigt, die das Thema nur am Rand streifen, oder Inhalte eines in der Arbeit dargestellten Artikels aus demselben Medium wiederholen. Trotzdem ist die Auswahl subjektiv. Leichte Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden.

Trotz dieser Einschränkungen ist der Vergleich aus meiner Sicht geeignet, Hinweise auf Unterschiede zwischen der niederländischen und der deutschen Diskussion zu erhalten. Von Gordijn und Kennedy gibt es Thesen zu den Besonderheiten der niederländischen Debatte, die bisher nicht an Beispielen aus den niederländischen Medien überprüft wurden. Ein Vergleich mit Deutschland wird von Gordijn durchgeführt, nicht aber von Kennedy. Ein solcher Vergleich ist meiner Meinung nach wichtig. Nur vor dem Hintergrund der Debatte in einem anderen Land lässt sich ermesen, ob und worin in den Niederlanden tatsächlich Besonderheiten bestehen.

Medisch Contact und *Deutsches Ärzteblatt* als Presseorgane der Ärzteschaften repräsentieren wichtige Teilbereiche der gesellschaftlichen Diskussion in beiden Ländern. Das niederländische Gesetz legt die Tötung auf Verlangen in die Hände der Ärzte. Eine solche Regelung wäre kaum vorstellbar in einem Land, in dem sich die Ärzteschaft überwiegend gegen aktive Sterbehilfe ausspräche. Die niederländische Diskussion, die zum heutigen Gesetz führte, wurde u. a. durch Ärzte losgetreten, die aktive Sterbehilfe geleistet hatten. Die Ärzteschaft beeinflusst die Gesellschaft und wird von der Gesellschaft beeinflusst. Insofern sind etwaige Unterschiede zwischen *Medisch Contact* und *Deutschem Ärzteblatt* in der Sicht auf das niederländische Gesetz von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung.

Die Einbeziehung von je zwei Medien pro Land ermöglicht den Vergleich dieser beiden miteinander. Gemeinsamkeiten sind ein Hinweis darauf, dass die Ergebnisse typisch für das jeweilige Land sein könnten.

Mit meiner Untersuchung hoffe ich Antworten auf folgende Fragen geben zu können: Welche Argumentationsstrategien sind in den vier Medien vorherrschend? Welche Informationen werden den Lesern gegeben und welche nicht? Welche Informationen werden möglicherweise nicht korrekt wiedergegeben? Wie verzerrt sich dadurch das Bild des Lesers von der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden? Wie verhalten sich meine Ergebnisse zu den Thesen von Gordijn und Kennedy?

Alle Übersetzungen niederländischer Texte in dieser Arbeit sind durch mich angefertigt.

Sprechen über medizinische Entscheidungen am Lebensende – Terminologie

Eine im Oktober 1982 auf Beschluss des niederländischen Parlamentes eingesetzte Staatskommission brachte im Jahr 1985 eine Definition des niederländischen Wortes „euthanasie“ hervor. Diese Definition hat sich in den Niederlanden durchgesetzt. „Euthanasie“ meint danach

das absichtliche Beenden des Lebens einer anderen Person auf deren Bitte hin (zitiert nach: Weyers 2002 S. 221).¹

Für Niederländer umfasst diese Definition nur die Tötung durch Verabreichung eines Medikamentes und nicht das Beenden des Lebens durch Unterlassen (z. B. einer medizinischen Maßnahme), obwohl dies durch den Wortlaut nicht eindeutig festgelegt ist. Der Ausführende dieser Handlung ist in den Niederlanden in der Regel ein Arzt. Ist dies nicht der Fall, wird das aus dem Zusammenhang deutlich.

Diese Arbeit gebraucht für „euthanasie“ oder das englische „euthanasia“ im „niederländischen“ Sinn den Begriff „aktive Sterbehilfe“. Das bedeutet von der im Deutschen üblichen Definition für „aktive Sterbehilfe“ abzuweichen. Diese schließt nicht unbedingt eine Bitte des Betroffenen ein. Synonym zu „aktive Sterbehilfe“ verwende ich den Begriff „Tötung auf Verlangen“.

Der Nationale Ethikrat schlägt in seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ aus dem Jahr 2006 vor, den Ausdruck „aktive Sterbehilfe“ nicht zu verwenden. Problematisch sei die positive Konnotation des Wortes „Hilfe“. Nachvollziehbarerweise werde

die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ und auch die Rede von der „Hilfe zum Sterben“ als unangemessen und irreführend, ja geradezu als beschönigend und den wahren Tatbestand verschleiern empfunden (Nationaler Ethikrat 2006 S. 50).

Der Ethikrat befürwortet die ausschließliche Verwendung des Begriffs „Tötung auf Verlangen“ und definiert ihn folgendermaßen:

Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen (Nationaler Ethikrat 2006 S. 55).

¹ het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek (zitiert nach: Weyers 2002 S. 221).

Liegt keine ausdrückliche Bitte bei einer aktiven, d. h. einer z. B. durch Verabreichung eines tödlichen Medikamentes erreichten Lebensbeendigung vor, spreche ich in dieser Arbeit von Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Bitte oder Lebensbeendigung ohne Wunsch.

Der englische Begriff „assisted suicide“ und der niederländische Begriff „hulp bij zelfdoding“ werden in dieser Arbeit mit „assistierter Suizid“ übersetzt. Gemeint ist die Bereitstellung von Mitteln, die einer Person die Selbsttötung ermöglichen. Der Nationale Ethikrat spricht sich für den Gebrauch des Begriffs „Beihilfe zur Selbsttötung“ aus (Nationaler Ethikrat 2006 S. 55).

Von „passiver Sterbehilfe“ spricht diese Arbeit, wenn das Leben eines Patienten durch das Abbrechen oder Unterlassen einer Behandlungsmaßnahme verkürzt wird. Der Nationale Ethikrat schlägt vor, diesen Begriff durch „Sterbenlassen“ zu ersetzen (Nationaler Ethikrat 2006 S. 54). Das Wort „passiv“ sei irreführend. Um einen Patienten an seiner Krankheit sterben zu lassen, seien manchmal aktive Schritte, wie z. B. das Entfernen einer Magensonde, notwendig (Nationaler Ethikrat 2006 S. 50–51).

Die amerikanischen Medizinethiker Tom Beauchamp und James Childress verweisen in ihrem 2009 in der 6. Auflage erschienenen Buch „Principles of Biomedical Ethics“ zurecht darauf, dass die Grenze zwischen „killing“ und „letting die“ schwer zu ziehen sei. Die Begriffe seien schon jeder für sich vage und umstritten (Beauchamp und Childress 2009 S. 173). Das gilt auch für die deutschen Äquivalente. So gibt es z. B. im deutschen Strafrecht den Tatbestand der Tötung durch Unterlassen. Daran ist zu erkennen, dass das Wort „Tötung“ im Deutschen nicht an das aktive Eingreifen des Tötenden in die Geschehnisse gebunden ist. Beauchamp und Childress schlagen vor, die Begriffe „killing“ und „letting die“ in der ethischen Debatte soweit wie möglich zu vermeiden, verwenden sie aber aufgrund ihrer Gebräuchlichkeit z. T. selbst (Beauchamp und Childress 2009 S. 173).

Oft wird die passive Sterbehilfe (bzw. das Sterbenlassen) für ethisch weniger problematisch gehalten als die aktive Sterbehilfe (bzw. die Tötung auf Verlangen). Auch dagegen wenden sich Beauchamp und Childress. Möglicherweise sei es häufiger falsch, jemanden zu töten als jemanden sterben zu lassen. Trotzdem gebe die korrekte Einordnung einer Handlung als „killing“ oder „letting die“ keine Information darüber, ob diese Handlung moralisch gerechtfertigt sei oder nicht (Beauchamp und Childress 2009 S. 174).

In der internationalen Debatte wird auch noch die Kategorie der „indirekten Sterbehilfe“ verwendet. Hierunter fällt eine medizinisch indizierte Palliativbehandlung (paradigmatisch: Schmerzlinderung), die mit dem Risiko einer Lebensverkürzung einhergeht. Überall, auch in Deutschland, gelten solche Maßnahmen als rechtlich wie ethisch zulässig – strittig ist, bei genauerem Hinsehen, allerdings die exakte Rechtfertigung, insbesondere in Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe auf Verlangen (vgl. Schöne-Seifert 2007 S. 123–124).

Strittig ist neuerdings auch, ob diese Kategorie überhaupt gebraucht wird. So argumentiert der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme von 2006 gegen den Begriff der indirekten Sterbehilfe: Selbst bei starken Schmerzen sei heute in der Regel eine befriedigende Therapie möglich, ohne dass das Leben des Patienten dadurch verkürzt werde. Darüber hinaus sei Lebensverkürzung in der Palliativmedizin grundsätzlich nichts anderes als eine unerwünschte Nebenwirkung, wie sie auch bei Behandlungen in anderen Situationen vorkomme (Nationaler Ethikrat 2006 S. 51–52). Doch selbst wenn die erste These, über die Ärzte sich sehr unterschiedlich äußern, zutrifft, leuchtet doch die zweite nicht ein: Eine Besonderheit der indirekten Sterbehilfe besteht nämlich darin, dass sie auch dann für zulässig gilt, wenn die Lebensverkürzung *sicher* einträte; und damit stellt sie einen unentbehrlichen Fall für die Systematik der Sterbehilfe-Bewertung dar – selbst, wenn sie in der Realität gar nicht mehr vorkäme (so auch Schöne-Seifert 2007 S. 123–124).

Ganz überwiegend wird indirekte Sterbehilfe damit gerechtfertigt, dass hierbei der Tod des Patienten nur als Nebenfolge bei der Erreichung eines überragend wichtigen Ziels, nämlich der Schmerzlinderung o. ä. „in Kauf genommen werde“ (Oduncu 2005 S. 439–445). Regelmäßig wird dabei auf das Prinzip des Doppelleffekts (PDE) verwiesen, das ursprünglich der katholischen Moraltheologie entstammt. Diesem Prinzip zufolge können Handlungen mit schlechten Nebenfolgen dann zulässig sein, wenn sie nicht „als solche“ schlecht sind, besagte Nebenfolgen nicht „intendiert“ werden und nicht Mittel zum Zweck der guten Folgen sind, und wenn schließlich gute und schlechte Nebenfolgen in einem moralisch akzeptablen Verhältnis zueinander stehen. In den Augen etlicher Bioethiker birgt PDE allerdings mehrere notorische Probleme, die es letztlich diskreditieren (vgl. Beauchamp und Childress 2009 S. 162). Problematisch erscheint insbesondere die Prämisse, dass der Tod des Patienten nicht beabsichtigt sein darf. Lediglich die Forderungen, dass ein charakterlich guter Arzt schlechte Folgen nur tolerieren statt erhoffen sollte, und dass gute und schlechte Folgen in einem akzeptablen Verhältnis stehen müssen, finden allgemeinere Zustimmung, sind aber auch unabhängig von PDE zu rechtfertigen. Mit diesen „PDE-Relikten“ allerdings lässt sich kein spezifischer normativer Unterschied mehr zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe ausmachen und rechtfertigen – wenn denn in beiden Fällen ein fürsorglicher Sterbehelfer das jeweils kleinere Übel, Tod statt qualvoll-unerwünschten Weiterlebens, realisieren möchte. Auch gibt PDE selbst keinen Bewertungs- und Abwägungsmaßstab für die verschiedenen Folgen vor (so auch Beauchamp und Childress 2009 S. 162); und gerade die im PDE-Kontext üblicherweise gemachte Annahme, dass der Tod eines leidenden Schwerstkranken eine eigentlich schlechte Folge sei, findet außerhalb der katholischen Moraltheologie keine automatische Zustimmung.

Entsprechend könnte es sich bei der Lebensverkürzung durch Gabe eines Schmerzmittels durchaus um eine unvermeidbare Nebenwirkung handeln, die aber vom Arzt und/oder vom Patienten erwünscht ist. Es könnte außerdem sein, dass Arzt und Patient z. B. die Dosis des Schmerzmittels von der Erwünschtheit

der Nebenwirkung „Lebensverkürzung“ abhängig machen. Nehmen wir an, der Patient in einer palliativen Behandlungssituation bekommt eine Schmerztherapie mit minimalem Risiko der Lebensverkürzung. Dabei behält er leichte Schmerzen zurück, die er als unangenehm, aber „erträglich“ bezeichnet. Eine andere Schmerztherapie, die zur völligen Schmerzfreiheit führen würde, ist mit einem höheren Risiko der Lebensverkürzung verbunden. Ob Arzt und Patient sich entscheiden, zu dieser zweiten Schmerztherapie überzugehen, hängt vermutlich davon ab, wie wichtig es dem Patienten ist, noch möglichst lange zu leben, bzw. wie willkommen ihm eine Lebensverkürzung ist. Der Einfluss des Faktors „Lebensverkürzung“ auf die Therapieentscheidung geht in diesem Fall über den Einfluss einer normalen Nebenwirkung hinaus. Von einer Tötung des Patienten würde trotzdem kaum jemand sprechen. Es sind also Fälle denkbar, in denen man auf den medizinisch vertretbaren Einsatz einer palliativen Behandlungsmaßnahme verzichten würde, wenn nicht die Erwünschtheit einer Lebensverkürzung als zusätzliches Argument hinzukäme. Solche Fälle, in denen erst zwei erwünschte Effekte die Entscheidung für eine Therapie begründen, sind in der Medizin nicht selten. So wird man eine junge Frau mit Akne zunächst örtlich mit verstärkter Gesichtereinigung und Crèmes behandeln. Wünscht diese junge Frau zusätzlich eine Empfängnisverhütung, wird man ein orales Kontrazeptivum („Anti-Baby-Pille“) verordnen, das auch gegen die Akne wirksam ist. Bei einer Patientin ohne Akne hätte man vielleicht ein anderes orales Kontrazeptivum oder eine ganz andere Art der Empfängnisverhütung gewählt.

Der niederländische Sozialmediziner Paul van der Maas und seine Kollegen berücksichtigen Situationen mit zwei erwünschten Effekten in ihren großen Studien zur Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe und anderen medizinischen Entscheidungen am Lebensende. Im ersten Teil der Studie von 1990 wurden Ärzte zu jeweils ihrem letzten Fall einer lebensverkürzenden Schmerzmittelgabe befragt. Sie mussten erklären, ob sie diese Lebensverkürzung in Kauf genommen oder beabsichtigt hatten. Es gab auch die Möglichkeit anzugeben, die Lebensverkürzung sei „teilweise“ beabsichtigt gewesen. 30 % der befragten Ärzte wählten diese Kategorie (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 21). Auf die Interpretation der Antwortmöglichkeit durch die Autoren gehe ich näher im Kapitel „Die erste Studie im Auftrag der Rummelink-Kommission von 1990“ ein.

Aus diesen Studienergebnissen geht hervor, dass zumindest niederländische Ärzte gegenüber der Entscheidung zwischen „unerwünschter Nebenwirkung“ und „beabsichtigter Lebensverkürzung“ nicht selten eine dritte Kategorie zur Beschreibung lebensverkürzender Schmerzmittelgaben bevorzugen. Deshalb bezweifle ich, dass die terminologischen Überlegungen des Ethikrates die Einordnung sämtlicher Fälle erlauben und den Begriff der indirekten Sterbehilfe überflüssig machen. Allerdings kann dieser Begriff ein weites Spektrum von Entscheidungen am Lebensende umfassen und sollte nicht ohne genaue Erläuterungen gebraucht werden.

Im Niederländischen und im Englischen werden die Begriffe „passive Sterbehilfe“ und „indirekte Sterbehilfe“ meist umschrieben.

Für das deutsche Wort Palliativmedizin wird im Englischen häufig der Begriff „palliative care“ und im Niederländischen „palliatieve zorg“ benutzt. Laut Lexikon besitzt auf dem Gebiet der Palliativmedizin

die Beherrschung der Schmerzen und anderer Krankheitsbeschwerden sowie psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität (Reuter 2007 S. 1374).

Euthanasie und aktive Sterbehilfe in Deutschland

„Euthanasie“ im Nationalsozialismus – Geheimer Massenmord und öffentliche Werbung für den „schönen Tod“

„Euthanasie“ ist das griechische Wort für den „schönen Tod“. Es wurde missbraucht als Bezeichnung für das Programm zur Tötung von Menschen mit Fehlbildungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch das nationalsozialistische Regime des Diktators Adolf Hitler, der Deutschland zwischen 1933 und 1945 regierte (Weiß und Buhl 2005 S. 377).

Es kann nicht Aufgabe dieser Arbeit sein, die Begriffsgeschichte, die Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ oder deren geistige Vorgeschichte nachzuzeichnen. Ich möchte im Folgenden lediglich einige Punkte beleuchten. Sie sind für das heutige deutsche Verhältnis zur aktiven Sterbehilfe von Bedeutung.

In der Antike wurde der Begriff „Euthanasie“ nie für Sterbebegleitung oder Sterbehilfe durch einen Arzt gebraucht (Kröner 2001 S. 88–89; Drechsel 1993 S. 20). Das Wort bezeichnete vielmehr

entweder im Sinne epikureischer Philosophie leichtes und schmerzloses Sterben oder einen nach stoischen Maßstäben guten und ehrenvollen Tod (Drechsel 1993 S. 20).

Als einer der ersten gebrauchte der englische Philosoph Francis Bacon den Begriff „Euthanasie“ für ärztliche Sterbebegleitung. Er verstand darunter keine aktive Sterbehilfe, sondern die Kunst des Arztes, das Sterben für den Patienten so schmerzfrei und angenehm wie möglich zu gestalten (Kröner 2001 S. 90).

Der Soziologe und Politikwissenschaftler Klaus-Peter Drechsel belegt durch Lexikoneinträge zum Stichwort „Euthanasie“ aus verschiedenen Jahren den Wandel der Begriffsbedeutung mit der Zeit. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts bezog sich laut Drechsel der Euthanasie-Begriff in Deutschland ausschließlich auf eine ärztliche Sterbebegleitung ohne Lebensverkürzung (Drechsel 1993 S. 22). Bert Gordijn bestätigt dies. Er beruft sich dabei auf Texte vor allem aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Gordijn 2000 S. 320–321).

Im Jahr 1823 erschien ein Aufsatz des deutschen Arztes Christoph Wilhelm Hufeland in der von ihm selbst herausgegebenen Zeitschrift *Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunde*. Hufeland schrieb darin über aktive Sterbehilfe und verwendete dementsprechend das zu seiner Zeit anderweitig besetzte Wort „Euthanasie“ nicht. Unter dem Titel „Von dem Rechte des Arztes über Leben und Tod“ sprach er sich gegen jede Tötung von Patienten aus. Er stützte sich dabei auf sein christliches Weltbild und das biblische Tötungsverbot, benutzte aber auch davon unabhängige Argumente: Insbesondere mit dem ärztlichen Beruf hielt er die Tötung von Patienten für unvereinbar, da dieser auf die Erhaltung und Verlängerung des Lebens gerichtet sei (Hufeland 1823 S. 19). Er argumentierte außerdem, wenn man mit der Tötung auf Verlan-

gen beginne, werde es im nächsten Schritt zu weiteren Missachtungen des Tötungsverbot, z. B. auch ohne Rücksicht auf den Patientenwunsch, kommen. Hufeland dachte anscheinend an Tötungen von Patienten zum vermeintlichen Nutzen der Gesellschaft:

Erlauben wir uns einmal, über die Nothwendigkeit eines menschlichen Daseyns zu entscheiden, und uns das Recht anzumaßen, es, zu seinem eigenen Besten, zu vernichten, so muß es ja noch viel mehr erlaubt seyn, es zum Heil des Ganzen aufzuheben, und so durch tausend Scheingründe immer weiter fort [...] (Hufeland 1823 S. 20).

Auf dieses und ähnliche Argumente, die im Deutschen z. B. als Dammbbruch-Argumente oder als Argument der schiefen Ebene beschrieben werden, gehe ich im nächsten Kapitel genauer ein.

Ein anderer Gegner der Tötung von Patienten durch Ärzte war der deutsche Arzt und Sexualforscher Albert Eulenburg. In seiner im Jahr 1895 erschienenen „Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde“ gab er Empfehlungen für den ärztlichen Umgang mit Sterbenden. Der Arzt sollte aus seiner Sicht nicht nur selbst auf lebensverkürzende Maßnahmen verzichten, sondern auch einschreiten, wenn andere den Versuch einer Tötung schwerkranker Patienten unternahmen. Teilweise verbreitete Volksbräuche wie das Zubinden, Verstopfen oder Bedecken von Mund und Nase müsse er unterbinden (zitiert nach: Kröner 2001 S. 91).

Zeitgleich erschien das Buch „Das Recht auf den Tod“ des deutschen Arztes Adolf Jost. Jost forderte eine Freigabe der Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke. Er plädierte für die Einbeziehung nicht nur des subjektiven Leidens bei der Entscheidung, sondern auch des gesellschaftlichen Nutzens und Schadens durch den Betroffenen. Seine Überlegungen nahmen damit eine Wendung in die von Hufeland befürchtete Richtung. Der Münsteraner Medizinhistoriker Hans-Peter Kröner kommentiert in seinem Aufsatz „Euthanasie‘: von der Sterbebegleitung zum Krankenmord“:

Jost betonte die Willenserklärung des Individuums und sprach der Gemeinschaft das Recht ab, über das Lebensrecht ihrer Mitglieder zu verfügen. Problematisch blieb aber seine utilitaristische Wertbestimmung, die eben auch eine soziale Komponente besaß und in ökonomischen Wertbegriffen verstanden werden konnte. Problematisch war auch, daß er Geistesranke, die ja nicht immer eine rechtlich erhebliche Willenserklärung abgeben konnten, ebenfalls zu den unheilbar Kranken zählte (Kröner 2001 S. 92).

In der Folgezeit gab es in einigen gesellschaftlichen Gruppen Diskussionen und Überlegungen zur Sterilisation oder Tötung von geistig und körperlich behinderten Menschen. Das war nicht nur in Deutschland der Fall, sondern auch in Großbritannien und Amerika. Erhofft wurden Ersparnisse bei Pflegekosten oder eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit künftiger Generationen. Mancher

hielt diese Ziele aufgrund damals bestehender Vorstellungen von der Genetik von Krankheiten für erreichbar (Vermaat 2001 S. 42–43).

In einer Debatte in der Zeitschrift *Monistisches Jahrhundert* wurde das Wort „Euthanasie“ zum wohl ersten Mal als Bezeichnung für absichtliche Lebensverkürzung verwendet. Die Diskussion drehte sich um einen Gesetzesvorschlag zur Tötung auf Verlangen. Ein Einverständnis des zu Tötenden wurde nicht von allen Diskutierenden vorausgesetzt (Gordijn 2000 S. 320–321).

Im Jahr 1920 erschien in Leipzig das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche. Die Autoren plädierten für die Tötung schwerkranker Menschen, deren Leben als Voraussetzung aus gesellschaftlicher und subjektiver Sicht seinen Wert eingebüßt haben sollte. Der Wille der Betroffenen war nach Meinung der Autoren bei wachen und bewussteinaklen Patienten zu berücksichtigen. Jedoch kamen trotz fehlender Feststellbarkeit des Willens für die Autoren auch „unheilbar Blödsinnige“ und Bewusstlose für eine Tötung infrage (zitiert nach: Kröner 2001 S. 94–95).

Drechsel beobachtet eine Veränderung der Lexikoneinträge zur Euthanasie „spätestens ab 1920“ (Drechsel 1993 S. 24). Zwar wurde weiterhin schwerpunktmäßig die ärztliche Sterbebegleitung mit Symptombekämpfung beschrieben. Auf die von einigen Gruppen geforderte Freigabe der Tötung unheilbar kranker Patienten verwiesen die Lexika aus dieser Zeit jedoch ebenfalls unter dem Eintrag „Euthanasie“. Als Beispiele führt Drechsel „Meyers Lexikon“ von 1926 und „Der große Brockhaus“ von 1930 an (Drechsel 1993 S. 24–25).

Bis zum Beginn der Herrschaft Hitlers blieb die Tötung kranker Menschen in Deutschland ein Gedankenspiel Weniger. Auch in den ersten Jahren der nationalsozialistischen Diktatur standen diese Ideen nicht im Vordergrund. Erst etwa zeitgleich mit dem Beginn ihrer Aggression gegen andere Länder befahlen die Nationalsozialisten eine Tötung erkrankter Personengruppen.

Der geheime „Euthanasieerlass“ Hitlers ist datiert auf den 1. September 1939, den Tag des Ausbruches des Zweiten Weltkrieges. Tatsächlich wurde er erst im Oktober 1939 verfasst. Der Text lautete folgendermaßen:

Reichleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann (zitiert nach: Vermaat 2001 S. 21).

Hier ist keine Rede von einem Wunsch des Betroffenen. Das Interesse der (angeblich) Erkrankten und ihrer Angehörigen wurde in der Praxis dementsprechend missachtet.

In der Vorgeschichte des Erlasses hatte es allerdings Ende 1938 oder Anfang 1939 das Gesuch eines Vaters an die Kanzlei des Führer gegeben, in dem darum gebeten worden war, die Tötung seines körper- und wahrscheinlich auch geistig

behinderten Kindes zu gewähren. Der Begleitarzt Hitlers Karl Brandt war damals nach Leipzig geschickt worden, um mit den behandelnden Ärzten zu sprechen und diesen abhängig von den Ergebnissen der Gespräche eine Tötung des Kindes zu gestatten. Anschließend ermächtigte Hitler Brandt und NSDAP-Reichsleiter Bouhler, in ähnlichen Fällen ebenso zu verfahren. Zur Bearbeitung dieser Fälle gründete sich ein Gremium mit dem Tarnnamen „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ (Kröner 2001 S. 97).

Im August 1939 wurde ein Rundschreiben des Reichsinnenministeriums verschickt. Darin wurden Ärzte und Hebammen zur Meldung geistig oder körperlich behinderter Kinder unter drei Jahren anhand der Beantwortung eines Fragenkataloges verpflichtet. Später wurde das Verfahren auf ältere Kinder und Erwachsene ausgedehnt. Die so als erkrankt dokumentierten Kinder wurden in Zentren gebracht, in denen sie getötet wurden. Den Eltern wurde weisgemacht, ihrem Kind sollten neue Behandlungsmethoden zugänglich gemacht werden. Wollten Eltern ihre Zustimmung hierzu nicht geben, wurde auf verschiedene Arten Druck auf sie ausgeübt, z. B. mit einer Entziehung des Sorgerechts gedroht oder mit einem Verlust des Arbeitsplatzes (Vermaat 2001 S. 51–52). Auch Erwachsene wurden z. T. unter dem Deckmantel besserer Behandlungsmöglichkeiten in die Todesanstalten gebracht. Nach der Tötung erhielten Angehörige die Nachricht, der Betroffene sei an einer „Lungenentzündung“ oder einer anderen Erkrankung verstorben (Vermaat 2001 S. 59).

Die Schätzungen der Zahl der Opfer nationalsozialistischer „Euthanasie“ gehen auseinander. Die meisten Quellen gehen von etwa 100 000 Toten aus (Vermaat 2001 S. 63).

Die nationalsozialistische Euthanasie-Propaganda sah anders aus als diese Praxis. Es wurde für die barmherzige Erfüllung von Todeswünschen unerträglich leidender Patienten geworben, wie im Folgenden am Beispiel des Films „Ich klage an“ aus dem Jahr 1941 erläutert (Vermaat 2001 S. 29–32). Massentötungen gegen den Willen der Betroffenen wurden nicht offen befürwortet: Allerdings war zunächst von der nationalsozialistischen Führung geplant gewesen, die Bevölkerung durch das Medium des Films an diese Thematik heranzuführen. Schon in der Vorbereitungsphase der Aktion T4 im Jahr 1939 wurde der Regisseur Hermann Schweninger durch die Kanzlei des Führers eingestellt, um einen oder mehrere Propagandafilme darüber zu drehen (Rost 1987 S. 121). („Aktion T4“ war der Deckname für die systematische Tötung kranker und behinderter Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus. Namensgebend war die Villa in der Berliner Tiergartenstraße 4, in der die beteiligten Organisationen ab 1940 untergebracht waren (Gordijn 2000 S. 335).) Der Film „Dasein ohne Leben“ wurde fertig gestellt, aber nie in der Öffentlichkeit gezeigt. Ein weiterer Film wurde nicht vollendet. Nur vor ausgewähltem, überwiegend psychiatrisch gebildetem Publikum wurden „Dasein ohne Leben“ und für den zweiten Film vorgesehenes Material gezeigt (Rost 1987 S. 138).

Das Filmmaterial wurde größtenteils kurz vor Kriegsende vernichtet. Eine damals nicht zerstörte Kopie des Films „Dasein ohne Leben“ gilt als verschollen (Rost 1987 S. 140). Aus erhaltenen Drehbuchentwürfen lässt sich entnehmen, dass eine möglichst abschreckende Darstellung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Krankheiten des Nervensystems geplant war. Es sollte suggeriert werden, dass eine Therapie nicht möglich sei und die Kranken, wenn sie ihre Situation vernünftig einschätzen könnten, selbst den Tod ihrem Weiterleben mit dieser Erkrankung vorziehen würden. Gleichzeitig sollte vermittelt werden, dass bisher ein erheblicher finanzieller Aufwand zur Pflege der Kranken betrieben werde. Um diesen Eindruck zu erreichen, sollten psychiatrische Anstalten in ehemaligen Schlössern und in besonders schöner Lage gezeigt werden. Auch der finanzielle Aspekt wurde also in den Drehbuchentwürfen berücksichtigt. Der Schwerpunkt lag aber darauf zu vermitteln, eine Tötung sei im besten Sinn der Erkrankten (Rost 1987 S. 133–134).

Die nationalsozialistische Führung schreckte davor zurück, den Film einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. In seiner medizingeschichtlichen Dissertation „Sterilisation und Euthanasie im Film des ‚Dritten Reiches‘“ aus dem Jahr 1987 kommentiert Karl Ludwig Rost:

Es stellt sich die Frage, weshalb beide Filme nicht öffentlich eingesetzt wurden. Anzunehmen ist, daß die zunehmende Ablehnung der Vernichtung *unwerten Lebens* während der Arbeiten an *Dasein ohne Leben* eine offene Euthanasiepropaganda nicht ratsam erscheinen ließen. Die Vorführung dieses Films wäre einem Bekenntnis des NS-Staates zu einem Verbrechen gleichgekommen (Rost 1987 S. 143).

Auf eine weniger direkte Propagierung der Aktion T4 setzt deshalb der Spielfilm „Ich klage an“. Die junge Hanna Heyt, Ehefrau des Medizinprofessors Thomas Heyt, leidet an Multipler Sklerose. Aus Angst vor einem Verlust ihrer Sinne und ihrer geistigen Fähigkeiten im Verlauf der Erkrankung bittet sie ihren Ehemann um Sterbehilfe. Dieser erfüllt den Wunsch schließlich, indem er ihr ein Glas mit der tödlichen Dosis eines Schlafmittels reicht. Sie trinkt es aus und stirbt (Vermaat 2001 S. 29–32). (Dies ist assistierter Suizid, nicht aktive Sterbehilfe. Der Ehemann der Betroffenen ist Arzt und dürfte zum Beispiel bei einer Gesetzeslage wie heute in den Niederlanden bei einem Suizid assistieren. Allerdings würden dort wahrscheinlich Diskussionen entstehen, inwieweit die Angst der Patientin vor zukünftigem Leiden die Lebensbeendigung rechtfertigt.) Ein anderer Handlungsstrang des Films erzählt von Bernhard Lang, einem mit dem Ehepaar befreundeten Arzt. Er ist zunächst ein Gegner der Tötung auf Verlangen. Er ändert seine Meinung jedoch, nachdem er einem geistig behinderten Mädchen mit einer Hirnhautentzündung das Leben gerettet hat. Die Eltern machen dem Arzt Vorwürfe, weil er ihr Kind nicht hat sterben lassen (Vermaat 2001 S. 29–32).

Das Wort „Euthanasie“, schon damals für viele Deutsche aufgrund des laufenden „Euthanasie-Programms“ negativ besetzt, fällt in diesem Film nicht. Thomas Heyt wird angeklagt. Während der Beratung der Jury kommt es zur Diskussion über die moralische Richtigkeit der Tötung auf Verlangen. Man gebe leidenden Tieren die Gnadenkugel, argumentiert einer der Geschworenen. Menschen dürfe man nicht schlechter behandeln als diese (Vermaat 2001 S. 29–32).

Den Inhalt dieses Films schildere ich ausführlich, weil sich an diesem Beispiel der Hintergrund der nationalsozialistischen Propaganda erahnen lässt. Die Nationalsozialisten propagierten die Vorzüge der aktiven Sterbehilfe. Dadurch sollte langfristig eine Akzeptanz ihres unter völlig anderen Vorzeichen stehenden staatlichen Tötungsprogramms erreicht werden, dessen direkte Propagierung, beispielsweise durch den Film „Dasein ohne Leben“, nicht Erfolg versprechend und zu riskant schien (Rost 1987 S. 151). Die Nationalsozialisten hofften auf einen Dammbbruch in den Köpfen. Die damalige „Euthanasie“ wird als abschreckendes Beispiel herangezogen, wenn heute von einer Dammbbruch-Gefahr die Rede ist. Die Nationalsozialisten selbst glaubten auch, dass ein solcher Dammbbruch möglich sei. Sie arbeiteten darauf hin.

Der angestrebte „gedankliche“ Dammbbruch mit breiter Unterstützung der „Euthanasie“ im nationalsozialistischen Sinn durch die Bevölkerung wurde aber nicht erreicht. Die organisierte Tötung von kranken und behinderten Menschen mit dem Decknamen „Aktion T4“ wurde im August 1941 vor dem Hintergrund kirchlicher Proteste, unter anderem des Münsteraner Bischofs Graf von Galen, durch Hitler gestoppt. Zu diesem Zeitpunkt war ein Ziel der Aktion bereits erreicht: Ein Drittel der zuvor belegten psychiatrischen Betten war „freigemacht“. Wahrscheinlich spielte auch das beim Abbruch der Aktion eine Rolle (Kröner 2001 S. 101). Der Stopp wurde nicht offiziell bekannt gegeben, denn schließlich war die „Euthanasie“ geheim. Vielmehr sorgte die nationalsozialistische Propaganda für die Verbreitung des Gerüchtes, Adolf Hitler habe sich von der Stimme des Volkes überzeugen lassen (Vermaat 2001 S. 84). Weiterhin gab es Tötungen von Kranken und Behinderten außerhalb eines groß angelegten Programms, die so genannte „wilde Euthanasie“ (Vermaat 2001 S. 60). Außerdem wurde im Jahr 1943 die systematische Tötung von kranken und behinderten Menschen wieder aufgenommen, um Betten z. B. für die Opfer des Luftkrieges über Deutschland bereit zu stellen. Auch wurden nach 1941 verstärkt KZ-Häftlinge in den „Euthanasieeinrichtungen“ der „Aktion T4“ getötet (Gordijn 2000 S. 337–338).

War die „Euthanasie“ zur Zeit des Nationalsozialismus Folge eines Dammbbruchs?

In seinem „Vergleich aus historischer Sicht“ der niederländischen und der deutschen „Euthanasie“-Debatte schildert Bert Gordijn die niederländische Geschichte vom 17. Jahrhundert bis in die 1990er Jahre. Bei der deutschen Geschichte beschränkt er sich hauptsächlich auf die Zeit des Nationalsozialismus. Aus seiner Sicht schildert er jeweils den für den heutigen Umgang mit aktiver

Sterbehilfe bedeutenden Zeitraum in der Geschichte der beiden Länder. In den Niederlanden ist laut Gordijn die Debatte von der über Jahrhunderte gewachsenen Duldungspolitik geprägt. In Deutschland hingegen sei sie bestimmt von der vergleichsweise kurzen Periode nationalsozialistischer Diktatur. Vor diesem Hintergrund unterscheidet Gordijn drei Stadien des Umgangs mit gesellschaftlichen Phänomenen wie der aktiven Sterbehilfe. Zuerst werde ein Stadium der Auseinandersetzung durchlaufen, gekennzeichnet durch eine heftige Debatte in der Gesellschaft. Darauf folge entweder Ablehnung oder Akzeptanz des Phänomens. Bei Akzeptanz komme es zuletzt zur Eingliederung des Phänomens in die Gesellschaft mit Schaffung praktischer Regelungen und Strukturen. Gleichzeitig setzten sich die Mitglieder der Gesellschaft mit den Konsequenzen des Phänomens auseinander.

Diesem Schema folgend, befinden sich die Niederlande in Sachen Euthanasie im Stadium der Integration in ihre Gesellschaft, Deutschland dagegen im Stadium der Konfrontation (Gordijn 2000 S. 303).

Gordijn vereinfacht meiner Meinung nach den Gang gesellschaftlicher Entwicklungen zu stark. Sein dreistufiges Modell trifft nicht für alle gesellschaftlichen Phänomene zu. Beispielsweise könnte es in manchen Fällen weder zur Akzeptanz noch zur Ablehnung eines Phänomens, sondern zur fortdauernden Diskussion ohne Annäherung zwischen unterschiedlichen Position kommen. Auch könnten Kompromisse mit einer teilweisen Akzeptanz des Phänomens geschlossen werden. Zwar beschreibt Gordijn an dieser Stelle meiner Ansicht nach die Entwicklung der gesellschaftlichen Haltung zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden zutreffend. Die Begriffe „Akzeptanz“ und „Integration des Phänomens“ passen aber schlecht zur von Bert Gordijn selbst postulierten niederländischen Duldungspolitik in Sachen aktive Sterbehilfe. Schließlich schreibt er an anderer Stelle, man wolle in den Niederlanden „Euthanasie, so weit es eben geht, unterbunden wissen“ (Gordijn 2000 S. 339). Träfe dies zu, könnte man nicht von „Akzeptanz“ sprechen. Deutschland sieht Gordijn gegenüber den Niederlanden in einem früheren, dem „konfrontativen“ Stadium der Diskussion. Dies suggeriert, dass Deutschland in der Zukunft ein Stadium der Akzeptanz oder Ablehnung erreichen werde. Ich werde im Verlauf dieser Arbeit folgende Fragen diskutieren: Inwieweit zeigt die deutsche Gesellschaft tatsächlich einen konfrontativen Umgang mit aktiver Sterbehilfe? Ist ein Erreichen von entweder Akzeptanz oder Ablehnung zu erwarten?

Auf Gordijns Konzept der niederländischen Duldungspolitik werde ich im Kapitel „Die Geschichte der ‚euthanasie‘ in den Niederlanden“ eingehen.

Zunächst möchte ich Gordijns Eindrücke von der deutschen Diskussion darstellen. Er meint:

In der dortigen Debatte springen folgende Charakteristika ins Auge: zum einen die Tabuisierung des Wortes Euthanasie, zum anderen die Dominanz des Argumentes der „schiefen Ebene“ bzw. des „Dammbruchs“ oftmals unter Verweis auf

die Geschehnisse unter den Nationalsozialisten im Dritten Reich (Gordijn 2000 S. 340).

Gordijn zweifelt an der rationalen Grundlage der so begründeten Dammbbruch-Befürchtungen. Er sieht die Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten als Folge der Ideen von Rassenhygiene und negativer Eugenik, nicht als Folge einer Diskussion um Tötung auf Verlangen. Die Umsetzung dieser Ideen habe sich nur in einer Diktatur wie der nationalsozialistischen verwirklichen lassen. In Ländern wie Großbritannien, Schweden und den Vereinigten Staaten mit einer ähnlichen theoretischen Entwicklung der Eugenik sei es nicht zu einer Vernichtungspolitik gekommen. Diese Länder hätten demokratische Strukturen gehabt (Gordijn 2000 S. 341).

Der niederländische Journalist Emerson Vermaat ist ein Vertreter der entgegengesetzten Ansicht, im nationalsozialistischen Deutschland sei ein Dammbbruch erfolgt. Viele Ärzte hätten sich frühzeitig moralisch auf die schiefe Ebene begeben. Der totalitäre Staat habe der Entwicklung nur den Weg gebahnt:

Es begann mit aktiver Sterbehilfe, die ein kleines Kind betraf – ein Zweifelsfall, über den viele Ärzte auch heute sagen würden, dass es an dieser Stelle „möglich sein muss“. Danach kam es immer schlimmer, am Ende nahmen die Ärzte selbst am Holocaust teil, durch den auch Juden in Konzentrationslagern zur Zielscheibe geworden waren (Vermaat 2001 S. 65).¹

Auf den Psychiater Leo Alexander, der nach dem Zweiten Weltkrieg im Auftrag des US-amerikanischen Militärs die Verbrechen von Ärzten im Nationalsozialismus untersuchte, beruft sich Emerson Vermaat mit seiner Dammbbruch-Meinung. Alexander sieht zu Beginn der nationalsozialistischen Diktatur eine subtile Verschiebung der Einstellung von Ärzten. Unter ihnen habe der Standpunkt zunehmende Akzeptanz gefunden, dass es so etwas wie nicht-lebenswertes Leben gebe. Diese Kategorie sei im Folgenden auf immer mehr Menschen ausgeweitet worden (zitiert nach: Vermaat 2001 S. 46–47).

Ohne im Rahmen dieser Arbeit im Detail auf die Dammbbruch-Frage am Beispiel des Nationalsozialismus eingehen zu können, empfinde ich die Argumente für das Hinableiten einer schiefen Ebene in dieser Zeit als unzureichend. Emerson gibt selbst zu, dass die Zahl der Fälle von Tötung auf Verlangen im Zeitraum zwischen 1933 und 1945 nicht zu ermitteln sei. Auch über ihre genaue Durchführung in der Praxis kann er nur mutmaßen.

Ich stimme deshalb Gordijn in seinen Überlegungen zur Dammbbruch-Frage zu. Die Tötung auf Verlangen wurde von der nationalsozialistischen Regierung nur zu Propagandazwecken und in der (größtenteils vergeblichen) Hoffnung auf ei-

¹ Het begon met euthanasie op een klein kind – een twijfelgeval, waarvan veel artsen tegenwoordig ook zouden zeggen dat het „moet kunnen“. Daarna ging het van kwaad tot erger, uiteindelijk nam men zelf deel aan de Holocaust doordat ook joden in concentratiekampen doelwit waren geworden (Vermaat 2001 S. 65).

nen Dammbuch in den Köpfen ins Spiel gebracht. Wertverschiebungen der Bevölkerungen von Diktaturen sind kaum zu beweisen oder zu widerlegen. Werte werden durch Gewaltherrscher den Menschen aufgezwungen. Viele trauen sich nicht, ihre wirkliche Meinung zu äußern. Denken und Handeln können erheblich voneinander abweichen. Die Dammbuch-Hypothese bezogen auf den Nationalsozialismus wäre vertretbar, wenn ein Großteil der Bevölkerung seine Meinung zur Tötung kranker und behinderter Menschen bereits vor der nationalsozialistischen Diktatur (schleichend) geändert hätte. Das Thema aktive Sterbehilfe spielte in den Weimarer Wahlkämpfen der NSDAP aber keine Rolle und erreichte in den Diskussionen vor 1933 nicht die breite Bevölkerung. Der Wunsch nach Lebensbeendigung für kranke Menschen war kein wichtiges Motiv, um NSAP zu wählen.

Damit ist die Frage, ob ein Dammbuch nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen grundsätzlich denkbar ist, natürlich nicht beantwortet.

Die aktuelle Debatte um aktive Sterbehilfe in Deutschland

Das ausführliche Kapitel zur „Euthanasie“ im Nationalsozialismus ist gerechtfertigt, weil dieser Teil der Geschichte bis heute in der deutschen Debatte um aktive Sterbehilfe als Argument herangezogen wird.

Johannes Rau, Präsident der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1999 bis 2004, sagte im Jahr 2001 in seiner Rede „Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß“ in der Staatsbibliothek zu Berlin aus Anlass der niederländischen Vorstöße in Sachen aktive Sterbehilfe:

Eugenik, Euthanasie und Selektion: Das sind Begriffe, die in Deutschland mit schlimmen Erinnerungen verbunden sind. Sie rufen deshalb – zu Recht – emotionale Abwehr hervor. Trotzdem halte ich das Argument für ganz falsch und irreführend, wir Deutsche dürften bestimmte Dinge wegen unserer Geschichte nicht tun (Rau 2001).

Laut Rau sollte auf aktive Sterbehilfe weltweit mit Ablehnung reagiert werden. Er leitet aus der deutschen Geschichte keine spezifische Verpflichtung ab, sich gegen aktive Sterbehilfe zu richten. Trotzdem verzichtet er nicht darauf, die Zeit des Nationalsozialismus zu erwähnen. Ist es schwierig, in Deutschland über aktive Sterbehilfe zu reden, ohne über die „Euthanasie“ der Nationalsozialisten zu sprechen?

Wenn Menschen aktive Sterbehilfe befürworten, sieht Rau den Grund dafür in einer Angst vor dem Leiden:

Sie haben Angst davor, alleingelassen zu sein oder anderen zur Last zu fallen. Sie haben Angst davor, Schmerzen nicht mehr ertragen zu können und würdelos dahinzusiechen. Ich verstehe diese Angst gut. Ich habe sie auch (Rau 2001).

Rau nutzt als Argument gegen aktive Sterbehilfe die Dammbuchgefahr. Wenn das Sterben eine Wahlmöglichkeit sei, werde irgendwann ein Kranker unter

Rechtfertigungsdruck geraten, weil er diese Möglichkeit nicht wähle. Als Beispiel für einen bereits stattgehabten Dammbbruch nennt er die etwa tausend jährlich ohne ausdrücklichen Wunsch getöteten Niederländer.

Ähnlich wie Raus Argumentation klingt es, wenn der Psychiater und Medizinethiker Jochen Vollmann die Argumente deutscher Juristen gegen aktive Sterbehilfe zusammenfasst:

Forderungen nach gesetzlichen Ausnahmen von der generellen Strafbarkeit der Fremdtötung, z. B. um dadurch einen menschenwürdigen Tod zu ermöglichen, wird unter Berufung auf die Gefahr des Dammbbruchs beim Lebensschutz entgegnetreten, da sonst der staatliche Lebensschutz durchbrochen und das menschliche Leben fremd verfügbar würde (Vollmann 2000 S. 39).

Diese Dammbbruchgefahr werde angesichts aktueller finanzieller Probleme im Gesundheitssektor besonders ernst genommen.

Es gibt nach deutschem Recht keine Umstände, die eine Tötung rechtfertigen könnten. Geschieht eine Tötung auf Verlangen, kann sich dies allerdings nach § 216 des deutschen Strafgesetzbuches strafmildernd auswirken. In der Praxis werden laut Vollmann Fälle von Tötung auf Verlangen in Deutschland höchst selten verhandelt. Er geht von einer erheblichen Dunkelziffer aus (Vollmann 2000 S. 38).

Der Verein „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V.“ veröffentlichte auf seiner Netzseite Stellungnahmen der Parteien SPD, CDU, FDP, PDS und Bündnis 90/Die Grünen zum Thema „Sterbehilfe“ aus dem Jahr 2005. Diese Parteien hatten auf eine entsprechende Anfrage des Vereins geantwortet, während die WASG (Wahlalternative Arbeit und soziale Gerechtigkeit) nicht geantwortet hatte. SPD, CDU und PDS sprachen sich gegen aktive Sterbehilfe aus. FDP und Bündnis 90/Die Grünen äußerten sich hierzu nicht direkt. Bei der FDP heißt es, das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen habe Vorrang vor anderen Überlegungen und Interessen. Die Grünen betonten die Wichtigkeit der Stärkung von Palliativmedizin und Schmerztherapie. Sie forderten eine Weiterentwicklung der Hospizbewegung (Wichmann 2006).

Die evangelischen Landeskirchen und die Vertreter der römisch-katholischen Kirche in Deutschland sind Gegner der aktiven Sterbehilfe. In dem Heft „Im Sterben: Umfängen vom Leben, Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996“, herausgegeben vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz heißt es:

Gerade das Verhältnis zwischen Arzt bzw. Ärztin und Kranken ist von dem Vertrauen getragen, daß der ärztliche Auftrag unbedingt gilt: menschlichem Leben nicht zu schaden, sondern es zu erhalten und zu fördern (Ohne Autor 1996).

Die Bitte um aktive Sterbehilfe entspringe häufig dem Wunsch nach Nähe und Begleitung oder der Angst vor dem Alleinsein.

Forderungen nach Straffreiheit der Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen gab es in Deutschland z. B. von Seiten der „Humanistischen Union“ und der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“. Jochen Vollmann hält eine Umsetzung solcher Vorstellungen für unwahrscheinlich:

Auch in Zukunft kann eine Änderung des Strafrechts kaum erwartet werden, besonders weil in Deutschland der Euthanasie-Mißbrauch im nationalsozialistischen Deutschland eine freie öffentliche Diskussion über Euthanasie erschwert (Vollmann 2000 S. 40).

Einflussreiche Organisationen wie Parteien und Kirchen stehen in Deutschland der aktiven Sterbehilfe ablehnend oder sehr zurückhaltend gegenüber. Im Gegensatz dazu gibt es eine große Zahl von Befürwortern unter den Bürgern.

Bei der in Deutschland in regelmäßigen Abständen durchgeführten „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)“ war zuletzt im Jahr 2002 folgender Satz zu bewerten:

Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift (GESIS S. 292).

Nur 31,6 Prozent der Westdeutschen fanden dieses Verhalten „sehr schlimm“ oder „ziemlich schlimm“. 40,6 Prozent beurteilten es als „weniger schlimm“ und 27,8 Prozent als „überhaupt nicht schlimm“. Bei den Ostdeutschen war die Zahl derjenigen, die sich für „sehr schlimm“ oder „ziemlich schlimm“ entschieden, noch etwas geringer (GESIS 2008 S. 292). Zuletzt im Jahr 2000 waren die Befragten in Bezug auf denselben Satz gebeten worden anzugeben, ob diese Handlung gesetzlich verboten sein sollte oder nicht. 73,3 Prozent der Westdeutschen und 72,2 Prozent der Ostdeutschen sprachen sich gegen das Verbot aus. Bei gleicher Fragestellung hatten im Jahr 1990 in Westdeutschland nur 66,6 Prozent gesagt, dass das beschriebene Verhalten gesetzlich nicht verboten sein sollte (GESIS 2008 S. 400).

Nach einer Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie im Jahr 2001 gestanden 64 Prozent der Westdeutschen und 80 Prozent der Ostdeutschen Schwerkranken eine todbringende Spritze durch den Arzt zu. Im Jahr 1973 hatten 53 Prozent der Deutschen in der damaligen Bundesrepublik die aktive Sterbehilfe befürwortet.

Auch deutsche Christen standen der Tötung von Schwerkranken auf Verlangen durch einen Arzt im Jahr 2001 positiv gegenüber: 68 Prozent der Katholiken und 60 Prozent der Protestanten waren dafür. Bei Mitgliedern anderer Konfessionen oder Konfessionslosen waren 83 Prozent für aktive Sterbehilfe (Institut für Demoskopie Allensbach 2001).

Die Zahlen beziehen sich auf eine Befragung von 2094 Personen im Alter von über 16 Jahren zwischen dem 22. Februar und dem 6. März 2001. Folgender Satz musste bewertet werden:

Ein schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, daß der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt (Institut für Demoskopie Allensbach 2001).

Die Antwortmöglichkeiten waren „stimme zu“, „stimme nicht zu“ und „unentschieden“. Als Befürwortung der aktiven Sterbehilfe wurde eine Zustimmung zu dem vorgegebenen Satz gewertet (Institut für Demoskopie Allensbach 2001).

In den Niederlanden hat ein schwerkranker Patient nicht, wie in diesem Satz formuliert, das Recht auf eine Todesspritze. Der Arzt darf sie unter bestimmten Umständen verabreichen. Er ist aber niemals dazu verpflichtet. Insofern geht die Formulierung über die niederländische Regelung hinaus. Auch ist nur von schwerer Krankheit, nicht von unheilbarer oder zum Tode führender Krankheit die Rede. Nach den niederländischen Sorgfaltskriterien ist „aussichtsloses“ und „unerträgliches“ Leiden Voraussetzung für die Tötung auf Verlangen.

Im Jahr 2008 fragte das Institut für Demoskopie Allensbach mit einer anderen Formulierung:

Zurzeit wird ja viel über aktive Sterbehilfe diskutiert. Das bedeutet, dass man das Leben schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben und große Schmerzen erdulden müssen, auf deren eigenen Wunsch hin beendet. Sind Sie für oder gegen die aktive Sterbehilfe? (Institut für Demoskopie Allensbach 2008)

Das hier Beschriebene entspricht eher den niederländischen Verhältnissen. Die Bedingungen sind sogar enger gewählt als im niederländischen Gesetz, da nicht von Leiden im Allgemeinen, sondern von starken Schmerzen die Rede ist. Trotzdem fiel die Zustimmung verhaltener aus als im Jahr 2001: 58 Prozent der Bevölkerung waren dafür, 19 Prozent dagegen und 23 Prozent unentschieden. Während sich von den Unter-30-Jährigen 63 Prozent für aktive Sterbehilfe aussprachen, waren es bei den Über-60-Jährigen nur 51 Prozent. 56 Prozent der Protestanten, 50 Prozent der Katholiken und 65 Prozent der anderen (Konfessionslose/andere Religionen) waren für aktive Sterbehilfe.

Es waren 1786 Personen im Zeitraum zwischen dem 7. und dem 17. Juli 2008 befragt worden. (Institut für Demoskopie Allensbach 2008)

Obwohl die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe in den Umfragen des Allensbacher Instituts leicht zurückgegangen ist, lässt sich festhalten: Die Angst vor einem Dammbbruch mit nicht-freiwilligen Tötungen ist in der Bevölkerung nicht so groß, dass es eine Mehrheit gegen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe gäbe. Gleichzeitig finden die problematischen Aspekte aktiver Sterbehilfe in der Bevölkerung durchaus Beachtung. Die breite Zustimmung fußt nicht ausschließlich auf mangelndem Problembewusstsein. Dies legt eine Umfrage der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover nahe. 87 % der Befragten stimmten hier „eher“ oder „vollständig“ der Aussage zu: „Aktive Sterbehilfe beinhaltet die Gefahr des Mißbrauchs“ (Helou et al. 2000 S. 312). Gleichzeitig erhielt die Aussage

„Aktive Sterbehilfe verkürzt Leiden“ (Helou et al. 2000 S. 312) von 94 % der Befragten Zustimmung, 78 % meinten, aktive Sterbehilfe ermögliche ein Sterben in Würde und 68 % schlossen sich der Behauptung an, aktive Sterbehilfe wahre das Recht auf einen selbstbestimmten Tod (Helou et al. 2000 S. 312). Den Befragten waren außerdem Fallbeispiele für Bitten um aktive Sterbehilfe vorgelegt worden. Im Fall der Bitte eines 85jährigen Patienten mit Krebs im Endstadium befürworteten 93 % der Befragten die aktive Sterbehilfe (Helou et al. 2000 S. 310). Die Hannoveraner Umfrage ist im Gegensatz zur Allbus-Umfrage und zu jener des Allensbacher Instituts nicht repräsentativ. Es wurden nur 110 Personen befragt. Diese entstammten keiner repräsentativen Stichprobe, sondern dem Umfeld der zuständigen Projektgruppe. Es waren

größtenteils [...] Kollegen, Bekannte, Angehörige und Nachbarn, die im norddeutschen Raum ansässig sind (Niedersachsen, Bremen, Hamburg) sowie [...] Beschäftigte und Studierende der Medizinischen Hochschule Hannover (Helou et al. 2000 S. 309).

Sind diese Umfrageergebnisse durch Ängste in der Bevölkerung begründet, wie Johannes Rau in seiner oben zitierten Ansprache vermutet? Wünschen sich die Befragten vor allem für sich selbst die Möglichkeit eines schnellen und schmerzfreien Todes? Die Ergebnisse einer 1957 Personen umfassende Repräsentativerhebung des Meinungsforschungsinstitutes USUMA, wiederum aus dem Jahr 2001, sprechen dagegen (Schröder et al. 2003 S. 334). Den Befragten gegenüber wurde aktive Sterbehilfe als „bewusste Herbeiführung des Todes durch gezielte medizinische Maßnahmen“ definiert. Die Verwechslung mit passiver oder indirekter Sterbehilfe erscheint bei dieser Definition nicht ausgeschlossen. Dadurch, dass den Befragten auch für diese Formen der Sterbehilfe Definitionen vorgelegt wurden, wurde dieses Risiko aber verringert. Die Fragen zur Sterbehilfe wurden bezogen auf Patienten, die „unheilbar krank sind“ und „in absehbarer Zeit sterben werden“ (Schröder et al. 2003 S. 336).

Zum einen wurde folgende Frage gestellt: „Sollte die aktive Sterbehilfe bei den oben aufgeführten Patienten zu den beruflichen Aufgaben von Ärzten gehören?“ Zum anderen wurde gefragt: „Welche Form oder Formen der ärztlichen Sterbehilfe würden Sie für sich selbst im Falle einer unheilbaren, in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung wünschen?“ Die Antwortmöglichkeiten waren „indirekte Sterbehilfe“, „passive Sterbehilfe“, „Beihilfe zur Selbsttötung“, „aktive Sterbehilfe“ und „keine“. Eine Mehrfachantwort war möglich und für alle Formen der Sterbehilfe waren den Befragten zuvor Definitionen vorgelegt worden (Schröder et al. 2003 S. 337). Während 61,3 Prozent die aktive Sterbehilfe als Aufgabe des Arztes befürworteten, konnten sich nur 21,1 Prozent vorstellen, diese selbst in Anspruch zu nehmen (Schröder et al. 2003 S. 340). Einzuwenden ist, dass das Wort „wünschen“ die Befragten irregeführt haben könnte: Sie wünschen sich aus jetziger Sicht vielleicht nicht, dass ihr Leben mit aktiver Sterbehilfe beendet werde. Sie würden sich aktive Sterbehilfe möglicherweise aber trotzdem als letzte Option wünschen, wenn durch andere Maß-

nahmen ihr Leiden nicht zu lindern wäre. Trotzdem sind diese Ergebnisse ein starker Hinweis darauf, dass die breite Befürwortung der aktiven Sterbehilfe in der Bevölkerung nicht in erster Linie auf eigenen Ängsten fußt.

Vor dem Hintergrund der Umfrageergebnisse erscheint die Dambruch-Befürchtung als Gedankengut einer Minderheit. Hierzu schreibt Wolfgang van den Daele, Hochschulprofessor für Soziologie an der Freien Universität Berlin, in seinem Artikel „Selbstbestimmung am Lebensende, Konsens der Eliten und Meinung der Bevölkerung“:

Der parlamentarische Gesetzgeber muss nicht den Wertorientierungen der Bevölkerung folgen, und er tut es faktisch häufig nicht. Oft sind Rechtstraditionen und Elitediskurse ausschlaggebend. Das konzessionslose und (fast) diskussionslose Verbot der aktiven Sterbehilfe in Deutschland ist ein Beleg. Es verdankt sich einem Elitenkonsens, der nicht durch die Werteorientierungen der Bevölkerung gedeckt ist (van den Daele 2005 S. 11).

Van den Daele glaubt, die Bevölkerungsmehrheit werde in Zukunft nur von ihrer Zustimmung Abstand nehmen, wenn sich in den Ländern mit Freigabe der aktiven Sterbehilfe ein Missbrauch abzeichne. Ansonsten werde das Verbot langfristig auch in Deutschland Selbstbestimmungsansprüchen weichen.

Die „euthanasie“ in den Niederlanden

Die Geschichte der „euthanasie“ in den Niederlanden

Im neuen Jahrtausend verfeinert sich die Diskussion um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden und wird immer komplexer. Zunehmende Erfahrungen mit einem seit dem Jahr 2002 geltenden Gesetz ermöglichen in der Debatte neue Schwerpunkte. Während Gegner glauben, die aktive Sterbehilfe sei in den Niederlanden außer Kontrolle geraten, streiten sich Befürworter um Details des Gesetzes. Einige möchten mehr Kontrolle und sorgen sich um die Einhaltung der Sorgfaltskriterien. Anderen ist die derzeitige Sterbehilfe-Regelung nicht radikal genug: sie fordern die freiverkäufliche Letztwillenspille.

Am 10. April 2001 akzeptierte die Erste Kammer des niederländischen Parlaments, vergleichbar mit dem deutschen Bundesrat, das Gesetz „Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ („Prüfprozedur Lebensbeendigung auf Wunsch und Hilfe zur Selbsttötung“) (Vermaat 2001 S. 7). Nach diesem Gesetz sind aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid bei Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien erlaubt:

Die Sorgfaltskriterien, die im zweiten Absatz des Artikels 293 im Strafgesetzbuch gemeint sind, beinhalten, dass der Arzt:

- a. die Überzeugung gewonnen hat, dass der Patient freiwillig und wohlüberlegt um Lebensbeendigung gebeten hat,
- b. die Überzeugung gewonnen hat, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- c. den Patienten informiert hat über dessen Situation und Aussichten,
- d. mit dem Patienten gemeinsam zu der Überzeugung gekommen ist, dass es in der Situation, in der dieser sich befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- e. wenigstens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten gesehen hat und sein schriftliches Urteil über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien, aufgeführt unter a bis d, abgegeben hat.
- f. die Lebensbeendigung oder Hilfe zur Selbsttötung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).¹

¹ De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,

Die Niederlande legalisierten als erstes Land der Welt die aktive Sterbehilfe. Wie und warum kam es gerade dort zu dieser Entwicklung? Warum trägt die Debatte um Entscheidungen am Lebensende in verschiedenen Gebieten Westeuropas und Nordamerikas mit ähnlicher Lebensweise so unterschiedliche Züge? Diese Frage findet der niederländische Hochschulprofessor für Medizinethik Henk ten Have² schwierig zu beantworten. Er beschreibt in drei Ländern bedeutende gesellschaftliche Bewegungen mit unterschiedlicher Prägung:

Somewhat schematically, it can be argued that within the same period three different movements have originated: (1) in the U. S. A., death and dying issues primarily focused on the topic of withholding and withdrawing medical treatment [...] (2) in the U. K., the focus was first of all on the hospice movement [...], (3) in the Netherlands, death and dying issues came to be centred around the euthanasia topic (with the Postma case in 1973 as the legal paradigm) (ten Have 2001 S. 470).

In diesem ersten, sehr bekannten Fall, auf den ten Have anspricht, stand im Jahr 1973 die Ärztin Geertruda Postma in Leeuwarden vor Gericht. Sie hatte im Jahr 1971 ihrer 78 Jahre alten Mutter auf deren Bitte hin eine tödliche Dosis Morphium injiziert. Die Mutter hatte ihr Gehör verloren, war teilweise gelähmt und hatte im Rollstuhl gesessen. Postma hatte nach ihrer Tat dem Leiter des Altenheims, in dem ihre Mutter gelebt hatte, von der aktiven Lebensbeendigung erzählt.

Die Ärztin wurde zu einer Woche Haft verurteilt (Duin et al. 1998 S. 7).

Begründet wurde dieses auffallend milde Urteil damit, daß die Mutter der Ärztin unheilbar krank war, daß sie ihr Leiden als untragbar erfuhr, daß sie sich bereits in der Sterbephase befand und daß die Tötung durch die Ärztin auf ihre ausdrückliche Bitte hin geschah (Gordijn 2000 S. 315).

Mehrere der heute im Gesetz verankerten Sorgfaltskriterien finden sich bereits in dieser Urteilsbegründung. Abwandlungen dieser Kriterien prägen die ganze niederländische Debatte um aktive Sterbehilfe, spätere Gerichtsurteile und verschiedene, nicht-gesetzliche Regelungen der aktiven Lebensbeendigung im Lauf der Zeit.

-
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
 - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
 - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegt, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in onderdelen a tot en met d, en
 - f. de levenbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).

Das milde Urteil über Gertruuda Postma erlaubte der niederländischen Debatte um aktive Sterbehilfe schon in ihren Anfängen eine besondere Offenheit. Das Gericht in Leeuwarden hatte ein Zeichen gesetzt, das nicht ignoriert werden konnte. Ärzte publizierten, obwohl aktive Sterbehilfe verboten war, Fallberichte in einflussreichen niederländischen Fachzeitschriften (ten Have 2001 S. 471).

Ein weiterer Fall, der Aufsehen erregte, war der Schoonheim-Fall (genannt nach dem beteiligten Arzt), auch als Alkmaar-Fall (nach dem Ort des Geschehens) bezeichnet. Der Hausarzt Schoonheim beendete das Leben seiner 95 Jahre alten Patientin am 16. Juli 1982 durch Injektion einer tödlichen Substanz. Die Patientin hatte mehrfach geäußert, vor einer weiteren Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes sterben zu wollen. Sie war nach einem Bruch der Hüfte dauerhaft bettlägerig. (Eine Operation dieses Bruches hatte sie verweigert.) Augenlicht und Gehör waren stark beeinträchtigt.

Schoonheim kam ihrem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nach, nachdem sie erneut in Gegenwart eines Kollegen Schoonheims, ihres Sohnes und ihrer Schwiegertochter eindringlich darum gebeten hatte. Der Hausarzt meldete seine Tat den Behörden. Vor Gericht berief er sich auf einen im niederländischen Recht als „overmacht“ charakterisierten Tatbestand, der weitgehend dem im deutschen Strafrecht bekannten „Notstand“ entspricht. Danach habe seine ärztliche Pflicht, unerträgliches Leiden zu lindern, im Widerstreit gestanden mit seiner Pflicht, nicht zu töten (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 62). Im niederländischen Strafgesetzbuch lautet der Artikel 40:

Nicht strafbar ist, wer eine Tat begeht, zu der er durch einen Notstand gezwungen worden ist (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).³

Die niederländische Rechtsauslegung kennt zwei Varianten der Berufung auf den Artikel 40 des Strafgesetzbuches: Ein Täter kann sich zum einen darauf berufen, unter Zwang gehandelt zu haben. Die Ärztin im Postma-Fall hatte Straffreiheit gefordert, weil sie von ihrer Mutter unter Druck gesetzt worden sei, sie zu töten. Das Gericht in Leeuwarden hatte dieses Argument nicht gelten lassen. Von Ärzten könne erwartet werden, dass sie dem Druck ihrer Patienten widerständen.

Die zweite Variante der Berufung auf einen Notstand ergibt sich aus einem Konflikt zwischen zwei wichtigen Pflichten. Wer aus einer solchen Konfliktsituation heraus gegen das Strafgesetz verstößt, kann gerechtfertigt sein. Bei der aktiven Sterbehilfe konkurriert die ärztliche Pflicht, Leiden zu lindern, mit der Pflicht, Leben zu erhalten. Auf einen solchen Konflikt berief sich Schoonheim.

Sein Fall durchlief mehrere Instanzen bis zum Obersten Gerichtshof, der die Berufung auf einen Notstand im Jahr 1984 als gerechtfertigt ansah. Er verwies die Sache an die unteren Gerichte zurück. Schoonheim wurde im Jahr 1986

³ Niet strafbaar is hij die een feit begaat waartoe hij door overmacht is gedrongen (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).

freigesprochen, d. h. er erhielt im Gegensatz zu Postma auch keine milde oder symbolische Strafe (Reuter 2001 S. 24; Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 62–63).

Zuvor hatte die niederländische Ärztevereinigung KNMG Sorgfaltskriterien veröffentlicht, die im Wesentlichen den heute im Gesetz festgeschriebenen Kriterien entsprachen. Sie hatte eine Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte bei Einhaltung dieser Kriterien vorgeschlagen (Duin et al. 1998 S. 8–9; Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillige Levensende 2005).

Die KNMG war die erste Ärztevereinigung der Welt, die sich zur aktiven Sterbehilfe bekannte.

Der niederländische Justizminister sagte im September 1985, Ärzte würden nicht bestraft werden, wenn sie sich bei der Durchführung von aktiver Sterbehilfe an die von der KNMG aufgestellten Kriterien hielten (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 67).

Auch das niederländische Parlament hatte mittlerweile begonnen, sich mit aktiver Sterbehilfe zu beschäftigen.

Die Niederlande sind seit der Verfassungsgebung von 1815 eine konstitutionelle Erbmonarchie mit parlamentarischem Regierungssystem. Die Legislative liegt bei einem Zweikammerparlament. Es besteht aus der Ersten Kammer („Eerste Kamer“) mit 75 von den Provinziallandtagen auf sechs Jahre gewählten Mitgliedern und der Zweiten Kammer („Tweede Kamer“) mit 150 auf vier Jahre direkt gewählten Mitgliedern (Weiß und Buhl 2005 S. 365–366).

Am 12. April 1984 reichte die Abgeordnete Wessel-Duinstra, Mitglied von D66 (Democraten 66), einer der größeren niederländischen Parteien, in der Ersten Kammer einen Gesetzesvorschlag zur Legalisierung von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid ein (Keesings historisch archief 1986 S. 296; Koole 1995 S. 388). Die CDA (Christen Democratisch Appèl) stellte sich gegen diesen Vorschlag (Duin et al. 1998 S. 10; Koole 1995 S. 187).

Bereits im November 1978 hatte eine Mehrheit der Zweiten Kammer beschlossen, eine Staatskommission Aktive Sterbehilfe („Staatscommissie Euthanasie“) ins Leben zu rufen. Die Initiative hierzu war von den Parteien CDA und VVD (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie) (Koole 1995 S. 390) ausgegangen. Zunächst wurde der niederländische Gesundheitsrat um einen Bericht gebeten. Der Gesundheitsrat ist in den Niederlanden ein unabhängiges Gremium, das Parlament und Minister über aktuelle, wissenschaftliche Entwicklungen auf dem Gebiet der Volksgesundheit informiert. (Gezondheidsraad 2007) In seinem Bericht sollte der Gesundheitsrat die Aufgabe der Kommission festlegen.

Der Gesundheitsrat entschied, die Kommission solle sich mit der zukünftigen Politik in Bezug auf aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid beschäftigen. Passive und indirekte Sterbehilfe sollten nicht Gegenstand der Überlegungen sein. Denn letztere seien normale medizinische Handlungen.

Die Kommission wurde im Oktober 1982 eingesetzt. Im August 1985 erklärte sie in ihrem Abschlussbericht, eine Legalisierung von aktiver Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen sei wünschenswert. Die Kommission sah keinen entscheidenden normativen Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 68–71).

Die CDA-Fraktion war gegen eine dies verwirklichende gesetzliche Regelung. Sie war darin uneins mit der VVD, mit der sie regierte. Diese wünschte sich eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Sie stimmte in den Details aber weder mit dem Vorschlag von Wessel-Tuinstra noch mit dem der Staatskommission überein, ebenso wenig wie die PvdA (Partij van de Arbeid) (Keesings historisch archief 1986 S. 296; Koole 1995 S. 390).

Die drei kleinen christlichen Parteien SGP (Staatkundig Gereformeerde Partij), GPV (Gereformeerde Politiek Verbond) und RPF (Reformatorische Politieke Federatie) hielten schon jede Diskussion über die Frage der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe für verwerflich (Keesings historisch archief 1985 S. 725; Koole 1995 S. 389–390).

Die CDA machte im Jahr 1987 einen eigenen Gesetzesvorschlag. Danach sollten aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid rechtswidrig, aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei sein. Wie dem Vorschlag von Wessel-Duinstra bzw. ihrer Partei D66 fehlte ihm eine Mehrheit (Duin et al. 1998 S. 10).

Im November 1989 kam eine neue Koalition aus CDA und PvdA an die Regierung (Koole 1995 S. 82), die beschloss, die politische Debatte zugunsten einer Sammlung empirischer Daten zur Praxis der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids zu verschieben (Gordijn 2000 S. 315). Der Entschluss mündete in der Bildung der „Rommelink-Kommission“, über deren Arbeit und Ergebnisse ich im Kapitel „Empirische Studien zur Praxis der aktiven Sterbehilfe“ berichte.

Bevor die Wissenschaftler ihre Datensammlung beendet hatten, einigten sich das niederländische Justizministerium und die KNMG auf die Einführung einer Meldeprozedur für ärztlich assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe. Ab November 1990 waren Ärzte verpflichtet, Fälle von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid dem zuständigen Leichenbeschauer zu melden. Er leitete diese Meldung an die Staatsanwaltschaft weiter (Gordijn 2000 S. 315).

Im Juni 1994 trat eine erste Gesetzesänderung in Kraft. Sie war im Jahr 1993 von beiden Kammern des niederländischen Parlamentes beschlossen worden. Sie betraf nicht das Strafgesetzbuch, sondern das Gesetz zur Leichenbestattung (Gordijn 2000 S. 315–316; ten Have 2001 S. 473). Der Beschluss war im Wesentlichen von den damaligen Regierungsparteien CDA und PvdA getragen worden (Keesings historisch archief 1994 S. 153).

Aktive Sterbehilfe blieb rechtswidrig. Es gab für sie aber eine festgelegte Meldeprozedur und Kriterien für Straffreiheit. Sie entsprachen weitgehend den heute im Gesetz festgeschriebenen Sorgfaltskriterien. Der Arzt durfte nach einem

Todesfall durch aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid keinen Totenschein ausfüllen. Stattdessen musste er den Leichenbeschauer hinzuziehen. Dieser schaltete den Staatsanwalt ein. Außerdem händigte er dem verantwortlichen Arzt eine Liste von Fragen aus dem Anhang des Gesetzes zur Leichenbestattung aus. Anhand der Antworten auf diese Fragen, aus denen die Einhaltung der Sorgfaltskriterien durch den Arzt hervorging, entschied der Staatsanwalt über die Einleitung einer Strafverfolgung (Gordijn 2000 S. 316–317).

Henk ten Have erläutert einen wesentlichen Kritikpunkt an dieser Meldeprozedur:

Another criticism is the paradoxical nature of the legislation. Since termination of life is formally a crime, physicians who break the criminal law are obliged by the law to report unlawful activities, and provide the evidence on the basis of which they might be prosecuted (ten Have 2001 S. 474).

Die Diskussion über Vor- und Nachteile dieser Meldeprozedur konzentrierte sich besonders auf eine Frage: Soll aktive Sterbehilfe bloß toleriert oder auch legalisiert werden? Die Befürworter der Legalisierung argumentierten, diese garantiere, dass nur auf Wunsch des Patienten Sterbehilfe geleistet und jeder Fall gleich behandelt werde. Die Gegner fürchteten eine Aufweichung der Regel, dass ein Mensch niemals getötet werden darf. Ihrer Meinung nach musste die aktive Sterbehilfe eine Ausnahme bleiben und konnte dies nur außerhalb des Strafgesetzes (Legemaate 1998 S. 24–25).

Im August 1994 nahm zum ersten Mal nach 17 Jahren eine Regierung ohne Beteiligung der CDA ihre Arbeit auf. Diese Koalition aus den Parteien PvdA, D66 und VVD wird in den Niederlanden violett („paars“) genannt. Die Parteien waren zuvor alle für eine Legalisierung von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid eingetreten. Das neue Gesetz zur Leichenbestattung war allerdings erst wenige Monate alt. Deshalb beschloss die neue Regierung, zunächst nichts zu ändern (Legemaate 1998 S. 29; Koole 1995 S. 82).

In das Jahr 1994 fiel die Verhandlung des Chabot-Falls vor dem Obersten Gerichtshof. Der Psychiater Chabot hatte im September 1991 einer Frau beim Suizid geholfen. Er hatte ihr tödliche Tabletten beschafft. Sie hatte diese in seiner Gegenwart eingenommen. Die Betroffene war 50 Jahre alt gewesen und hatte mehrere schwer traumatisierende Erlebnisse erlitten. Sie war depressiv. Die psychiatrische Behandlung hatte bisher kaum Erfolg gezeigt, und die Patientin hatte einen Suizidversuch hinter sich. Chabot hatte den Fall von ärztlich assistiertem Suizid umgehend dem zuständigen Leichenbeschauer gemeldet.

Der Beihilfe zum Suizid angeklagt, berief Chabot sich, wie beispielsweise auch Schoonheim, auf einen Notstand. Der Staatsanwalt begründete sein Plädoyer für einen Schuldspruch damit, dass das Leiden der Patientin nicht körperlich gewesen sei und sie sich nicht in der letzten Lebensphase befunden habe. Diese Argumentation wies der Gerichtshof zurück. Trotzdem befand er Chabot der Beihilfe zum Suizid für schuldig. Der Notstand sei nicht hinreichend bewiesen.

Zum einen habe Chabot es versäumt, die Patientin durch einen zweiten Arzt untersuchen zu lassen. Zum anderen könne von fehlender Aussicht auf Besserung keine Rede sein. Eine weitere psychiatrische Behandlung sei möglich gewesen, von der Patientin aber aus freien Stücken abgelehnt worden. Trotz seines Schuldspruches erhielt Chabot keine Strafe (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 81–82).

Zwei weitere wichtige Fälle wurden im Jahr 1995 vor niederländischen Gerichten verhandelt. Der Gynäkologe Prins wurde in Alkmaar, der Hausarzt Kadijk in Groningen des Mordes angeklagt. Beide hatten jeweils das Leben eines schwer kranken Säuglings ohne langfristige Überlebenschancen mit Zustimmung der Eltern beendet. Prins und Kadijk wurden von den zuständigen Gerichten freigesprochen (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 83–84).

Ende des Jahres 1998 wurden in den Niederlanden fünf regionale Kommissionen zur Prüfung der Fälle von aktiver Sterbehilfe bzw. ärztlich assistiertem Suizid eingerichtet. Sie bestanden aus je einem Mediziner, einem Ethiker und einem Juristen. Diese beurteilten die Fälle vor ihrer Weiterleitung an die Staatsanwaltschaft. Sie gaben ihre Empfehlung ab, ob ein Fall näher untersucht werden solle oder nicht (Gordijn 2000 S. 319). Die Regierung hoffte, mit dieser Regelung könne sie die Bereitschaft der Ärzte zum Melden der Fälle von aktiver Sterbehilfe erhöhen (Legemaate 1998 S. 30).

Eine Stärkung ihrer Position erfuhren die regionalen Prüfkommisionen durch das jüngste, im Jahr 2001 verabschiedete Gesetz. Sie müssen seitdem nicht mehr alle Fälle an die Staatsanwaltschaft weiterleiten.

Im Jahr 2001 stellte die „violette“ Koalition, d. h. die Koalition aus PvdA, D66 und VVD, zum zweiten Mal in Folge die Regierung und hatte eine Mehrheit im Parlament. Mit dieser Mehrheit brachte die Regierung im April des Jahres das Gesetz „Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ („Prüfprozedur Lebensbeendigung auf Wunsch und Hilfe zur Selbsttötung“) auf den Weg:

Die Meldung der Fälle von aktiver Sterbehilfe erfolgt nach dem neuen Gesetz weiterhin durch einen Bericht des Arztes an den Leichenbeschauer. Dieser schaltet die jeweilige regionale Kommission ein. In ihrer Untersuchung der einzelnen Fälle können die Kommissionen den Arzt zur näheren schriftlichen oder mündlichen Auskunft über seinen Fall auffordern. Befragen können sie auch den Leichenbeschauer der Gemeinde, den Konsultationsarzt und von dem Fall betroffenes Hilfs- bzw. Pflegepersonal. Im Gesetz heißt es:

Die Kommission setzt von ihrem begründeten Urteil innerhalb von sechs Wochen nach dem Empfang des Berichtes [...] schriftlich den betroffenen Arzt in Kenntnis. [...]

Die Kommission setzt die Generalstaatsanwaltschaft und den regionalen Gesundheitsinspektor nur dann in Kenntnis von ihrem Urteil, [...] wenn der Arzt

nach ihrer Ansicht nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gemäß Artikel 2 gehandelt hat [...] (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).⁴

Damit hatte die Praxis der aktiven Sterbehilfe einen festen Platz in der niederländischen Gesellschaft erhalten.

Erklärungsmodelle für den niederländischen Sonderweg

Der Beginn der niederländischen Debatte um aktive Sterbehilfe wird oft auf das Erscheinen des Buches „Medische Macht en Medische Ethiek“ („Medizinische Macht und Medizinische Ethik“) von Jan Hendrik van den Berg⁵ im Jahr 1969 datiert (ten Have 2001 S. 469), beispielsweise von Bert Gordijn und Henk ten Have (Birnbacher et al. 2000 S. 496).

Van den Berg kritisiert eine moderne Medizin, in der alles Machbare durchgeführt werde. Lebenserhaltung werde um jeden Preis versucht, ohne Rücksicht auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Van den Berg schreibt:

A seventy-year-old person has a right to die. Of course, everyone, whatever his age, has this right (van den Berg 1978 S. 3).

Fünf Jahre mit nebenwirkungsreicher Krebs-Therapie böten nicht dieselbe Lebensqualität wie fünf gesunde Jahre. Van den Berg fragt sich außerdem: Ist eine Lebensverlängerung um zehn Jahre sinnvoll, wenn sie mit einem qualvollen Tod bezahlt wird (van den Berg 1978 S. 4)?

Die Interessen der Patienten kollidieren laut van den Berg mit einer Vorstellung der Ärzte von ihrem Beruf. Ärzte wollten immer handeln, selbst wenn sie nichts Sinnvolles für den Patienten tun könnten (van den Berg 1978 S. 5).

Ten Have erwähnt in seinem Beitrag „Euthanasia“ zu dem Buch „Bioethics in a European Perspective“, van den Bergs Werk seien weitere Kritiken gefolgt. Er nennt als Beispiele „Medical Nemesis“ von Ivan Illich aus dem Jahr 1975 sowie das Buch „Death: The final stage of growth“ von Elisabeth Kübler-Ross, ebenfalls im Jahr 1975 erschienen (ten Have 2001 S. 469). Weder van den Berg noch Illich oder Kübler-Ross forderten eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Illich orientiert sich am Ideal eines „natürlichen Todes“. Dessen Art und Zeitpunkt sollen nicht verändert werden durch das Eingreifen der modernen Medizin. Wenn Einfluss genommen werde, dann solle das nach Illich durch den

⁴ De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag [...] schriftelijk ter kennis van de arts. [...]

De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg [...] indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 [...] (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001a).

⁵ Jan Hendrik van den Berg war Professor für Psychiatrie an der Universität Leiden (ten Have 2001 S. 469).

Betroffenen selbst geschehen. Wie er sich das im Detail vorstellt, bleibt offen. Er beklagt:

Der westliche Mensch hat das Recht verloren, beim Akt seines Sterbens selbst Regie zu führen (Illich 1975 S. 160–161).

Wie für van den Berg ist für Illich die Patientenautonomie besonders wichtig. Beide stellen nicht Suizid oder aktive Sterbehilfe in den Vordergrund ihrer Überlegungen, sondern einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.

Die drei Autoren van den Berg, Illich und Kübler-Ross am Beginn der niederländischen Euthanasie-Debatte zu erwähnen ist insofern richtig, als das Erscheinen ihrer in diesem Zusammenhang wichtigen Texte der Diskussion vorausging. Sie können als Auslöser fungiert haben, über das Sterben und seine Umstände zu diskutieren. Es handelt sich aber nicht um Bücher, die sich insbesondere auf aktive Sterbehilfe konzentriert oder nur in den Niederlanden Verbreitung gefunden hätten. Das Erscheinen dieser Bücher erklärt nicht, warum gerade in den Niederlanden eine intensive Diskussion innerhalb weniger Jahrzehnte zu einem Wandel der Rechtsprechung und schließlich der Gesetzeslage zur aktiven Sterbehilfe führte.

Von Bert Gordijn werden die Wurzeln des liberalen Umgangs mit aktiver Sterbehilfe viel früher in der niederländischen Geschichte gesucht. Gordijn sieht in dieser beispielsweise von Deutschland verschiedenen Geschichte die Wurzeln für ein typisches, niederländisches Phänomen, die Duldungspolitik („gedoogbeleid“). Das Wort wird verwendet in Bezug auf die Duldung des Haschisch-Konsums und der Prostitution in den Niederlanden. Ebenso taucht es auf, wenn von der Möglichkeit der Heirat für gleichgeschlechtliche Paare die Rede ist.⁶ An den beiden Beispielen „Homo-Ehe“ und Prostitution kann man sehen, dass nicht alle Objekte der Duldungspolitik in anderen europäischen Ländern verboten sind. Eine eingetragene Partnerschaft können gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland ebenfalls eingehen. Prostituierte können Zahlungen für von ihnen erbrachte Leistungen vor deutschen Gerichten einklagen.

Gordijn und andere Niederländer sehen auch in der Sterbehilfe-Politik das niederländische Muster der „Duldung“.

Für Niederländer ist „gedoogbeleid“ ein Teil ihres Nationalcharakters mit positiven und negativen Konsequenzen und vielfältigen Spielarten. So beschreibt

⁶ Erwähnungen der Phänomene Prostitution, Haschisch-Konsum und „Homo-Ehe“ als „gedoogbeleid“ finden sich z. B. in den Artikeln „Aan gedoogbeleid wennen is riskant; Oer-Hollandse gewoonte“ („Sich an Duldungspolitik zu gewöhnen ist gefährlich; Ur-Holländische Gewohnheit“) von Jap van der Stel, erschienen am 21. März 2002 in der Zeitung *Trouw* (van der Stel 2002 S. 15), und „Korthals: Garanties voor liberaal strafbeleid“ („Korthals: Garantien für eine liberale Strafpolitik“) vom Korrespondenten der Zeitung *Trouw* in Brüssel, erschienen am 17. November 2001 (Editorial *Trouw* 2001 S. 5).

Jap van der Stel am 21. März 2002 in der Zeitung *Trouw* die Duldungspolitik als

ur-holländische Gewohnheit in der Verwaltung, Fehler durchgehen zu lassen und das Lösen von Problemen vor sich her zu schieben (van der Stel 2002 S. 15).⁷

Andererseits habe Duldungspolitik nicht nur Unheil mit sich gebracht. Als vorteilhafte Ergebnisse der niederländischen Duldungspolitik nennt van der Stel die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches, der Prostitution und der aktiven Sterbehilfe (van der Stel 2002 S. 15).

„Gedoogbeleid“ ist nicht nur Merkmal einer Mentalität. Gleichzeitig beschreibt das Wort ein konkretes Prozedere der Politik und/oder Verwaltung, das Gordijn in seinem Text „Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland – Ein Vergleich aus historischer Sicht“ darstellt:

Gedogen beinhaltet das Absehen von Strafverfolgung bei Konstatierung einer Gesetzesübertretung durch eine Behörde, sowie das durch eine Behörde vorab Erklären bzw. Wecken der Erwartung, daß gegen eine bestimmte Gesetzesübertretung unter bestimmten Bedingungen keine Strafverfolgung eingeleitet wird (Gordijn 2000 S. 304–305).

Gordijn hebt hervor, die Niederländer würden im Gegensatz zu anderen Nationen Gesetzesübertretungen nicht stillschweigend und in einer Grauzone dulden. Die Duldung geschehe offen. Die Voraussetzungen für die Duldung seien transparent.

Die Duldung der aktiven Sterbehilfe fußt laut Gordijn auf dem Wunsch nach Kontrolle. Beendet ein Arzt das Leben eines Patienten, soll eine Überprüfung dieser Handlung möglich sein. Nur wenn aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid straffrei bleiben, können Ärzte zum Melden solcher Vorgänge bewegt werden:

Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid stehen also auf der einen Seite unter Strafe. Da dies aber auf der anderen Seite das große Übel nach sich zöge, daß letztere hierdurch nicht gestoppt, sondern vielmehr fortan heimlich durchgeführt würden, hat man das kleinere Übel in Kauf genommen, Euthanasie bzw. medizinisch assistierten Suizid unter bestimmten Sorgfaltsbedingungen zu dulden (Gordijn 2000 S. 318).

Gordijn veröffentlichte diesen Text im Jahr 2000, als jede Form von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid in den Niederlanden durch das Strafgesetzbuch formal verboten war. Mittlerweile sind aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid durch Ärzte in den Niederlanden legal. Das niederländische Gesetz „Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ („Prüfprozedur Lebensbeendigung auf Wunsch und Hilfe zur Selbsttötung“), verabschiedet im

⁷ oer-Hollandse bestuurlijke gewoonte, om fouten door de vingers te zien en het oplossen van problemen voor zich uit te schuiven (van der Stel 2002 S. 15).

Jahr 2001, enthält folgende Änderung des Artikels 293 des niederländischen Strafgesetzbuches:

1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstes Verlangen hin beendet, wird mit einer Gefängnisstrafe von bis zu zwölf Jahren oder einer Geldbuße der fünften Kategorie bestraft.
2. Die im ersten Teil bezeichnete Handlung ist nicht strafbar, wenn sie begangen wird durch einen Arzt, der dabei den Sorgfaltskriterien genügt, bezeichnet in Artikel 2 des Gesetzes zur Prüfprozedur der Lebensbeendigung auf Wunsch und der Hilfe zur Selbsttötung, und der Arzt hiervon dem zuständigen Leichenbeschauer Mitteilung macht gemäß Artikel 7, zweiter Teil, des Gesetzes zur Leichenschau (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001b).⁸

Nach der formalen Definition von Gordijn ist aktive Sterbehilfe heute keine unter bestimmten Voraussetzungen geduldete Gesetzesübertretung mehr. Von Duldung im inhaltlichen Sinn könnte man sprechen, wenn eine Mehrheit die Niederländer die aktive Sterbehilfe ablehnen würde. Das Gesetz diene in diesem Fall dazu, sie einer Minderheit zu ermöglichen. Der Jurist und KNMG-Berater Johan Legemaate (Editorial *Trouw* 2005b S. 2) schreibt in dem im Jahr 1998 erschienenen Buch „Asking to Die, Inside the Dutch Debate about Euthanasia“:

According to recent polls a large majority of the Dutch population is in favor of allowing euthanasia at least in cases of intolerable and hopeless suffering (Legemaate 1998 S. 31).

Die Niederländer dulden aktive Sterbehilfe in ihrem Land nicht nur. Sie wünschen, dass diese möglich sei.

Meiner Meinung nach lässt sich aktive Sterbehilfe in den Niederlanden nicht allein als Teil einer Duldungspolitik erklären. Trotzdem soll Gordijns Untermauerung seiner These an dieser Stelle dargestellt werden. Er sieht die Wurzeln der Duldungspolitik im 17. Jahrhundert. Seiner Ansicht nach kam die Duldung damals durch zwei starke Einflüsse auf die junge niederländische Republik zustande: Zum einen spielten Wirtschaft und Handel eine große Rolle, zum anderen der Calvinismus (Gordijn 2000 S. 308).

Mit dem Friedensvertrag nach dem dreißigjährigen Krieg hatte Spanien die Unabhängigkeit von sieben Provinzen im Norden der Niederlande akzeptieren müssen. Eine zentrale Position in dieser jungen „Republik der Vereingde

⁸ 1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging (Niederländisches Strafgesetzbuch 2001b).

Niederlanden“ nahmen die Städte ein. Sie wurden von Kaufmannsfamilien regiert. Ihnen war es aus Sorge um ihren Wohlstand wichtig, einen florierenden Handel sicherzustellen. Dessen Grundvoraussetzungen waren stabile politische Verhältnisse und Frieden (Gordijn 2000 S. 309–310).

Auch in der Politik und der Rechtsprechung trachtete man in erster Instanz, jegliche mögliche Unruhe oder gar Unfrieden im Lande zu vermeiden und wies daher seine Vertreter in der Generalversammlung an, im Falle von Gesetzesübertretungen oder bei Streitigkeiten über politische Ansichten, deren Strafverfolgung bzw. deren praktische Auswirkungen die ungestörte Abwicklung des Handels gefährden würde, Ausnahmeregelungen zu treffen bzw. Kompromisse zu schließen (Gordijn 2000 S. 310).

Als Beispiel nennt Gordijn die Duldung der Prostitution im Amsterdam des 17. Jahrhunderts. Diese sei aus der Angst heraus entstanden, die vielen Seeleute in der Stadt könnten sich ohne Prostitution an anderen, „ehrbaren“ Frauen vergreifen.

Der Calvinismus hatte in dieser niederländischen Republik die Rolle einer Staatskirche und vertrat eine strenge Sittenlehre. Diese konnte einschränkend auf den Handel wirken und mit wirtschaftlichen Interessen in Konflikt geraten. Indem man Gesetzesübertretungen teilweise duldete, versuchte man, einen Ausgleich zwischen Handelsinteressen und calvinistischer Sittenlehre zu schaffen (Gordijn 2000 S. 310–312).

Wie Gordijn betont der niederländisch-amerikanische Historiker James Kennedy in seinem Buch „Een weloverwogen dood, Euthanasie in Nederland“ („Ein wohlüberlegter Tod, Aktive Sterbehilfe in den Niederlanden“) die Einzigartigkeit der niederländischen Regelung zur aktiven Sterbehilfe in der Welt. Kennedy grenzt die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids im amerikanischen Staat Oregon und in der Schweiz von der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden ab. Auch er möchte eine Antwort auf die Frage geben, warum gerade die Niederlande aktive Sterbehilfe im Gegensatz zu anderen Staaten gestattet haben. Kennedy sieht mehrere Ursachen. Zunächst beschreibt er die Sterbehilfe-Regelung als Ausdruck des niederländischen Pragmatismus. Niederländische Verwaltungen versuchten, Handlungen zu regulieren und dadurch zu kontrollieren. Sie wollten so eine heimliche, unkontrollierte Durchführung verbotener Handlungen verhindern. Kennedy grenzt diesen von ihm diagnostizierten Pragmatismus von Gordijns Konzept ab. Von Duldungspolitik könne in diesem Zusammenhang keine Rede sein.

Neben dem Pragmatismus auf Verwaltungsebene gebe es einen politischen Pragmatismus. Dieser sei Ausdruck der notwendigen Kompromissbildung zwischen den vielen Parteien und Gruppen in den Niederlanden.

Die niederländische Sterbehilfe-Politik ist selten gelobt worden für die Klarheit ihrer Prinzipien; unter ihren Befürwortern waren keine scharfsinnigen und systematischen, bioethischen Denker. [...] Die politische Kultur der Niederlande

bevorzugte praktische Antworten auf die gesellschaftlichen Entwicklungen (Kennedy 2002 S. 13–14).⁹

Als weiteren Faktor für die Entwicklung einer Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe nennt Kennedy den Wunsch der Niederländer nach Lebensqualität ohne Lebensverlängerung um jeden Preis. Sie wünschten sich ein gutes Leben, das mit einem guten Tod ende. Es sei historisch allerdings kaum zu beweisen, dass diese Wünsche in den Niederlanden ausgeprägter seien als in anderen Industrienationen.

Meiner Ansicht nach ist Kennedy Folgendes entgegen zu setzen: Der „gute Tod“ ist ein alter Menschheitstraum. Er ist nicht spezifisch für die modernen Industrienationen oder für die Niederlande. Allein die Möglichkeiten, einen „guten“ Tod zu erreichen, und die Bereitschaft, von zur Verfügung stehenden Möglichkeiten Gebrauch zu machen, unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen.

Kennedy sieht neben diesen kulturellen Faktoren strukturelle Grundvoraussetzungen, ohne die eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nicht möglich gewesen wäre.

Zum ersten ist in den Niederlanden jeder krankenversichert. Nach Kennedys Ansicht muss in den Niederlanden deshalb niemand Angst haben, eine Tötung von Schwerkranken könne aus finanziellen Gründen durchgeführt werden.

Zum zweiten hat in den Niederlanden der Hausarzt eine besondere Stellung im Gesundheitssystem. Er kommt zum Beispiel häufiger als in anderen westeuropäischen Ländern zum Patienten nach Hause. Hausärzte sind für den Großteil der Fälle von aktiver Sterbehilfe verantwortlich. Laut Kennedy sind die Hausärzte vom Leiden ihrer Patienten stärker betroffen als andere und können nach langjährigem Kontakt deren Situation gut einschätzen. Als einen weiteren Grund für die häufigere Lebensbeendigung durch Hausärzte schließt er eine geringeres Wissen über palliativmedizinische Möglichkeiten nicht aus.

Zum dritten sieht Kennedy in der niederländischen Sterbehilfe-Debatte einen anderen Schwerpunkt als etwa in der amerikanischen. Dort spielten Politikwissenschaftler und Juristen eine wichtige Rolle. In den Niederlanden hingegen sei es in der Diskussion um aktive Sterbehilfe anfangs nicht um juristische Fragen gegangen und auch nicht um Patientenrechte. Die Niederländer hätten sich auf die Frage konzentriert, ob aktive Sterbehilfe als Teil medizinischen Handelns moralisch akzeptabel sei. Erst später seien Rechtsfragen hinzugekommen. Hätten die Niederländer eine juristisch ausgeklügelte Regelung mit exakter Definition der Patientenrechte angestrebt, wäre es nicht so schnell zur praktischen Ermöglichung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte gekommen.

⁹ Het Nederlandse euthanasiebeleid is zelden geroemd om de helderheid van principes; onder de voorstanders waren geen scherpzinnige en systematische bio-ethische denkers. [...] De Nederlandse politieke cultuur perfereerde praktische antwoorden om de sociale ontwikkelingen tegemoet te komen (Kennedy 2002 S. 13–14).

Alle bisher von mir genannten Faktoren sind nach Ansicht Kennedys zwar mitbestimmend, aber nicht ausschlaggebend für die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Entscheidend für diese Entwicklung war seiner Meinung nach die Enttabuisierung der aktiven Sterbehilfe. Diese habe das Entstehen einer offenen Diskussion ermöglicht, in der die Dinge beim Namen genannt würden. Kennedy wählt hierfür das niederländische Wort „bespreekbaarheid“. Es ist schwer ins Deutsche zu übersetzen und beschreibt am ehesten die (gesellschaftliche) Möglichkeit, etwas offen anzusprechen. Von den Niederländern behauptet Kennedy in diesem Zusammenhang:

Sie sind selten offen begeistert von der Tatsache, dass aktive Lebensbeendigung regelmäßig in ihrem Land durchgeführt wird. Was sie eher mit Stolz erfüllt, ist, dass aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid in den Niederlanden offen besprochen werden können, während das „Tabu“ rund um diese Handlungen in anderen Ländern aufrechterhalten wird (Kennedy 2002 S. 16).¹⁰

Aus einem offenen Diskurs über aktive Sterbehilfe folgt nicht automatisch Straffreiheit. Um als Erklärung für diese Entwicklung herhalten zu können, muss die „bespreekbaarheid“ mehr umfassen als die tabufreie Diskussion. Für Kennedy hat dieses Wort einen Beiklang von Emanzipation und Befreiung. Es komme aus den 1960er Jahren und beschreibe den folgenden Vorgang: Der moderne Mensch mache, befreit von Hierarchien, kleinlichen Benimmregeln und religiösen Vorschriften, ein Thema, das bisher nicht offen besprochen werden konnte, „bespreekbaar“.

„Es muss möglich sein“: Das war oft die Intention von denjenigen, die etwas „bespreekbaar“ machen wollten. In dieser Hinsicht meinte das „bespreekbaar“-Machen von aktiver Sterbehilfe nicht nur den Wunsch nach offenen Gesprächen, um Einsichten zu gewinnen in dieses schwierige Problem, sondern auch den Wunsch, aktive Sterbehilfe innerhalb der Gesellschaft mehr oder weniger zu erlauben. Das Ausmaß dieses Zugeständnisses musste durch „das Gespräch“ („het gesprek“) bestimmt werden (Kennedy 2002 S. 18).¹¹

Warum muss aktive Sterbehilfe möglich sein? Hierauf findet Kennedy eine Antwort, die der Begründung Bert Gordijns für die „Duldungspolitik“ gleicht.

¹⁰ Zij zijn zelden openlijk ingenomen met het feit dat actieve levensbeëindiging met regelmaat in hun land wordt toegepast. Wat hen eerder met trots vervult, is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland openlijk worden besproken, terwijl het „taboe“ rond deze praktijken in andere landen in stand wordt gehouden (Kennedy 2002 S. 16).

¹¹ „Het zou moeten kunnen“, dat was vaak de intentie van degenen die iets bespreekbaar wilden maken. In dit opzicht betekende het bespreekbaar maken van euthanasie niet alleen het verlangen naar open gesprekken om zicht te krijgen op dit moeilijke probleem, maar ook het verlangen om euthanasie in meer of mindere mate toe te staan in de maatschappij. De mate waarin euthanasie zou kunnen worden toegestaan, moest worden bepaald door „het gesprek“ (Kennedy 2002 S. 18).

Die Niederländer befürchten seiner Ansicht nach einen Kontrollverlust im Zuge eines strikten Verbots der aktiven Sterbehilfe. In diesem Fall, so die Argumentation, werde aktive Sterbehilfe in unbeherrschbarer Weise geleistet und sei Missbrauch nicht zu verhindern. Meine Zweifel daran, dass dieser Gedankengang derjenige einer Mehrheit der niederländischen Bevölkerung ist, habe ich bereits dargelegt. Ansonsten finde ich Kennedys Konzept der „bespreekbaarheid“ überzeugender als das der „Duldungspolitik“ von Gordijn. Allerdings lassen sich auch damit nicht alle Besonderheiten der niederländischen Entwicklung erklären. Kennedy weist selbst darauf hin, dass die Debatte um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden viel weniger heftig verlaufen sei als die Diskussion um die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Warum fiel es den Niederländern so viel schwerer, den Schwangerschaftsabbruch zu enttabuisieren und „bespreekbaar“ zu machen?

Laut Kennedy fühlen sich die meisten Niederländer durch die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in ihrem offenen Umgang mit der aktiven Sterbehilfe bestätigt. Sie seien immer mehr der Ansicht, die aktive Sterbehilfe sei gut geregelt. Dies hätten viele ihm in informellen Gesprächen bestätigt. Dabei habe fast niemand genau gewusst, was die Charakteristika der niederländischen Sterbehilfe-Politik seien (Kennedy 2002 S. 10).

Niederländische Ansichten

Die öffentliche Meinung zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden wurde in den Jahren 1966, 1970, 1975, 1980, 1985 und 1991 ermittelt. Sie wurden durch das „Sociaal en Cultureel Planbureau“ im „Sociaal en Cultureel Rapport 1994“ veröffentlicht. Die Befragten wurden nach einem dreistufigen Zufallsverfahren ausgewählt.

For the period 1966 through 1991, each survey contained one question about euthanasia that was asked during a personal interview: „What should a doctor do when a patient asks him to put an end to his suffering by administering a lethal injection?“ There were four possible answers: „give the injection“, „do not give the injection“, „depends“, and „do not know“ (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1411).

Die Zahl der Befragten in den einzelnen Jahren lag zwischen 1656 und 1851. Sie waren zwischen 16 und 70 Jahren alt und repräsentativ für die erwachsene niederländische Bevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Region (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1411).

Im Jahr 1966 fanden 47 % der Befragten, der Arzt dürfe in dieser Situation keine tödliche Spritze verabreichen. 39 % optierten für die Zulässigkeit einer Injektion und nur 11 % meinten, es komme auf die genauen Umstände an („depends“). Im Jahr 1991 waren dagegen 32 % der befragten Personen der Meinung, die Entscheidung solle von den Umständen abhängig gemacht werden. Einen Anstieg gab es auch bei der Zahl derjenigen, die sich für das Injizieren

der tödlichen Substanz aussprachen, nämlich auf 57 % im Jahr 1991. Nur noch 9 % waren gegen die Spritze. Der Anteil der Unentschlossenen („do not know“) war mit 3 % in beiden Jahren gleich hoch.

Die Zahl der Gegner der aktiven Sterbehilfe sank zwischen 1966 und 1991 kontinuierlich. Dagegen stieg die Zahl ihrer Befürworter zwischen 1966 und 1970 stark an, anschließend nur noch langsam. Die Meinung zu dieser Frage war nicht abhängig vom Geschlecht. Die aktive Sterbehilfe wurden von den höheren Altersgruppen geringfügig häufiger abgelehnt (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1413).

Während sich für die Zeit nach 1973 bzw. nach dem Aufsehen erregenden Fall der Ärztin Gertruda Postma die lebhaftere öffentliche Debatte als Ursache für Veränderungen in der allgemeinen Meinung zur aktiven Sterbehilfe anbietet, gibt der Wandel der Ansichten zwischen 1966 und 1970 mehr Rätsel auf. Paul van der Maas und seine Mitautoren weisen darauf hin, dieser müsse im Zusammenhang gesehen werden mit weiteren Veränderungen zur gleichen Zeit. Ansichten über Religion, Familie und Scheidung hätten sich parallel in vielen westlichen Ländern gewandelt. Manche Autoren machten das Wirtschaftswachstum der 1950er und 1960er Jahre und den damit einhergehenden Prozess der Individualisierung für diese Entwicklung verantwortlich (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1414).

Vertreter des Vatikans reagierten entsetzt, als im Jahr 1993 die Meldeprozedur für aktive Sterbehilfe in den Niederlanden beschlossen wurde. Elia Sgreccia, päpstlicher Sekretär für Familienfragen, verglich am 18. Februar 1994 das Gesetz mit nationalsozialistischen Praktiken:

Die Befürworter von aktiver Sterbehilfe, sowie jene von selektivem Schwangerschaftsabbruch bei missgebildeten Föten, sind beleidigt, wenn jemand Hitler in Erinnerung ruft. In Wirklichkeit ist aber die Schlussfolgerung dieselbe, nämlich dass menschliches Leben eliminiert wird, das in unserer Gesellschaft als unnützlich angesehen wird (Keesings historisch archief 1994 S. 153–154).¹²

Auch die niederländischen Vertreter der römisch-katholischen Kirche standen dem Prozess zunehmender Akzeptanz aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden von Anfang an kritisch gegenüber. Die meisten von ihnen haben ihre Meinung bis heute nicht geändert. Im Vergleich zu den Äußerungen aus der Umgebung des Papstes ist die Ablehnung weniger scharf und ist mehr Interesse an einem Dialog erkennbar. Im Jahr 2002 brachte die Bischofskonferenz unter dem Titel „Euthanasia And Human Dignity“ eine Sammlung von Beiträgen zur Debatte um aktive Sterbehilfe heraus. Der erste dieser Beiträge, ein Brief an den ehema-

¹² De voorstanders van euthanasie, zoals ook die van selectieve abortus van misvormde foetussen, zijn beledigd als iemand Hitler in herinnering roept. In werkelijkheid is de conclusie dezelfde, namelijk dat menselijk levens worden geëlimineerd die als onnuttig worden beschouwd voor dat soort samenleving (Keesing et al. 1994 S. 153–154).

ligen niederländischen Ministerpräsidenten Lubbers, spricht sich für eine Gesellschaft aus, in der Leiden als Teil des Lebens akzeptiert wird:

We wonder whether the right of self-determination, including the right to terminate one's own life (or to have it terminated), that oft-times is postulated as a „basic right“, is not in fact an expression of something negative, namely of the inability to respect the limits of human power (Dutch Catholic Bishops' Conference 2002 S. 19–20).

Im Gegensatz zur aktiven befürwortet die Bischofskonferenz passive und indirekte Sterbehilfe (Dutch Catholic Bishops' Conference 2002 S. 20).

Die niederländischen Gegner gehen auf das Leiden als zentrales Thema der Befürworter aktiver Sterbehilfe ein. Sie suchen nach Lösungen statt nur zu betonen, dass aktive Sterbehilfe einer Missachtung des Wertes allen Lebens gleichkomme.

Stellung nahmen Vertreter der römisch-katholischen Kirche in den Niederlanden auch nach der Verabschiedung der „Prüfprozedur Lebensbeendigung auf Wunsch und Hilfe zur Selbsttötung“. Tief enttäuscht seien die niederländischen Bischöfe von diesem Schritt. So hieß es in einer Presseerklärung der römisch-katholischen Kirche in den Niederlanden am 11. April 2001. Trotzdem enthielt diese Presseerklärung keine Drohung, dem gesellschaftlichen Dialog den Rücken zu kehren. Sie präsentierte Vorstellungen der Bischöfe für den Umgang mit dem neuen Gesetz:

Now that the political decision has been made in favour of this legislation, the bishops ask that meticulous attention be given to the responsibility of all those involved that they may be extremely careful in the ethical considerations in actual cases (Dutch Catholic Bishops' Conference 2002 S. 161).

Die Befragungen der niederländischen Bevölkerung durch das „Social en Cultureel Planbureau“ wurden nach Religionszugehörigkeit aufgeschlüsselt. Die Mitglieder der römisch-katholischen Kirche waren im Jahr 1966 etwas häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt, nämlich zu 55 % gegen aktive Sterbehilfe. Sie waren mit 33 % seltener dafür. Im Jahr 1991 waren nur noch 8 % von ihnen gegen eine tödliche Injektion auf Wunsch des Patienten im Vergleich zu 9 % aller Befragten. Die Zahl der Befürworter war auf 53 % angestiegen im Vergleich zu 57 % der Gesamtbevölkerung (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1413).

Im Jahr 1991 war also die Ansicht der katholischen Kirche als Institution nicht mehr die Meinung der Mehrheit ihrer niederländischen Mitglieder.

Die protestantischen Kirchen in den Niederlanden lehnen aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid ebenfalls ab.

Am 1. Mai 2004 ging aus der Fusion dreier großer protestantischer Gruppen die „Protestantse Kerk in Nederland“ („Protestantische Kirche in den Niederlanden“) hervor. Die drei fusionierten Gruppierungen waren die „Nederlandse

Hervormde Kerk“ („Niederländische Reformkirche“) „Gereformeerde Kerken in Nederland“ („Reformierte Kirchen in den Niederlanden“) und „Evangelisch Lutherse Kerk“ („Evangelisch-Lutherische Kirche“). Seit 1961 hatten sie sich im Rahmen des „Samen-op-weg“-Prozesses (des „Gemeinsam-auf-dem-Weg“-Prozesses) verstärkt um Zusammenarbeit bemüht. In Texten aus der Zeit vor 2004 heißen diese Kirchen in gemeinsamer Nennung deshalb auch „Samen-op-weg“-Kirchen, abgekürzt im Niederländischen „Sow-kerken“.

Die „Samen-op-weg“-Kirchen äußerten sich zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im Jahr 1999 in einem gemeinsamen Brief an die Gesundheitsministerin Borst, den Justizminister Korthals, den Ministerrat und die Zweite Kammer. Sie forderten die Regierung auf, das Verbot der aktiven Sterbehilfe im Strafgesetzbuch zu belassen. Sie plädierten für ein Rahmengesetz zum Schutz des menschlichen Lebens. Darin könne Ärzten und Pflegekräften ein Ermessensspielraum eingeräumt werden, innerhalb dessen sie in eigener Verantwortung individuelle Entscheidungen treffen könnten. Trotzdem müsse im Gesetz geschrieben stehen, dass aktive Sterbehilfe eine Grenze überschreite, die nicht überschritten werden dürfe. Ein grundlegender Wert werde dabei missachtet.

Die protestantischen Kirchen wiesen darauf hin, dass Bitten um aktive Sterbehilfe häufiger würden. Sie fürchteten, nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könne es solche Bitten in immer früheren Stadien von Krankheiten geben. In der niederländischen Kultur sei wegen einer Fixierung auf die Produktivität stets weniger Raum für die Akzeptanz von Behinderungen und Altersschwäche. Dadurch werde Leiden rascher als „unerträglich“ oder „ausichtslos“ eingestuft (Editorial *Trouw* 1999 S. 14).

Obwohl sich die protestantischen Kirchen deutlich gegen aktive Sterbehilfe aussprechen, wünschen sie Raum für individuelle Entscheidungen in Verantwortung der Ärzte und Pflegekräfte. Dies ist einerseits typisch für das niederländische Bedürfnis, Kompromisse zu schließen und die Meinung des Gegners einzubeziehen. Andererseits zeigt die Stellungnahme der protestantischen Kirchen vielleicht auch, dass es schwierig ist, sich in den Niederlanden der allgemeinen Stimmung für aktive Sterbehilfe ganz zu verschließen.

In den Umfragen des niederländischen „Sociaal en Cultureel Planbureau“ finden sich auch Informationen über die Meinungen der Anhänger protestantischer Kirchen. Diese Informationen entnehme ich dem Text „Changes in Dutch Opinions on Active Euthanasia, 1966 Through 1991“ von Paul van der Maas et al. Dieser Text unterscheidet nur zwischen der „Dutch Reformed church“ („Niederlands Hervormde Kerk“) und den „Calvinist churches“ („Gereformeerde Kerken in Nederland“). Die Evangelisch-Lutherische Kirche wird nicht als gesonderte Gruppierung berücksichtigt. Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung und den anderen großen religiösen Gruppierungen gab es unter den Anhängern der „Calvinist churches“ auch im Jahr 1991 einen größeren Anteil, der die aktive Sterbehilfe unter allen Umständen ablehnte, nämlich 34 % der Befragten. Auch der Anteil derjenigen, die meinten, dass es auf die Umstände ankomme,

war mit 42 % sehr groß. Nur 23 % waren ohne Einschränkung für die Tötung auf Verlangen. Insgesamt standen die Anhänger dieser Kirchen der aktiven Sterbehilfe am wenigsten aufgeschlossen gegenüber.

Bei den Anhängern der „Dutch Reformed church“ ergibt sich ebenfalls eine skeptischere Haltung als bei den Katholiken. 16 % meinten im Jahr 1991, eine tödliche Injektion dürfe dem Patienten, der darum bitte, auf keinen Fall verabreicht werden. 41 % verwiesen auf die Abhängigkeit von den Umständen, und 38 % waren für die Todesspritze auf Verlangen.

Auch in den protestantischen Kirchen hatte es zwischen 1966 und 1991 eine deutliche Meinungsverschiebung hin zur Befürwortung aktiver Sterbehilfe gegeben (van der Maas, Pijnenborg, van Delden 1995 S. 1413).

Empirische Studien zur Praxis der aktiven Sterbehilfe

Studien im Auftrag der Rummelink-Kommission

Untersuchungen zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden wurden im Auftrag der Regierung in den Jahren 1990, 1995, 2001 und 2005 durchgeführt.

Im Jahr 1989 kam eine Koalition zwischen den niederländischen Christdemokraten (CDA, Christen Democratisch Appèl) und der PvdA (Partij van der Arbeid) an die Regierung. In ihrem Koalitionsvertrag vereinbarten sie, es müsse eine Kommission gebildet werden, um Ausmaß und Charakter der medizinischen Praxis der aktiven Sterbehilfe zu ergründen. Die Kommission wurde geleitet vom niederländischen Rechtswissenschaftler Jan Rummelink. Dieser beauftragte Paul van der Maas, den damaligen Direktor des Institutes für Public Health und Sozialmedizin der Erasmus-Universität Rotterdam, und andere Forscher mit dem Erarbeiten einer Studie zur Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe und anderen medizinischen Entscheidungen am Lebensende. Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Medical decisions at the end of life, MDELs) definieren Paul van der Maas und seinen Mitautoren im Buch zur Sterbehilfe-Studie von 1990 folgendermaßen:

In this investigation, the term „Medical Decisions concerning the End of Life“ includes all decisions taken by physicians concerning actions performed with the purpose of hastening the end of life of the patient or decisions for which the physician has taken into account the probability that the end of life of the patient will be hastened. The actions concerned are: withdrawing or withholding a treatment (including tube feeding) and the administering, supplying or prescribing of drugs. Refusal of a request for euthanasia or assisted suicide and the decision not to resuscitate are also considered Medical Decisions concerning the End of Life for the purpose of this investigation (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 19–20).

Der Stellenwert dieser ersten und nachfolgender Studien als Informationsquelle in Bezug auf aktive Sterbehilfe in den Niederlanden wird von Gegnern und Befürwortern als hoch angesehen. So schreibt der Arzt und Kritiker der niederländischen Sterbehilfe-Praxis Richard Fenigsen:

There is no doubt that the reports on these studies have provided the most reliable und valuable information on the subject (Fenigsen 2004 S. 78).

Die erste Studie im Auftrag der Rummelink-Kommission von 1990

Der erste Teil

Die erste Untersuchung von 1990 umfasste drei Teile. Im ersten Teil wurden 406 niederländische Ärzte (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 226) im Durchschnitt zweieinhalb Stunden lang interviewt. Es wurden für die Interviews Allgemeinmediziner, Ärzte in Altenheimen, Kardiologen, Chirurgen, Internisten, Pulmonologen und Neurologen ausgewählt, wobei diese Berufsgruppen laut den Autoren der Studie für die Betreuung von 95 % der Sterbenden in den Niederlanden verantwortlich sind. Es wurden unter Berücksichtigung einer gleichmäßigen Repräsentation der verschiedenen niederländischen Provinzen Stichproben aus mehreren Ärzteregistern gezogen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 27–29).

Nicht nur die Befragten waren Ärzte; die Interviews wurden größtenteils auch von in zwei Tagen dafür ausgebildeten Ärzten geführt. Die Gesprächsführer befragten ihre Interviewpartner zu sieben verschiedenen Arten medizinischer Entscheidungen. Diese umfassten erstens aktive Lebensbeendigungen auf Patientenwunsch hin (dies schließt aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid ein), zweitens Bitten von Patienten um aktive Lebensbeendigung, denen nicht entsprochen wurde, drittens aktive Lebensbeendigungen ohne expliziten Patientenwunsch und viertens Maßnahmen zur Symptombekämpfung mit potentiell lebensverkürzender Wirkung. Das Abbrechen oder Nicht-Einleiten therapeutischer Maßnahmen auf den Wunsch des Patienten wurde unter fünftens gefasst. Waren solche Entscheidungen ohne Wunsch des Patienten getroffen worden, gehörten sie in die sechste Kategorie. In die siebte Kategorie fielen so genannte „Do-not-resuscitate“-Entscheidungen. Von solchen wird gesprochen, wenn im Voraus der Beschluss gefasst wurde, bei Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand keine Wiederbelebungsversuche zu unternehmen.

Wenn der Arzt eine Entscheidung des angesprochenen Typs getroffen hatte, wurde die letzte Gelegenheit einer solchen Entscheidung genauer besprochen. Auch die Häufigkeit der Entscheidungen jedes Typs für den jeweiligen Arzt in den letzten 12 Monaten wurde erfragt. Die Gesprächsführer nutzten einen Fragebogen als Grundlage für ihre Interviews (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 30–33).

Im Interview benutzte Begriffe wurden erklärt. So gebrauchten die Gesprächsführer zur Einleitung des Teils über aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid diese Formulierung:

As you probably know, euthanasia is defined in The Netherlands as an intentional act to terminate life by a person other than the person involved, upon request of the latter. Assisted suicide is defined as the intentional assistance given to a person to terminate his or her own life upon that person's request (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 39).

54 % der befragten Ärzte hatten schon einmal aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid durchgeführt, 24 % innerhalb der letzten 24 Monate. 34 % hatten dies zwar nie getan, hielten aber Situationen für denkbar, in denen sie menschliches Leben aktiv beenden würden. 12 % gaben an, sie würden unter keinen Umständen aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid durchführen. Gleichzeitig waren 84 % der Ärzte schon um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid „zu gegebener Zeit“ gebeten worden, 76 % um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid „in absehbarer Zeit“ (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 39–41).

Wird auf Basis dieser Daten die Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden geschätzt, war sie im Jahr 1990 die Ursache für 1,9 % aller Todesfälle. 0,3 % der Todesfälle waren danach auf assistierten Suizid zurückzuführen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 41).

Van der Maas und seine Mitautoren schlussfolgerten, weder die Bitte um noch die Durchführung von aktiver Sterbehilfe seien gesellschaftliche Randphänomene. Vielmehr sei die Mehrheit der niederländischen Ärzte regelmäßig mit derartigen Überlegungen konfrontiert. Dabei hätten die wenigsten das Gefühl, aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid seien nicht mit ihrer ärztlichen Arbeit vereinbar (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 42).

83 % der Fälle von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid, von denen die befragten Ärzte berichteten, betrafen Krebspatienten.

Die Ärzte wurden auch gefragt, was für eine Behandlung die Patienten zum Zeitpunkt der aktiven Lebensbeendigung erhielten. Für 14 % der Fälle wurde angegeben, es habe keine Behandlung stattgefunden, für 77 %, die Behandlung sei palliativ gewesen. In 10 % sei sie lebensverlängernd und in 2 % kurativ gewesen.

Diese 2 % kurativer Therapien verwundern. Warum führen Ärzte aktive Sterbehilfe durch bei jemandem, den sie noch zu heilen versuchen? Van der Maas und seine Mitautoren erläutern hierzu:

If the respondent indicated that treatment was therapeutic, treatment of an additional illness was invariably involved, while the most important disease of the patient was untreatable (e.g. pneumonia in a cancer patient) (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 43).

Während es nach Meinung der Ärzte in 79 % der Fälle zur jeweiligen Behandlung keine Alternativen gab, waren diese in 21 % der Fälle vorhanden. Meist wurden diese Alternativen nicht umgesetzt, weil der Patient sie ablehnte.

Dazu bemerkt US-Bioethiker John Keown kritisch:

[...] just because there might have been no treatment alternatives to the existing treatment does not mean that the existing treatment was not an alternative to euthanasia (Keown 1995 S. 279).

Meiner Ansicht nach lassen sich aus diesen Zahlen keine Schlüsse darauf ziehen, ob alle sinnvollen palliativmedizinischen Maßnahmen ausgeschöpft waren.

Der Begriff der Alternative ist zu unbestimmt. Um ein Urteil über die Ausschöpfung aller sinnvollen Alternativen fällen zu können, hätte man den Ärzten folgende Fragen stellen müssen: Was waren die Vorteile, was die Nachteile der Alternative? War der Arzt selbst davon überzeugt, dass die Alternative sinnvoll sei? Hätte er selbst in vergleichbarer Situation die Alternative für sich in Anspruch genommen? Wie begründete der Patient seine Ablehnung?

Als Grund der Patienten für ihren Wunsch nach Lebensbeendigung nannten die Ärzte am häufigsten, nämlich für 57 % der Fälle, das Gefühl des Verlustes der eigenen Würde. In 46 % der Fälle hätten Schmerzen den Wunsch mitbegründet. Wiederum 46 % hätten die Befürchtung gehabt, nicht würdevoll sterben zu können. 33 % hätten das Gefühl von Abhängigkeit als unerträglich empfunden und 23 % seien „lebensmüde“ gewesen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 45).

Die von den Ärzten geschätzte Lebenszeitverkürzung betrug in 28 % der Fälle bis zu einer Woche, in 42 % mehr als eine und weniger als vier Wochen, in 21 % der Fälle mehr als einen und bis zu sechs Monate und in 8 % der Fälle mehr als ein halbes Jahr (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 49). (In einem Prozent der Fälle soll die Lebenszeit gar nicht verkürzt worden sein.)

In 72 % der Fälle von aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid hatten die Ärzte beim Ausfüllen des Totenscheins einen „natürlichen Tod“ angegeben (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 49).

Die Ärzte wurden nach den wichtigsten Gründen für diese falsche Angabe gefragt: 55 % nannten ihre Scheu vor dem vielen „Aufhebens“ einer behördlichen Untersuchung, 25 % hatten Angst gehabt vor Strafverfolgung. 52 % hatten die Verwandten des Toten vor strafrechtlichen Ermittlungen schützen wollen. 12 % hatten zuvor schlechte Erfahrungen mit der Feststellung eines nicht-natürlichen Todes gemacht. Darüber hinaus erklärten acht Hausärzte und 14 Spezialisten, trotz der Lebensbeendigung auf Wunsch hätten sie den Tod des Patienten als „natürlich“ erlebt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 48).

Alle Ärzte wurden gefragt, unter welchen Bedingungen man es einem Arzt zumuten könne, Fälle von Lebensbeendigung ohne Wunsch der Polizei, dem Leichenbeschauer oder der Staatsanwaltschaft zu melden. Dies könne man immer verlangen, meinten 27 % der Befragten. 30 % der Ärzte hielten dies nur für zumutbar, wenn die Meldung nicht zur polizeilichen Befragung von Angehörigen des Patienten führe. 24 % meinten, Bedingung für die Meldung müsse sein, dass diese nicht zur Strafverfolgung führe. 20 % forderten eine Modifizierung der Meldeprozedur. Dabei erwarteten sie häufig mehr Diskretion von der Polizei oder eine klarer strukturierte Prozedur mit begrenzter Zeitdauer. 13 % hielten die Meldepflicht dann für zumutbar, wenn sie nicht zur Konfiszierung der Leiche führen würde, 3 % dann, wenn die Sorgfaltskriterien keine Geltung hätten und ebenfalls 3 % in dem Fall, dass eine beträchtliche Lebenszeitverkürzung eine Rolle gespielt hätte. 22 % der befragten Ärzte konnten sich keine Bedin-

gungen vorstellen, unter denen sie sich an eine Meldepflicht halten würden (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 98–99).

Die Ärzte wurden auch zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien befragt:

96 % der Patienten hatten ausdrücklich um aktive Sterbehilfe bzw. assistierten Suizid gebeten. Die Ärzte waren aufgefordert worden, von Fällen von aktiver Sterbehilfe bzw. assistiertem Suizid gemäß den oben genannten Definitionen zu berichten. Handlungen ohne Wunsch des Patienten fielen in andere Kategorien, die mit den Ärzten gesondert besprochen wurden. Deshalb verwundert es, dass in vier Prozent der Fälle kein ausdrücklicher Patientenwunsch vorlag. Möglicherweise hatten einige Ärzte die Definitionen nicht richtig verstanden oder von Fällen erzählt, in denen Patienten den nach Ansicht der Ärzte bestehenden Wunsch nicht ausdrücklich geäußert hatten.

In 94 % der Fälle war der Patientenwunsch nach ärztlicher Angabe wiederholt artikuliert worden. 100 % der Patienten hätten gut verstanden, an welcher Krankheit sie litten und wie es um ihre Prognose bestellt gewesen sei. Ein zweiter Arzt wurde in 84 % der Fälle zu Rate gezogen (van der Maas, Van Delden, Pijnenborg 1992 S. 50).

Den Ärzten wurde auch die Frage gestellt, ob sie jemals einer ernsthafte Bitte um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid nicht nachgekommen seien. 44 % der Ärzte bejahten dies. Bei 30 % war ein solcher Fall in den letzten 24 Monaten vorgekommen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 51).

Die Ärzte wurden aufgefordert, Sorgfaltskriterien zu nennen, die in den Niederlanden erfüllt sein müssten, damit von einer Strafverfolgung abgesehen werde. In ihrer Auswertung griffen van der Maas und seine Mitautoren auf die von der niederländischen Ärztevereinigung KNMG formulierten Kriterien, die Kriterien des niederländischen Gesundheitsrates und einen Gesetzesvorschlag von 1987 zurück. 89 % der Ärzte nannten die Beratung durch einen zweiten Arzt, 66 % den ernststen Patientenwunsch und 42 % die Freiwilligkeit des Patientenentschlusses als Kriterien der Sorgfalt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 95–96). Andere Kriterien kannten die Ärzte seltener.

Im Weiteren wurden die Ärzte auf aktive Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch angesprochen. Es ging um Situationen, die mit Ausnahme des fehlenden oder nicht-ausdrücklichen Patientenwunsches mit aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid vergleichbar sein sollten. Dabei sollte der Arzt, der interviewt wurde, selbst entscheiden, ob ein Patientenwunsch ausdrücklich gewesen war oder nicht (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 57).

Die Autoren der Studie waren in dieser Kategorie unter anderem mit Beschreibungen von Fällen konfrontiert, in denen mit mehr oder weniger ausgeprägter Lebensbeendigungsabsicht Schmerzmittel überdosiert worden waren. Diese Fälle sollten gemäß der Studienplanung durch die Autoren teilweise in einer anderen, der vierten Kategorie besprochen werden. In die dritte, die Lebensbe-

endigung-ohne-Wunsch-Kategorie gehörten nach Planung der Autoren nur Fälle, in denen die Lebensbeendigung das wesentliche Ziel der Medikamentengabe gewesen war.

Tatsächlich war bei 44 % der in der dritten Kategorie diskutierten Fälle Morphium, also ein starkes Schmerzmittel, das einzige zur Lebensverkürzung verwendete Medikament. Die Autoren geben zu:

The frequent use of morphine again demonstrates that the difference from alleviation of pain or symptoms is far from sharp (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 65).

27 % der Ärzte erzählten, irgendwann einmal eine aktive Lebensbeendigung ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten durchgeführt zu haben. 10 % hatten dies in den letzten 24 Monaten getan. 32 % konnten sich Situationen vorstellen, in denen sie ohne ausdrücklichen Patientenwunsch Leben aktiv beenden würden. 41 % sagten, sie würden dies unter keinen Umständen tun (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 58).

Im Weiteren gingen die Ärzte auf ihre letzte aktive Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch näher ein. Dabei wurde insgesamt nur von 97 Fällen berichtet (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 67), so dass die resultierenden Prozentangaben in ihrer Aussagekraft beschränkt sind. 70 % der betroffenen Patienten waren Krebspatienten gewesen. Die Patienten waren in 86 % der Fälle nicht (vollständig) in der Lage gewesen, ihre Situation einzuschätzen und Entscheidungen zu treffen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 61).

Zum Zeitpunkt der Lebensbeendigung war nach Angaben der Ärzte in 87 % der Fälle palliativ oder gar nicht behandelt worden. In elf Fällen (7 %) hatte eine kurative Behandlung stattgefunden.

In all eleven cases in which the reply was „curative“, the purpose of the therapy was nullified by a new complication or was not reached (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 62).

Welche Ausrichtung die Behandlung in den verbleibenden 6 % der Fälle hatte, in denen weder kurativ noch palliativ oder gar nicht behandelt wurde, geht aus dem mir vorliegenden Bericht über die Studie nicht hervor.

In den hier zur Debatte stehenden Fällen hatten die Patienten zwar keinen ausdrücklichen Wunsch nach Lebensbeendigung ausgesprochen. Die Frage, ob sie zu irgendeinem Zeitpunkt ihre grundsätzliche Zustimmung zu einer aktiven Lebensbeendigung artikuliert hätten, wurde aber für 28 % der Fälle bejaht (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 63). Die Autoren interpretieren dies folgendermaßen:

The request that life be terminated was not made explicitly but the patient indicated that „this is no longer necessary“ or asks „Doctor, please help, I no longer want to suffer“ (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 62).

Welche Motive die Patienten hatten, ihren Wunsch nicht ausdrücklich zu machen, oder warum die Ärzte auf Anspielungen der Patienten hin kein Gespräch über die Frage nach aktiver Lebensbeendigung anstrebten, müsste man im Einzelfall ergründen. Da, wie oben erläutert, 86 % der betroffenen Patienten nicht mehr (vollständig) entscheidungsfähig waren, dürfte der wenig explizite Wunsch in vielen Fällen zu einem früheren Zeitpunkt geäußert worden sein. Zu diesem Zeitpunkt hatten Arzt und Patient vielleicht keine Notwendigkeit einer detaillierten Diskussion der Optionen „aktive Sterbehilfe/assistierter Suizid“ gesehen.

Die Ärzte wurden auch nach den Gründen für ihren Entschluss zur aktiven Lebensbeendigung gefragt. Mehrfachnennungen waren möglich. Für 60 % der Fälle wurde das Fehlen einer Chance auf Verbesserung der Situation des Patienten genannt, für 39 % die Zwecklosigkeit aller medizinischen Maßnahmen und für 33 % der Wunsch, das Sterben nicht unnötig hinauszuzögern. In 32 % der Fälle begründeten die Ärzte ihre Handlung mit der Unfähigkeit der Verwandten des Patienten, die Situation länger zu ertragen, in 31 % mit der schlechten Lebensqualität des Patienten und in 30 % mit dessen Schmerzen bzw. dessen Leiden. Für 17 % der Fälle wurde ein vorhandener, nicht ausdrücklicher Patientenwunsch genannt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 64). Interessant wäre dabei die Verteilung der Gründe auf die einzelnen Fälle. Denn selbst ein Befürworter der aktiven Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch müsste Folgendes zugeben: Das Fehlen einer Chance auf Verbesserung oder die Zwecklosigkeit aller medizinischen Maßnahmen könnten höchstens dann als Gründe nachvollzogen werden, wenn zusätzlich der Patient unter seiner Situation leidet. Aus dem bloßen Fehlen einer Verbesserungschance darf sich auf keinen Fall die Überlegung ergeben, aktive Sterbehilfe, geschweige denn eine Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch durchzuführen.

Nach Schätzung der Ärzte wurde in 71 % der Fälle das Leben um maximal eine Woche verkürzt, in 21 % um mehr als eine und bis zu vier Wochen und nur in 8 % der Fälle um einen Monat oder mehr (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 66). Gegenüber der aktiven Sterbehilfe war die durchschnittliche Verkürzung der Lebenszeit damit geringer.

Abgesehen von einem Fall gaben die Ärzte stets einen natürlichen Tod des Patienten auf dem Totenschein an. Nahe liegender Grund wäre die Angst vor einer strafrechtlichen Verfolgung. Tatsächlich wurden am häufigsten folgende Gründe aufgeführt: Die Ärzte nannten in 47 % der Fälle den Wunsch, den „Wirbel“ einer polizeilichen Untersuchung zu vermeiden, vertraten in 43 % der Fälle die Ansicht, es habe sich tatsächlich um einen natürlichen Tod gehandelt, und wollten in 28 % der Fälle die Angehörigen vor der behördlichen Untersuchung schützen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 65).

Den Ärzten wurde im weiteren Verlauf des Gespräches die Frage gestellt, ob sie jemals einem Patient eine so hohe Dosis von Morphin oder einem ähnlichen

Medikament verabreicht hätten, dass sie beinahe sicher sein konnten, damit das Leben des Patienten zu verkürzen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 71).

Dies bejahten 82 % der Befragten (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 71).

Im Detail wurde mit ihnen der jüngste Fall einer solchen Handlung besprochen. In 65 % dieser Fälle war die Lebensverkürzung in Kauf genommen worden, um Schmerzen und andere Symptome adäquat lindern zu können. (Das Konzept, Schmerztherapie könne als Nebenwirkung das Leben verkürzen, wird von den Autoren der Studie vorausgesetzt. Es ist aber umstritten. Manche Ärzte meinen, das Leben werde durch eine gute Schmerztherapie höchstens verlängert und niemals verkürzt.) In 30 % der Fälle hatten die befragten Ärzte „teilweise“ die Absicht gehabt, das Leben des Patienten zu verkürzen, in sechs Prozent hauptsächlich diese Absicht. (Diese sechs Prozent hätten ebenso in der Lebensbeendigung-ohne-Wunsch-Kategorie diskutiert werden können.) Das Konzept der „teilweisen“ Absicht der Lebensverkürzung macht die Interpretation der Ergebnisse schwierig und beschreibt laut den Autoren folgende Situation:

This description relates to a situation in which death of the patient was not foremost in the physician's mind but neither was death unwelcome (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 21).

Die Gabe des Medikamentes führte nach Einschätzung der Ärzte in 8 % dieser Fälle nicht zu einer Lebensverkürzung, in 63 % zu einer Lebensverkürzung bis zu einer Woche, in 26 % zu einer Lebensverkürzung um mehr als eine und bis zu vier Wochen und in 3 % zu einer Verkürzung des Lebens um mehr als einen Monat (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 73). Die Verkürzung der Lebenszeit war im Durchschnitt geringer als bei aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid.

In allen Todesfällen dieser Kategorie war im Totenschein ein natürlicher Tod angegeben worden. In mehr als 90 % der Fälle hatten die Ärzte das Gefühl gehabt, es habe sich tatsächlich um einen natürlichen Tod gehandelt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 74).

77 % der Patienten in dieser Kategorie hatten an Krebs gelitten. Die Risiken der hohen Dosis waren in 39 % der Fälle mit den Patienten besprochen worden. In 34 % der Fälle war dies nicht getan worden, weil der Patient nicht entscheidungsfähig gewesen war. In 27 % der Fälle war es nicht getan worden, obwohl der Patient eine Entscheidung hätte treffen können (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 75).

15 % der Fälle war eine ausdrückliche Bitte um Lebensbeendigung vorausgegangen. 41 % der Patienten hatten weniger ausdrücklich einen solchen Wunsch erkennen lassen:

This varied from „I don't feel the need to carry on“ or „I do not want to prolong my life needlessly“ to „I feel so much pain, please give me an injection“ (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 77).

Die befragten Ärzte bekamen im Interview auch Gelegenheit, sich zu ihrer grundsätzlichen Einstellung zur aktiven Sterbehilfe zu äußern.

40 % der Ärzte meinten, die palliative Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen könne aktive Sterbehilfe überflüssig machen.

Weniger als ein Drittel der Ärzte glaubte, dass die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe nach einer Legalisierung derselben ansteigen würde (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 101). (Zum Zeitpunkt der Befragung war aktive Sterbehilfe illegal laut Strafgesetzbuch, wurde aber unter bestimmten Bedingungen nicht bestraft.)

Der zweite Teil

In diesem Teil wurde eine Stichprobe von 8500 Todesfällen in den Niederlanden aus dem Zeitraum zwischen Juli und November 1990 untersucht. Grundlage waren rund 50000 Totenscheine aus dieser Zeit, die das niederländische Zentralbüro für Statistik erreicht hatten. Dort werden die Totenscheine aller Niederländer aufbewahrt. Die Totenscheine wurden von einem Arzt im Zentralbüro für Statistik den fünf Kategorien 0–4 zugeordnet abhängig von der sich aus dem Totenschein ergebenden Wahrscheinlichkeit, dass eine medizinische Entscheidung am Lebensende mit dem Tod in Zusammenhang gestanden hatte. Zuordnung zu Kategorie 0 besagte, dass eine medizinische Entscheidung am Lebensende im Zusammenhang mit diesem Todesfall quasi ausgeschlossen war. Die Wahrscheinlichkeit hierfür wuchs von Kategorie 1 bis hin zur Kategorie 4. In die vierte Kategorie wurden Fälle eingeordnet, die mit ziemlicher Sicherheit mit einer Entscheidung am Lebensende in Zusammenhang gestanden hatten. Die eigentliche Stichprobe wurde mit Hilfe eines Verfahrens gezogen, das Todesfällen, die in höhere Kategorien eingeordnet waren, eine größere Chance gab, gezogen zu werden. Die behandelnden Ärzte wurden identifiziert und bekamen einen anonymen Fragebogen zugeschickt. Nur für die Todesfälle der Kategorie 0 wurden keine Bögen verschickt. (Der Fragebogen wurde auch im weiter unten beschriebenen, dritten Teil der Studie verwendet.) Die Rücksenderate lag bei 73 % (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 121–123).

(Man muss davon ausgehen, dass zur Berechnung von Prozentanteilen die unterschiedlich starke Repräsentation der Kategorien in der gezogenen Stichprobe berücksichtigt wurde. Ansonsten wäre die Berechnung von Prozentanteilen aus der Stichprobe nicht sinnvoll gewesen, da die höheren Kategorien mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für eine Entscheidung am Lebensende in der Stichprobe stärker repräsentiert waren. Leider gehen van der Maas und seine Mitautoren auf dieses Problem in der Dokumentation ihrer Studie nicht ein.)

Medizinische Entscheidungen am Lebensende betrafen 39,4 % der untersuchten Todesfälle. Dabei handelte es sich oft um eine Kombination mehrerer solcher Entscheidungen. Es war in 25 % der Fälle zu einer Intensivierung der Palliativtherapie gekommen, bei der eine mögliche Lebenszeitverkürzung in Kauf genommen worden war. In 7,6 % der Fälle hatte eine solche Intensivierung mit der „teilweisen“ Absicht, das Leben zu verkürzen, stattgefunden. Eine medizinische Behandlung war in 35,5 % der Fälle abgebrochen oder nicht eingeleitet worden, in 12,2 % aller Fälle mit der Absicht, Leben zu verkürzen. In 2,7 % der Fälle war ein Medikament mit der Absicht, einen schnelleren Tod herbeizuführen, verschrieben, zur Verfügung gestellt oder verabreicht worden (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 128). In diesen Fällen verkürzte sich die Lebenszeit nach Einschätzung der Ärzte in 24 % um weniger als 24 Stunden, in 41 % um mehr als einen Tag und bis zu einer Woche, in 19 % um mehr als eine und bis zu vier Wochen, in 11 % um mehr als einen und bis zu sechs Monaten und in 3 % um mehr als ein halbes Jahr. Für ein Prozent der Fälle lagen keine Angaben vor, für ein weiteres Prozent soll sich keine Lebenszeitverkürzung ergeben haben (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 130).

Die Entscheidung, ein Medikament mit dem Ziel der Lebensverkürzung zu geben, war in 83 % der Fälle mit dem Patienten besprochen worden. Für alle übrigen Fälle gaben die Ärzte an, eine Besprechung mit dem Patienten sei nicht möglich gewesen. Meist war Entscheidungsunfähigkeit aufgrund von vermindertem Bewusstsein bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Demenz der Grund.

War die Lebensverkürzung nur „teilweise“ das Ziel einer Medikamentengabe oder sonstigen Intensivierung der Symptombekämpfung gewesen, hatten die Ärzte ihre Handlung vorab in 53 % der Fälle mit dem betroffenen Patienten besprochen. Wurde bei einer Intensivierung der Schmerz- oder Symptomtherapie die Lebensverkürzung nur in Kauf genommen, erfolgte die Besprechung mit dem Patienten in 30 % der Fälle (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 131–135).

Der dritte Teil

Im dritten Teil der Studie wurden alle im ersten Teil befragten Ärzte gebeten, einen Fragebogen über jeden ihrer Patienten auszufüllen, der in den nächsten sechs Monaten sterben würde (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 149). Diese Studie dauerte von Mitte November 1990 bis Ende Mai 1991. 365 Ärzte waren zur Teilnahme bereit. Einige von ihnen schieden in den folgenden Monaten aus, weil das Ausfüllen der Fragebögen nach jedem Todesfall aus ihrer Sicht zu viel Zeit kostete. Insgesamt waren 2257 ausgefüllte Fragebögen das Ergebnis dieses Teils der Studie (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 150). 322 Ärzte gaben Auskunft über im Durchschnitt sieben Todesfälle (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 160).

Viele Ergebnisse dieses dritten Teils der Studie sind denen des zweiten Teils sehr ähnlich. So waren laut dem zweiten Teil 39,4 % der Todesfälle von medizinischen Entscheidungen am Lebensende betroffen. Im dritten Teil kamen die Untersucher auf 35,4 % der Todesfälle (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 154).

Dies spricht für die Reliabilität der beiden Studienteile.

Ein Unterschied ergab sich in der Häufigkeit der Verabreichung von Medikamenten zur Verkürzung des Lebens durch Ärzte: Solche Handlungen betrafen im dritten Teil der Studie 4,7 % der Todesfälle, im zweiten Teil nur 2,7 %. Seltener dagegen wurde im dritten Teil der Studie davon berichtet, dass Schmerz- und Symptomtherapie intensiviert worden seien unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 155).

Schätzungen der Häufigkeit durch die Autoren der Studie von 1990

Auf Basis der aus den drei Teilen gewonnenen Informationen schätzten die Autoren die Häufigkeit der verschiedenen medizinischen Entscheidungen am Lebensende in den Niederlanden. Bei der aktiven Sterbehilfe bezogen die Autoren in ihre Schätzung die Verabreichung von lebensverkürzenden Substanzen durch Pflegepersonal oder andere Personen, z. B. Verwandte des Patienten, ein. Beides kam seltener vor als die aktive Sterbehilfe durch Ärzte. Die Verabreichung der Substanz durch jemanden, der nicht Arzt war und auch nicht zum Pflegepersonal gehörte, wurde im zweiten Studienteil in nur sechs Fällen berichtet.

Auf Basis der Totenscheinstudie schätzten die Autoren die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden zwischen August und November 1990 auf 1,7 % (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 142–143).

Aus den Interviews mit den Ärzten ergab sich eine geschätzte Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe von 1,9 % in Bezug auf alle Todesfälle. Die Häufigkeit berechnet aus den Daten des letzten Studienteils war 2,6 %.

Die Autoren der Studie erklären diese Unterschiede durch das Existieren einer Grauzone zwischen aktiver Sterbehilfe und Intensivierung der Palliativtherapie:

The difference between the estimates based on the death certificate study and on the prospective study is probably due to the existence of a boundary area between euthanasia and intensifying of the alleviation of pain and/or symptoms. [...] In the prospective study more of this boundary area probably was included in the estimate of euthanasia and of performing a life terminating act without the patient's explicit request. In the physician interviews cases are discussed which in the respondent's opinion can be considered cases of euthanasia. Here there is a slight chance of an overestimate due to counting cases twice while in the death certificate study there is a slight chance of an underestimate because of the problem of distinction between euthanasia and the alleviation of pain and/or symptoms. Based on the three part-studies it can be assumed that euthanasia occurs in about 1,8 % of all deaths (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 178).

Auf das Jahr 1990 bezogen ergeben sich aus Sicht der Autoren etwa 2300 Fälle von aktiver Sterbehilfe. Für denselben Zeitraum gehen sie von 400 Fällen assistierten Suizids aus, entsprechend 0,2 % der Todesfälle in der Totenscheinstudie, 0,3 % in den Interviews mit den Ärzten und 0,4 % in der prospektiven Studie. Fälle, in denen der Patient zunächst eine Substanz eingenommen hatte mit der Absicht der Selbsttötung, der Arzt aber später eine zusätzliche Substanz zur Lebensverkürzung verabreicht hatte, wurden als aktive Sterbehilfe klassifiziert (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 179).

Diesen Zahlen stehen geschätzte 2000 bis 3000 ausdrückliche Bitten um aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid gegenüber, auf die niederländische Ärzte nicht eingegangen waren. Diese Schätzung basiert auf dem zweiten und dritten Teil der Studie.

Eine Schätzung auf Basis der Daten aus den Ärzte-Interviews kam auf 4000 ausdrückliche Bitten, denen nicht nachgekommen wurde.

Die plausible Erklärung der Autoren für diesen Unterschied ist die Variabilität dessen, was von den Ärzten als „ausdrückliche“ Bitte um Sterbehilfe interpretiert wurde. Außerdem wurden Bitten um aktive Sterbehilfe in den beiden letzten Studienteilen nur im Zusammenhang mit Todesfällen dokumentiert. In den Interviews konnten Ärzte auch von Bitten um aktive Sterbehilfe berichten, die Patienten ausgesprochen hatten, ohne bald darauf zu sterben (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 180–181).

Ohne ausdrückliche Bitte um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid wurden im Jahr 1990 nach Schätzung von van der Maas und seinen Mitautoren in den Niederlanden 1000 Personen von Ärzten getötet. Das sind nach der Totenscheinstudie 0,8 % der Todesfälle. Die prospektive Studie lässt sogar einen Wert von 1,6 % der Todesfälle vermuten (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 181). Die Autoren geben mit folgender Begründung den Ergebnissen der Totenscheinstudie mehr Gewicht:

In situations where differences occur between the death certificate study and the prospective study, more weight is generally attached to results of the death certificate study because of the greater number of deaths and the method of sampling (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 175).

In etwa 40 % der Fälle in beiden Studien hatte es zwar keine ausdrückliche Bitte um aktive Sterbehilfe, aber ein Gespräch mit dem betroffenen Patienten gegeben. Abgesehen von einem Fall gaben die Ärzte für alle anderen Fälle an, ein Gespräch sei nicht möglich gewesen. In etwa einem Viertel der Fälle, in denen das Gespräch nicht möglich war, hatte der Patient zu einem früheren Zeitpunkt den Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung geäußert (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 181).

Die Häufigkeit einer Lebensverkürzung durch Intensivierung der Schmerz- oder Symptombekämpfung schätzen van der Maas und seine Mitautoren auf Basis der Studienergebnisse auf 17,5 % aller Todesfälle in den Niederlanden. Dabei

soll in 65 bis 80 % dieser Fälle die Lebensverkürzung lediglich in Kauf genommen worden sein, in 20 bis 30 % soll sie Teil der Absicht des Arztes gewesen sein (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 183).

Van der Maas und seine Mitautoren glauben, die Zahl medizinischer Entscheidungen am Lebensende werde zunehmen. Als einen Grund hierfür sehen sie das Älterwerden der Bevölkerung an. Es werde die Zahl der Todesfälle steigen lassen und damit die Häufigkeit medizinischer Entscheidungen am Lebensende erhöhen. Außerdem seien Todesfälle zunehmend seltener auf kardiovaskuläre Erkrankungen und zunehmend häufiger auf Krebserkrankungen zurückzuführen. Krebserkrankungen gehen häufiger mit medizinischen Entscheidungen am Lebensende einher.

Hinzu kommen laut den Autoren medizintechnische Entwicklungen. Die Möglichkeiten, Leben zu verlängern, wüchsen. Deshalb seien Ärzte in der Zukunft häufiger mit der Frage konfrontiert: Soll diese oder jene Behandlung angefangen, fortgesetzt oder abgebrochen werden?

Schließlich sehen van der Maas und seine Mitautoren eine kulturelle Entwicklung, die eine Zunahme medizinischer Entscheidungen am Lebensende begünstigt. Ihre Untersuchung habe gezeigt, dass Bitten um aktive Sterbehilfe relativ häufig von jungen Menschen ausgingen (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 198–199).

Abschließend bescheinigt die Autorengruppe um van der Maas den medizinischen Entscheidungen am Lebensende in den Niederlanden eine gute Qualität (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 199).

Die zweite Studie im Auftrag der Rimmelink-Kommission von 1995

Gestaltung und Durchführung der Studie

Nach dem Modell der ersten Studie wurde im Jahr 1995 eine neue Studie unter ähnlichen Voraussetzungen und mit vergleichbarer Methodik durchgeführt. Van der Maas und seine Kollegen werteten Interviews mit 405 Ärzten aus. Darunter waren 124 Hausärzte, 74 Ärzte im Altenheim und 207 Spezialisten der Richtungen Kardiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Pneumologie und Neurologie. Die Interviews waren durchgeführt worden von 30 Ärzten im Zeitraum zwischen November 1995 und Februar 1996. Ihre durchschnittliche Dauer betrug zweieinhalb Stunden.

Im niederländischen Zentralbüro für Statistik wurden alle 43000 Todesfälle aus dem Zeitraum zwischen dem 1. August 1995 und dem 1. Dezember 1995 wie in der ersten Studie in fünf Kategorien (0–4) unterteilt nach der Wahrscheinlichkeit, dass eine Entscheidung am Lebensende an dem jeweiligen Todesfall beteiligt war. Es wurde eine Stichprobe gezogen. In ihr stammte die Hälfte der Fälle aus Kategorie 4. 25 % kamen aus Kategorie 3, 12,5 % aus Kategorie 2 und je 8,3 % aus den Kategorien 1 und 0. Es wurden an die Ärzte, die den jeweiligen

Totenschein ausgefüllt hatten, insgesamt 6060 Fragebögen verschickt. Für die Todesfälle der Kategorie 0 wurden, wie in der ersten Studie, keine Fragebögen verschickt. Die Rücksenderate betrug 77 %. Die Fragebögen waren nahezu identisch denen der früheren Studie. Der dritte Studienteil wurde nicht wiederholt (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

Ergebnisse der Studie

Im Interview-Teil der Studie waren 2,3 % der Todesfälle auf aktive Sterbehilfe zurückzuführen, im Totenschein-Teil 2,4 % gegenüber 1,9 bzw. 1,7 % im Jahr 1990. Assistierter Suizid kam mit einer Häufigkeit von 0,4 % (Interviews) bzw. 0,2 % (Totenscheine) vor. Im Jahr 1990 waren es nach den Interviews 0,3 % und laut Totenscheinstudie 0,2 %.

Diese zweite Studie hatte zum Ergebnis die Schätzung, dass im Jahr 1995 in den Niederlanden 900 Fälle der Tötung einer Person ohne ihren ausdrücklichen Wunsch durch Ärzte vorgekommen waren. Das waren 0,7 % der Todesfälle in beiden Studienteilen.

Bei den Fragen an die Ärzte, ob sie schon einmal aktive Sterbehilfe geleistet hätten und wenn nicht, ob sie es tun würden, waren die Antworten fast genau wie im Jahr 1990 verteilt. So sagten 1990 54 %, dass sie dies schon einmal getan hätten, 1995 waren es 53 %.

Zugenommen hatte gegenüber 1990 die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe. (Ich beziehe mich auf Zahlen, die geschätzt sind auf Basis der Angaben der Ärzte in den Interview-Teilen der beiden Studien.) Die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe „zu gegebener Zeit“ war von 25100 auf 34500, damit um 37 % gestiegen. Der Anstieg liegt außerhalb des für die Zahl von 1990 berechneten 95-%-Konfidenzintervalls. Es handelt sich deshalb vermutlich um einen echten Anstieg. Die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe „in nächster Zeit“ stieg von 8900 auf 9700, um 9 % (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

Van der Maas und seine Mitautoren schlussfolgerten aus ihren Daten, dass sich die Niederlande nicht auf einer schiefen Ebene befänden. Allerdings seien fünf Jahre möglicherweise ein zu kurzer Zeitraum, um kulturelle Veränderungen zu beobachten. Desweiteren sahen sie ihre Erwartungen bestätigt:

In the reports of the 1990 study, we foresaw an increased incidence of euthanasia and the other practices examined [...]. At the same time, we thought it likely that the incidence of decisions to end life without an explicit request by the patient would decrease, because of the growing openness with which end-of-life decisions are discussed with patients. A coherent picture emerges from the present study that confirms these expectations (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

Die Autoren der Studie verweisen außerdem auf Daten aus anderen Ländern, z. B. Untersuchungen aus den USA, Dänemark, Großbritannien und Australien. Dort berichteten Ärzte seltener als in den Niederlanden, aktive Sterbehilfe ge-

leistet zu haben oder darum gebeten worden zu sein. Allerdings sei die Datelage schlecht (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

Die dritte Studie im Auftrag der Rimmelink-Kommission von 2001

Gestaltung und Durchführung der Studie von 2001

Eine weitere niederlandeweite Studie zur aktiven Sterbehilfe wurde im Jahr 2001 im Auftrag der niederländischen Minister für Gesundheit und für Justiz durchgeführt. Der Bericht zur Studie wurde im Herbst 2003 veröffentlicht. Die Untersucher waren dieselben wie in den Jahren 1990 und 1995.

Es wurden 410 Ärzte interviewt. Außerdem wurde eine Stichprobe von Totenscheinen gezogen, unter vergleichbaren Bedingungen wie in den Jahren zuvor. Wieder erfolgte eine Aufteilung in fünf Kategorien nach der Wahrscheinlichkeit einer Entscheidung am Lebensende. Die Kategorien waren in der Stichprobe unterschiedlich repräsentiert. Die Anteile an der Stichprobe waren dieselben wie 1995. An die behandelnden Ärzte wurden (mit Ausnahme der Todesfälle in der ersten Kategorie) Fragebögen verschickt. Die Rücksenderate lag bei 74 % (Onwuteaka-Philipsen et al. 2003 S. 395–396).

Ergebnisse der Studie

Die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe „in nächster Zeit“ blieb mit 9700 gegenüber 1995 stabil. Das gilt auch für die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe „zu gegebener Zeit“ mit 34700.

Als Ergebnis der Totenscheinstudie lässt sich ein leichter Anstieg der Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe von 2,4 % der Todesfälle im Jahr 1995 auf 2,6 % der Todesfälle im Jahr 2001 feststellen. Angesichts der 95%-Konfidenzintervalle könnte es sich auch um zufällige Schwankungen handeln. In der Interview-Studie ist kein Anstieg der Zahl zu erkennen.

Aus der Totenscheinstudie ergibt sich eine steigende Häufigkeit der Symptomtherapie mit in Kauf genommenem oder „teilweise“ beabsichtigtem lebensverkürzenden Effekt. Diese betraf 18,8 % der Todesfälle im Jahr 1990, 19,1 % der Todesfälle im Jahr 1995 und 20,1 % der Todesfälle im Jahr 2001.

Die Zahl der Lebensbeendigungen ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten blieb mit 0,7 % der Todesfälle in der Totenscheinstudie und 0,6 % in der Interview-Studie ungefähr konstant (Onwuteaka-Philipsen et al. 2003 S. 396).

Dabei sank die Bereitschaft der Ärzte, das Leben eines Patienten ohne dessen ausdrücklichen Wunsch zu beenden. Im Jahr 2001 gaben noch 13 % der Ärzte an, schon einmal eine solche Lebensbeendigung durchgeführt zu haben, gegenüber 23 % im Jahr 1995 und 27 % im Jahr 1990. Die Zahl derjenigen, die angab, dass sie dies niemals tun würden, stieg von 45 % im Jahr 1995 auf 71 % im Jahr 2001 (Onwuteaka-Philipsen et al. 2003 S. 397).

Die vierte Studie im Auftrag der Rimmelink-Kommission von 2005

Gestaltung und Durchführung der Studie von 2005

Die neueste niederländische Studie zu Entscheidungen am Lebensende wurde im Jahr 2005 durchgeführt und war den vorangegangenen methodisch sehr ähnlich: Auf Ärzteinterviews wurde jedoch verzichtet. Es wurde nur eine Stichprobe aus den Totenscheinen der 43959 Todesfälle in den Niederlanden zwischen August und November 2005 gezogen. Wieder wurden die Todesfälle in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt und gingen zu unterschiedlichen Anteilen in die Stichprobe ein, abhängig davon, wie wahrscheinlich beim jeweiligen Fall eine Entscheidung am Lebensende war (van der Heide et al. 2007 S. 1958–1959). Diesmal machten die Autoren deutlich, dass diese Anteile, wie von mir vermutet, für die Schätzung der Häufigkeiten am Ende unterschiedlich gewichtet wurden:

The percentages reported were weighted to adjust for differences in the percentages of deaths sampled from each of the five strata and differences in response rates in relation to the age, sex, marital status, region of residence, and cause and place of death of the patients. After adjustment, the percentages were extrapolated to cover a 12-month period, to reflect the 136,402 deaths in

the Netherlands in 2005 (van der Heide et al. 2007 S. 1959).

Den Ärzten, die einen der 6860 Totenscheine ausgefüllt hatten, wurden – wiederum mit Ausnahme der ersten Kategorie, in der eine Entscheidung am Lebensende ausgeschlossen war – Fragebögen zugeschickt. Die Rücksenderate lag bei 77,8 Prozent (van der Heide et al. 2007 S. 1957).

Ergebnisse der Studie

Die Autoren der Studie schätzten auf Basis ihrer Ergebnisse, dass 1,7 Prozent der Todesfälle in den Niederlanden im Jahr 2005 auf aktive Sterbehilfe und 0,1 Prozent auf assistierten Suizid zurückzuführen waren. Beide Arten der aktiven Lebensbeendigung auf Verlangen waren signifikant seltener als im Jahr 2001. Dagegen hatte sich die Häufigkeit der Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten mit 0,4 Prozent nicht signifikant verringert. Jedoch hatte sich innerhalb dieser Gruppe die Zahl der Patienten erhöht, mit denen zu einem früheren Zeitpunkt das Thema der aktiven Lebensbeendigung oder ein entsprechender Wunsch des Patienten in irgendeiner Form besprochen worden war, nämlich von 26,5 Prozent im Jahr 2001 auf 60,0 Prozent.

Ein signifikanter Anstieg in der Häufigkeit ergab sich für die Symptomtherapie mit in Kauf genommenem oder „teilweise“ beabsichtigtem lebensverkürzenden Effekt, nämlich auf 24,1 Prozent (van der Heide et al. 2007 S. 1960).

Die Autoren der Studie ziehen folgende Schlussfolgerung:

In conclusion, the enactment of the Dutch euthanasia law was followed by a moderate decrease in the rates of physician assistance in dying. This trend may have resulted from changes in epidemiologic patterns, an increased use of deep sedation and other means of alleviating symptoms near the end of life, and a decreased inclination among physicians to believe that opioids hasten death (van der Heide et al. 2007 S. 1964).

Mit den epidemiologischen Veränderungen ist das Älterwerden der Bevölkerung gemeint: Die Autoren führen an, dass Todesfälle häufiger Menschen von über 80 Jahren betreffen, eine Gruppe, die selten durch aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid sterben würde. Allerdings sei die Häufigkeit der aktiven Lebensbeendigung auf Wunsch in allen Altersgruppen zurückgegangen (van der Heide et al. 2007 S. 1962).

Mit diesen Überlegungen korrigieren die Autoren Vorhersagen aus der Studie des Jahres 1990. Darin war eine Zunahme der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe, gerade aufgrund des Älterwerdens der Bevölkerung, prophezeit worden.

Aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid wurden in 73,9 Prozent der Fälle mit Muskelrelaxantien oder Barbituraten durchgeführt. Opioide wurden in 16,6 Prozent der Fälle verwendet. Bei der Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten wurden in 58,8 Prozent der Fälle Opioide gebraucht.

Entwicklung der Meldezahlen von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden

Bis 1995

Seit dem Jahr 1990 gibt es in den Niederlanden eine Meldeprozedur für aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid. Meldungen ohne zugrunde liegende Regelung hatte es z. T. schon zuvor gegeben. Seit der Regelung von 1990 bleiben Ärzte straffrei, falls sie sich an bestimmte Sorgfaltskriterien gehalten haben. Die Meldezahlen werden veröffentlicht und sorgen immer wieder für Diskussionen. Im Mittelpunkt dieser Debatten steht das Verhältnis der Meldezahlen zu der geschätzten tatsächlichen Häufigkeit aktiver Sterbehilfe.

Schon vor Einführung der Meldeprozedur stieg die Zahl der gemeldeten Fälle an. Wurden in den Jahren 1981 bis 1985 insgesamt nur 71 Fälle gemeldet, waren es im Jahr 1989 bereits 338. Nach Einführung der Prozedur erfolgte ein steiler Anstieg auf 486 Fälle im Jahr 1990, 866 im Jahr 1991 und 1201 im Jahr 1992. Danach flachte er ab mit 1304 (im Jahr 1993), 1487 (1994) und 1466 (1995) (van der Wal et al. 1996 S. 1609).

Diese Zahlen entnehme ich dem Text „Evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie“ („Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe“) von van der Wal, Amsterdamer Hochschullehrer im Fachbereich Allgemein- und Sozialmedizin, und seinen Mitautoren.¹

¹ Dieser Text erschien am 13. Dezember 1996 in der Zeitschrift *Medisch Contact*. Auf Englisch war er bereits am 28. November 1996 in der Zeitschrift *New England Journal*

Andere Quellen geben abweichende Zahlen an. So schreibt Johan Legemaate in seinem Text „Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview“ von 454 (statt 486) Fällen im Jahr 1990 und 1415 (statt 1304) im Jahr 1993. Die Zahlen für 1994 und 1995 entsprechen denen von van der Wal (Legemaate 1998 S. 24). Möglicherweise hängen die Zahlen davon ab, was als Meldung gewertet wird. Sicherlich erfolgen nicht alle Meldungen formal korrekt.

2700 betrug die geschätzte Anzahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid im Jahr 1990. Daraus ergibt sich eine Melderate von 18 %. Im Jahr 1995 war diese bei 3600 Fällen auf 41 % gestiegen. Lebensbeendigungen ohne ausdrückliche Bitte des Patienten wurden zweimal im Jahr 1990 und dreimal im Jahr 1995 gemeldet. Dies ist ein verschwindend geringer Anteil der tatsächlichen Fälle (van der Wal et al. 1996 S. 1609–1610).

Selten führte die Meldung eines Falls von aktiver Sterbehilfe zu strafrechtlichen Konsequenzen. Von den 6324 zwischen 1990 und 1995 gemeldeten Fällen wurden 120 in Sitzungen der Generalstaatsanwaltschaft genauer besprochen und 13 strafrechtlich verfolgt.

Die wichtigsten Gründe für eine weitergehende Besprechung in den Sitzungen waren [...]: der Patient war noch nicht in der Sterbephase (in 38 % der Fälle), die Bitte um Sterbehilfe hatte nicht stattgefunden oder war nicht deutlich (25 %), ein anderer Arzt war nicht oder auf inadäquate Weise hinzugezogen worden (24 %), es bestanden Zweifel über die Unerträglichkeit und Aussichtslosigkeit des Leidens des Patienten (23 %), die Handlungen des Arztes waren medizinisch inadäquat (13 %) (van der Wal et al. 1996 S. 1611).²

20 Ärzte wurden zwischen 1981 und 1995 im Zusammenhang mit von ihnen gemeldeten Fällen von aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid angeklagt. Zwei wurden freigesprochen und sieben wegen Berufung auf einen Notstand nicht weiter strafrechtlich verfolgt. Zwei Verfahren wurden eingestellt. Drei Ärzte wurden für schuldig befunden ohne eine Strafe zu erhalten. Sechs Angeklagte erhielten Bewährungsstrafen zwischen einer Woche und sechs Monaten (van der Wal et al. 1996 S. 1611).

of Medicine unter dem Titel „Evaluation of the Notification Procedure for Physician-assisted Death in the Netherlands“ veröffentlicht worden.

² De belangrijkste redenen voor verdere bespreking in de vergadering waren [...]: de patiënt was nog niet in de stervensfase (in 38 % van de gevallen), het verzoek was afwezig of onduidelijk (25 %), consultatie had niet plaatsgevonden of was inadäquaat (24 %), twijfel over het ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt (23 %) en inadäquaat medisch handelen door de arts (13 %) (van der Wal et al. 1996 S. 1611).

Nach 1995

Nach 1995 stiegen die Meldezahlen zunächst weiter an. Einen vorläufigen Höhepunkt erreichten sie im Jahr 1998 mit 2590 Meldungen. Danach sanken sie plötzlich auf 2216 Meldungen im Jahr 1999. Auch in den nächsten Jahren gingen sie weiter zurück, wenn auch weniger drastisch als zwischen 1998 und 1999 (Klijn 2002 S. 134). Im Jahr 2001 gab es 2054 Meldungen, im Jahr 2002 1882 und im Jahr 2003 1815. Dann stabilisierten sich die Zahlen. Im Jahr 2004 wurden 1886 Fälle von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid gemeldet. Im Jahr 2005 waren es 1933 und im Jahr 2006 etwa 1900 (Editorial *Medisch Contact* 2005 S. 651; Valk-van Marwijk Kooy 2007 S. 75; den Hartogh 2002 S. 1192).

Laut Albert Klijn³ beruht die hohe Meldezahl aus dem Jahr 1998 auf einer verfälschenden Erfassungsweise. Bis zum Jahr 1998 seien die Zahlen von der niederländischen Generalstaatsanwaltschaft veröffentlicht worden. Diese empfing damals alle Meldungen. An die Öffentlichkeit gab sie aber keine Meldezahlen im eigentlichen Sinn weiter. Vielmehr wurde publiziert, wie viele Fälle von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid durch Staatsanwälte bearbeitet worden waren. Im Jahr 1998 bemühten sich die Staatsanwälte, alle noch ausstehenden Fälle rasch zu erledigen. Denn ab dem 1. November 1998 bekamen sie keine Meldungen mehr. Diese gingen an die neu eingesetzten Prüfkommisionen. Die Meldezahl von 2590 aus dem Jahr 1998 setzt sich laut Klijn folgendermaßen zusammen: 349 dieser Fälle sind „echte“ Meldungen, eingegangen im November und Dezember des Jahres bei den Prüfkommisionen. Die übrigen 2241 wurden im Jahr 1998 durch Staatsanwälte bearbeitet, aber nicht alle in diesem Jahr gemeldet. Unter diesen Fällen sind einige, die sich aus den Vorjahren angesammelt hatten. Sie wurden im Jahr 1998 noch schnell vor dem Inkrafttreten der neuen Regelung abgearbeitet (Klijn 2002 S. 134).

Folgt man diesen plausiblen Überlegungen von Albert Klijn, ergeben sich trotzdem ein Anstieg und Abfall der Meldezahlen. Die Schwankungen waren aber wahrscheinlich weniger ausgeprägt als oft angenommen.

Die Melderate wurde für das Jahr 2001 in einer Studie von van der Maas und van der Wal ermittelt. Sie betrug zu diesem Zeitpunkt 54 Prozent der tatsächlichen Fälle von aktiver Sterbehilfe (Visser 2003 S. 842).

In der nächsten Studie im Jahr 2005 zeigte sich, dass der Rückgang der Meldungen in den vorangegangenen am Jahren ehesten durch einen Rückgang der Fälle von aktiver Sterbehilfe bedingt gewesen war. Insgesamt gingen die Autoren im Jahr 2005 von 2410 Fällen der Lebensbeendigung auf Wunsch (aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid) aus. 1933 Fälle waren in diesem Jahr gemeldet worden. Das entspricht einer Melderate von 80 Prozent.

³ Albert Klijn arbeitet als Dozent für Rechtssoziologie am Fachbereich Rechtstheorie der Universität Groningen.

John Griffiths, emeritierter Rechtssoziologe der Universität Groningen, glaubte, sich auf die Studien bis 2001 beziehend, nicht, dass die von van der Maas und seinen Kollegen ermittelten Melderaten realistisch seien. In den landesweiten Studien würden die Ärzte gefragt, ob sie den Patienten auf deren Wunsch hin ein Mittel gegeben hätten mit dem Ziel, den Tod zu beschleunigen. Tatsächlich würden niederländische Ärzte nicht alle Fälle, die diese Kriterien erfüllten, als aktive Sterbehilfe („euthanasie“) betrachten. Insbesondere Morphium-Überdosen würden von den Ärzten nicht als aktive Sterbehilfe angesehen und deshalb nicht gemeldet (Griffiths 2007 S. 467).

Als Alternative schlägt Griffiths eine Berechnung der Melderate mit Hilfe der Todesursachenstatistik der Zentralstelle für Statistik („Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)“) vor. Dieser Stelle teilen Ärzte seit 2003 Fälle von aktiver Sterbehilfe vertraulich mit. Wer die CBS-Zahlen mit den Meldezahlen vergleicht, kommt laut Griffiths auf Melderaten von 105 Prozent im Jahr 2003, 104 Prozent im Jahr 2004 und 107 Prozent im Jahr 2005. Die Melderaten über 100 Prozent seien dadurch zu erklären, dass Ärzte z. T. aus Vorsicht Todesfälle melden würden, die sie selbst nicht als aktive Sterbehilfe angesehen hätten. Griffiths betont, durch diese Zahlen werde deutlich, dass Ärzte nichts bewusst verschweigen, sondern unter aktiver Sterbehilfe nur etwas anderes verstehen würden als die Untersucher (Griffiths 2007 S. 467).

Meiner Meinung nach ist diese Argumentation von Griffiths nur zum Teil überzeugend. Das CBS ist eine staatliche Stelle, in der die Totenscheine aller verstorbenen Niederländer gesammelt werden. Sind sich alle niederländischen Ärzte bewusst, dass ihre gegenüber dieser Stelle gemachten Angaben vertraulich behandelt werden? Und wissen sie, dass sie für die dortige Statistik alle Fälle von aktiver Sterbehilfe angeben sollen, nicht nur die sowieso gemeldeten? Denken sie überhaupt darüber nach, ob es außer den gemeldeten Fällen noch andere gab? Man muss sich außerdem darüber im Klaren sein, dass auch bei anonymen Angaben das Bedürfnis, sozial Erwünschtes zu tun, eine Rolle spielen kann.

Griffiths lässt die Tatsache außen vor, dass die im ersten Teil der Studie von 1990 interviewten Ärzte gefragt wurden, warum sie ihre von den Untersuchern als aktive Sterbehilfe klassifizierten Todesfälle nicht gemeldet hatten. Von denjenigen Ärzten, die Fälle von aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid nicht gemeldet hatten, erklärten nur acht Hausärzte und 14 Spezialisten, trotz der Lebensbeendigung auf Wunsch hätten sie den Tod des Patienten als „natürlich“ erlebt. Dies entspricht etwa 14 Prozent.⁴ Viel häufiger wurden z. B. eine Scheu vor dem vielen „Aufhebens“ einer behördlichen Untersuchung (55 %), der

⁴ Diese 14 Prozent ergeben sich durch folgende Rechnung: 406 Ärzte wurden befragt. Davon hatten 54 Prozent schon einmal aktive Sterbehilfe geleistet oder beim Suizid assistiert. Das sind 219 Ärzte. Diese mussten ihren jeweils letzten Fall schildern. 72 Prozent dieser Fälle waren nicht gemeldet worden. Das sind 158 Fälle. 22 Ärzte gaben an, den Tod trotz der aktiven Lebensbeendigung als „natürlich“ erlebt und deshalb nicht gemeldet zu haben. Das sind $22/158 \times 100 \sim 14$ Prozent.

Wunsch, die Angehörigen des Patienten vor Ermittlungen zu schützen (52 %) und eigene Angst vor Strafverfolgung (25 %) genannt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 48).

Auch der Anstieg der Melderate in den Jahren zwischen 2001 und 2005 lässt an Griffiths' These zweifeln. Zwar ist es möglich, dass die Ärzte in diesem Zeitraum z. T. für das Thema sensibilisiert wurden und verstärkt darüber nachdachten, ob z. B. eine Schmerzmittelgabe nicht doch ein Fall von aktiver Sterbehilfe sei. Aber warum hätte diese Sensibilisierung erst so spät und nicht schon während der intensiven Debatte vor Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen sollen? Wahrscheinlicher ist aus meiner Sicht, dass diejenigen, die zuvor Angst vor Ermittlungen und Strafverfolgung hatten, nach dem Inkrafttreten des Gesetzes endlich zu melden wagten.

Aus der im Jahr 2005 durchgeführten Studie ergeben sich allerdings Hinweise darauf, dass zumindest auf einen größeren Teil der in diesem Jahr nicht gemeldeten Fälle Griffiths' These zutreffen könnte:

Die Autoren dieser Studie befragten 28 Ärzte, warum sie Fälle von aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid nicht gemeldet hatten. Es ist nicht vorstellbar, dass diese 28 Ärzte für alle 477 nicht gemeldeten Fälle verantwortlich waren. Es stellt sich deshalb die Frage, warum die Autoren der Studie nicht alle Ärzte, die Fälle nicht gemeldet hatten, befragten, und wie sie die Befragten auswählten. Es wird auch nicht deutlich, wie diese 28 Ärzte befragt wurden, d. h. ob ihnen ein zweiter Fragebogen zugeschickt wurde oder ob sie zum Interview eingeladen wurden. Die Aussagekraft dieser Befragung muss deshalb als eingeschränkt angesehen werden. Von den Befragten gaben 76,1 Prozent an, sie hätten den betrachteten Fall selbst nicht als aktive Sterbehilfe bzw. assistierten Suizid erlebt. 9,7 Prozent nannten Zweifel, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt gewesen seien, als Grund für den Verzicht auf eine Meldung, und 6,6 Prozent sahen die aktive Lebensbeendigung als zwischen Arzt und Patient zu regelnde Privatsache an. Die Ärzte neigten eher dazu, eine Lebensbeendigung als „aktive Sterbehilfe“ oder „assistierten Suizid“ einzuordnen, wenn sie dabei Muskelrelaxantien oder Barbiturate gebraucht hatten, als wenn sie Opioide verwendet hatten (van der Heide et al. 2007 S. 1961).

Unabhängig davon, ob eine Verwirrung der Ärzte im Grenzbereich von aktiver Sterbehilfe und Schmerzbekämpfung beim Nicht-Melden ein wichtiger Faktor ist, lässt sich eines feststellen: Bis zum Jahr 2005 ist es in den Niederlanden gelungen, einen Großteil der Ärzte zum Melden der Fälle von aktiver Sterbehilfe zu bewegen. 15 Jahre zuvor war nur ein kleiner Teil dieser Fälle gemeldet worden.

Tabelle Studienergebnisse und Meldezahlen in den Niederlanden 1990–2001⁵

Jahr	aktive Sterbehilfe	assistierter Suizid	Melderate aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid
1990	1,7 %	0,2 %	18 %
1995	2,4 %	0,2 %	41 %
2001	2,6 %	0,2 %	54 %
2005	1,7 %	0,1 %	80 %
Jahr	Lebensbeendigung ohne Wunsch	Beschleunigung des Sterbens als Folge von Maßnahmen zur Linderung von Symptomen ⁶	Unterlassen/Abbruch einer Behandlung
1990	0,8 %	18,8 %	17,9 %
1995	0,8 %	19,1 %	20,2 %
2001	0,7 %	20,1 %	20,2 %
2005	0,4 %	24,7 %	15,6 %

(Onwuteaka-Philipsen et al. 2003 S. 396; Visser 2003 S. 842; van der Wal et al. 1996 S. 1609–1610; van der Heide et al. 2007 S. 1960–1961)

Eine Studie zu Entscheidungen am Lebensende in verschiedenen Ländern

Einleitung

Um zu beurteilen, ob die niederländischen Zahlen zu den Entscheidungen am Lebensende von der dort geltenden liberalen Rechtslage bestimmt sind, muss man sie mit Zahlen aus anderen Ländern vergleichen, in denen eine andere Rechtslage besteht. Die Zunahme der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in den letzten Jahren in den Niederlanden muss keine Folge der dortigen Akzeptanz aktiver Sterbehilfe sein. Das gilt erst recht für das Vorkommen von ärztlichen Tötungen ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten.

In den Niederlanden wird häufig behauptet, die dortige Praxis der Entscheidungen am Lebensende unterscheide sich nicht von der in anderen Ländern. Die Praxis der aktiven Sterbehilfe werde aber nur in den Niederlanden dokumentiert und offen diskutiert. Die öffentliche Meinung zur aktiven Sterbehilfe entspreche

⁵ Angaben abgesehen von der Melderate in Prozent der Todesfälle gemäß Totenscheinstudien.

⁶ Hierunter sind Fälle von Symptombekämpfung zu verstehen, bei denen eine Verkürzung des Lebens der Patienten in Kauf genommen wurde oder „teilweise“ beabsichtigt war.

der in anderen Ländern. Dasselbe gelte für die Bereitschaft von Ärzten zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe.

Die niederländische Autorin Karin Spaink etwa unterstellt in ihrem Buch „De dood in doordrukstrip“ („Der Tod in der Pillenschachtel“) aus dem Jahr 2001 Belgien und Australien eine heimliche, unkontrollierte Sterbehilfe-Praxis. Lebensverkürzung durch Schmerzbekämpfung komme in Australien verdächtig häufig vor. Dahinter könne sich in vielen Fällen nur aktive Sterbehilfe verbergen. Die Praxis der Lebensbeendigung auf Verlangen werde nicht davon beeinflusst, ob diese legal sei oder nicht (Spaink 2001 S. 40–41).

Häufigkeiten

Eine Studie im Rahmen eines europäischen Forschungsprojektes untersuchte Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern, nämlich in Belgien (Flandern), Dänemark, Italien (einige Gebiete), den Niederlanden, Schweden und der Schweiz (deutschsprachiger Teil). Dieses Projekt EURELD (European End-Of-Life Decisions) war eine Kooperation verschiedener europäischer Hochschulen (van der Heide et al. 2003 S. 346). Agnes van der Heide, forschend tätig in der Public-Health-Abteilung der Universität Rotterdam, und ihre Mitautoren, darunter auch Paul van der Maas, veröffentlichten die Ergebnisse im Juni 2003 in der Zeitschrift *Lancet*. Ähnlich wie in den wiederholten niederländischen Studien wurden Stichproben aus einer Menge von Totenscheinen in den jeweiligen Ländern gezogen. Der Zeitraum der Stichproben umfasste zwischen drei und sechs Monaten und lag in allen Fällen zwischen Juni 2001 und Februar 2002 (van der Heide et al. 2003 S. 346). Die Autoren erhielten Informationen über von Land zu Land unterschiedliche Anzahlen von Todesfällen, nämlich zwischen 2604 (in Italien) und 5384 (in den Niederlanden). Informationsquelle waren Fragebögen, die sie an die behandelnden Ärzte verschickt hatten (van der Heide et al. 2003 S. 347). Die unterschiedlichen Fallzahlen hängen mit unterschiedlichen Rücksenderaten zusammen. Die Rate lag in Italien mit 44 % am niedrigsten und in den Niederlanden mit 75 % am höchsten (van der Heide et al. 2003 S. 345). Insbesondere für Italien möchten die Autoren eine Verzerrung der Ergebnisse durch Nicht-Rücksenden der Bögen nicht ausschließen. Sie verweisen darauf, dass in soziologischen Studien trotz Anonymisierung sozial unerwünschtes Verhalten z. T. ungerne berichtet werde. Insofern halten sie eine Unterschätzung der Zahl der Entscheidungen am Lebensende für wahrscheinlicher als eine Überschätzung (van der Heide et al. 2003 S. 349). Die Autoren haben dieselben Entscheidungen am Lebensende einbezogen wie van der Maas in der Studie von 1990.

Entscheidungen am Lebensende betrafen 51 % der Todesfälle in der Schweiz, 44 % in den Niederlanden, 41 % in Dänemark, 38 % in Belgien, 36 % in Schweden und 23 % in Italien. Aktive Sterbehilfe war mit 2,59 % der Todesfälle in den Niederlanden am häufigsten, gefolgt von Belgien mit 0,3 %, der Schweiz mit 0,27 %, Dänemark mit 0,06 % und Italien mit 0,04 %. Fälle von

aktiver Sterbehilfe wurden aus Schweden nicht berichtet. Die Häufigkeit des assistierten Suizids lag in der Schweiz bei 0,36 % der Todesfälle, in den Niederlanden bei 0,21 %, in Dänemark bei 0,06 % und in Belgien bei 0,1 %. Keine Fälle wurden aus Schweden und aus Italien berichtet.

Aktive Lebensbeendigung ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten war verantwortlich für 1,5 % der Todesfälle in Belgien, 0,67 % in Dänemark, 0,42 % in der Schweiz, 0,6 % in den Niederlanden, 0,23 % in Schweden und 0,06 % in Italien. Symptombekämpfung mit entweder in Kauf genommener oder „teilweise“ gewollter Beschleunigung des Todeseintritts kam in 26 % der Todesfälle in Dänemark, in 22 % in Belgien und der Schweiz, in 21 % in Schweden, in 20 % in den Niederlanden und in 19 % in Italien vor (van der Heide et al. 2003 S. 349).

Bezogen auf alle Arten von Entscheidungen hatten die Ärzte in den Fragebögen angeben sollen, ob der Patient entscheidungsfähig gewesen und ob die Entscheidung mit ihm diskutiert worden sei. Die Darstellung durch van der Heide und ihre Mitautoren erfolgt insgesamt und nicht aufgeschlüsselt nach den einzelnen Typen von Entscheidungen.

Mit 92 % der entscheidungsfähigen Patienten in den Niederlanden waren Entscheidungen am Lebensende diskutiert worden, mit 78 % in der Schweiz, mit 67 % in Belgien, mit 58 % in Dänemark, 42 % in Italien und 38 % in Schweden (van der Heide et al. 2003 S. 348).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren und bis heute sind in Italien, Schweden und Dänemark aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid verboten. In der Schweiz ist assistierter Suizid erlaubt, nicht nur Ärzten, sondern auch anderen Bürgern, sofern aus dem Tod des Betroffenen kein Eigennutz gezogen wird. Aktive Sterbehilfe ist verboten. In den Niederlanden waren aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid zum Zeitpunkt der Studie verboten, aber unter bestimmten Bedingungen straffrei. In Belgien galt ebenfalls ein Verbot für aktive Sterbehilfe. Ein Gesetz zur Legalisierung war bereits in der Diskussion. Der Status des assistierten Suizids war und ist in Belgien (wie in z. B. auch in Deutschland) unklar (van der Heide et al. 2003 S. 346).

Van der Heide et al. stellen fest, die aktive Lebensbeendigung durch Gabe von Medikamenten komme überall vor. In den Niederlanden sei allerdings vor allem die aktive Sterbehilfe besonders häufig.

End of life decisions that are mainly a medical response to the suffering of patients (alleviation of pain and symptoms, ending of life without an explicit request from the patient) seem to be practiced everywhere in modern health care, whereas the frequency of end-of-life decisions that are most strongly determined by cultural factors, such as patient's autonomy, criteria for medical futility, or legal status (euthanasia, non treatment decisions), varies much between countries (van der Heide et al. 2003 S. 349).

Tabelle zu den Häufigkeiten der Handlungen am Lebensende in der Sechsländer-Studie⁷

Land	aktive Sterbehilfe	assistierter Suizid	Lebensbeendigung ohne Wunsch	Sterbebeschleunigung als Folge von Maßnahmen zur Linderung von Symptomen ⁸
Niederlande	2,59 %	0,21 %	0,6 %	20 %
Belgien	0,3 %	0,1 %	1,5 %	22 %
Schweiz	0,27 %	0,36 %	0,42 %	22 %
Dänemark	0,06 %	0,06 %	0,67 %	26 %
Italien	0,04 %	keine	0,06 %	19 %
Schweden	keine	keine	0,23 %	21 %

(van der Heide et al. 2003 S. 346–349)

Bewertungen durch Ärzte

Im Rahmen des EURELD-Projektes wurde auch die Einstellung von Ärzten zu Entscheidungen am Lebensende in den Ländern Australien, Belgien, Dänemark, Italien, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz untersucht (Miccinesi et al. 2005 S. 1961).

10139 Fragebögen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende wurden von Ärzten in diesen Ländern ausgefüllt und in anonymisierter Form ausgewertet (Miccinesi et al. 2005 S. 1964). Die Rücksenderate lag in allen Ländern bei 50 % oder höher mit Ausnahme von Italien mit einer Rücksenderate von 39 % (Miccinesi et al. 2005 S. 1961). Dort können die Antworten insofern nicht als repräsentativ gelten und auch in den anderen Ländern ist eine Verzerrung der Ergebnisse dadurch, dass nicht (fast) alle antworteten, natürlich nicht ausgeschlossen. Die Ärzte sollten, neben einigen Angaben zur eigenen Person, zu 14 Aussagen Stellung nehmen. Sie hatten fünf Antwortmöglichkeiten von starker Zustimmung bis hin zu starker Ablehnung (Miccinesi et al. 2005 S. 1963).

Große Zustimmung, nämlich zwischen 91 und 99 %, gab es in allen Ländern zur Symptombekämpfung mit Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung. Die Haltung der Ärzte zu anderen lebensverkürzenden Handlungen divergierte in den einzelnen Ländern hingegen erheblich. Niederländer und Belgier befür-

⁷ Angaben in Prozent der Todesfälle.

⁸ Hierunter sind Fälle von Symptombekämpfung zu verstehen, bei denen eine Verkürzung des Lebens der Patienten in Kauf genommen wurde oder „teilweise“ beabsichtigt war.

worteten am stärksten den Gebrauch tödlicher Medikamente in der Medizin. Sie plädierten am wenigsten für Lebenserhaltung.

Physicians in the Netherlands were the most supportive of such actions, followed by Belgium, and were confident that these practices would not lead to an increase in administration of lethal drugs without patient request (Miccinesi et al. 2005 S. 1964–1966).

Dagegen vertraten am häufigsten die Italiener, gefolgt von den Schweden, deutlich zurückhaltendere Ansichten. Sie scheuten lebensverkürzende Handlungen durch Ärzte. Die Dänen, Schweizer und Australier nahmen mit ihren Meinungen eine Mittelstellung ein. Die von den Ärzten eingenommenen Haltungen hingen ab von ihrer Religion und/oder Weltanschauung, vom Geschlecht, vom Alter und vom Arbeitsplatz (Miccinesi et al. 2005 S. 1964–1966). Die Landeszugehörigkeit hatte aber mehr Einfluss auf die Meinung als diese Faktoren (Miccinesi et al. 2005 S. 1961).

Die Autoren ziehen folgende Schlussfolgerung aus ihrer Studie:

As was the case in relation to practices, the Netherlands and Belgium ranked highest for support for euthanasia while they were second to Switzerland for non-treatment decisions; Sweden and Italy were both strongly opposed to euthanasia and ending of life without explicit request but Italy gave less support than Sweden to non-treatment decisions. The Netherlands gave much less support than Belgium to ending life without explicit request, as was the case in relation to practices [...] (Miccinesi et al. 2005 S. 1970).

Abschließende Bewertung der diskutierten empirischen Daten zur Sterbehilfe in den Niederlanden

In der Diskussion um aktive Sterbehilfe wird von vielen Gegnern ein Dammbruch befürchtet. Sie erwarten nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine Zunahme der Häufigkeit von aktiver Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Bitte des Patienten. Befürworter meinen, die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe mache eine aktive Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch überflüssig. Glaubt man den Zahlen der Sechs-Länder-Studie, haben beide Unrecht. Die Häufigkeit der aktiven Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch wird wahrscheinlich von den rechtlichen Rahmenbedingungen der aktiven Sterbehilfe nicht beeinflusst. Dänemark und die Niederlande z. B. weisen nahezu identische Häufigkeiten der aktiven Lebensbeendigung ohne Wunsch auf. Die Sechs-Länder-Studie lässt vermuten, dass die Gesetzgebung zur aktiven Sterbehilfe in erster Linie die Zahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe beeinflusst. Diese ist in den Niederlanden deutlich höher als in den anderen Ländern. Genauso ist in der Schweiz der assistierte Suizid erlaubt und wird dort am häufigsten praktiziert. Das bedeutet: Eine Lockerung der Verbote bestimmter Handlungen am Lebensende sorgt möglicherweise für eine Zunahme ihrer Häufigkeit. Allerdings ist bei dieser Schlussfolgerung Vorsicht geboten: Mit großer Wahrscheinlichkeit neigen selbst in einer anonymen Studie Ärzte aus einem Land, in dem eine bestimmte Handlung gestattet ist, eher dazu, diese zuzugeben, als wenn die Handlung verboten ist. Die Ärzte könnten sogar vor sich selbst die Handlung unterschiedlich benennen bzw. rechtfertigen, abhängig davon, in welchem Land sie leben. Selbst wenn diese Faktoren keine Rolle spielen sollten, muss die größere Häufigkeit z. B. der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und des assistierten Suizids in der Schweiz nicht auf einer Zunahme beruhen:

Die Häufigkeiten könnten, bedingt durch kulturelle Unterschiede, schon vor der Gesetzesänderung höher als in anderen Ländern gewesen sein. Kulturelle Faktoren könnten ausschlaggebend für die Gesetzesänderung gewesen sein.

In den Niederlanden war mit zunehmender Lockerung der Gesetzgebung ein leichter Zuwachs der Häufigkeit aktiver Sterbehilfe zu verzeichnen. Ob dieser durch die Gesetzesänderungen bedingt war oder nur mit ihnen einherging, lässt sich nicht entscheiden. Die neueste Studie aus dem Jahr 2005, die einen leichten Rückgang der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe zeigt (van der Heide et al. 2007 S. 1957), lässt eher vermuten, dass dies nicht der Fall war. Schließlich wurde gerade vor Durchführung dieser Studie die niederländische Regelung durch Änderung des Strafgesetzbuches noch zementiert. Möglicherweise waren Patienten vorübergehend, in der Phase vermehrter Diskussionen um aktive Sterbehilfe, eher geneigt, diese einzufordern. Ärzte waren vielleicht gleichzeitig, ebenfalls unter dem Eindruck der Debatte, eher bereit auf die Bitten ihrer Patienten einzugehen.

Unterschiede sind nicht nur durch unterschiedliche Gesetzgebung bestimmt. Das zeigen z. B. die von einander abweichenden Häufigkeiten verschiedener Arten der aktiven Lebensbeendigung in den beiden Nachbarländern Schweden und Dänemark mit ähnlicher Gesetzeslage. Es ist möglich, dass man das Augenmerk stärker auf kulturelle Unterschiede als auf Gesetzestexte lenken muss. Die entscheidenden gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf den ärztlichen Umgang mit Sterbenden sind vielleicht noch gar nicht bekannt. Die positiven und negativen Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen sind möglicherweise begrenzter als oft vermutet.

Die Debatte um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden in den Tageszeitungen Frankfurter Allgemeine Zeitung und Trouw sowie den Fachzeitschriften Deutsches Ärzteblatt und Medisch Contact

Methode

Es werden Artikel aus der deutschen Tageszeitung Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) und der niederländischen Tageszeitung Trouw betrachtet. Außerdem werden Texte aus der deutschen Ärztezeitschrift Deutsches Ärzteblatt und der niederländischen Ärztezeitschrift Medisch Contact einbezogen. Das Wort Trouw bedeutet „treu“, „Treue“ oder „Glaube“. Medisch Contact heißt „medizinischer Kontakt“. Die Zeitschrift will als Organ des Kontaktes zwischen Ärzten fungieren.

Medisch Contact und das Deutsche Ärzteblatt sind wöchentlich erscheinende Zeitschriften. Sie richten sich an Ärzte als Leserschaft. Herausgeber des Deutschen Ärzteblattes sind die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medisch Contact ist das Wochenblatt des niederländischen Ärzteverbandes KNMG.

Die von mir betrachteten Artikel stammen aus dem Zeitraum zwischen Januar 1996 und Dezember 2004. Für diesen Zeitraum habe ich innerhalb der genannten Presseorgane eine Stichwortsuche nach Wörtern im gesamten Text durchgeführt. In den niederländischen Medien Trouw und Medisch Contact habe ich nach „euthanasie“ gesucht, dem niederländischen Wort für aktive Sterbehilfe. Die Suchanfragen in der FAZ bezogen sich auf „Sterbehilfe UND Niederlande“, „Euthanasie UND Niederlande NICHT Sterbehilfe“, „Sterbehilfe UND Holland NICHT Niederlande“, „Euthanasie UND Holland NICHT Niederlande NICHT Sterbehilfe“, „Niederlande UND Sterbehilfe NICHT Niederlande NICHT Holland“, „Niederlande UND Euthanasie NICHT Sterbehilfe NICHT Niederlande NICHT Holland“. Dabei können in der von mir genutzten Datenbank Wörter mit „UND“ verbunden werden, damit nur Texte gefunden werden, in denen sie beide vorkommen. Setzt man ein „NICHT“ vor ein Wort, werden nur Texte gefunden, die dieses Wort nicht enthalten. Diese Funktionen gibt es in der Suchmaske des Archivs des Deutschen Ärzteblatts nicht. Deshalb suchte ich dort nach „Sterbehilfe Niederlande“, „Sterbehilfe Holland“, „Euthanasie Holland“, „Euthanasie Niederlande“, „Sterbehilfe Niederlande“.

Manche Artikel mussten aussortiert werden, weil sie in der Stichwortsuche erfasst wurden, obwohl sie nichts oder wenig mit dem Thema aktive Sterbehilfe in den Niederlanden zu tun hatte. So wird in niederländischen Zeitungen der Begriff „euthanasie“ für das „Einschläfern“ von Tieren gebraucht. Er taucht deshalb in Texten über Tierseuchen auf. Solche Artikel fallen eindeutig nicht in das Interessengebiet dieser Arbeit. Schwieriger ist der Umgang mit Artikeln, in denen aktive Sterbehilfe in den Niederlanden erwähnt wird bei einem anderen Schwerpunkt des Textes. Solche Artikel werden in die Arbeit einbezogen, wenn

sie eine echte Aussage zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden enthalten, die sich nicht aus einem anderen Artikel desselben Mediums ergibt.

Aktive Sterbehilfe taucht in den unterschiedlichsten Artikeln und Zusammenhängen auf. Deshalb erscheint es wenig sinnvoll, aus der Häufigkeit von Berichterstattungen mit „Treffern“ bei der Stichwortsuche Schlussfolgerungen zur Bedeutung der Thematik zu ziehen. Insgesamt wird im Folgenden nur ein Bruchteil der Artikel aus dem genannten Zeitraum tatsächlich erwähnt. Das ist akzeptabel, weil es innerhalb aller vier Medien eine hohe Redundanz der Berichterstattung gibt: Es finden sich in einer Zeitung bzw. Zeitschrift immer wieder ähnliche Texte.

Die Prävalenz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden

Es ist überraschend, wie unterschiedlich die Zahlen sind, die im Zusammenhang mit der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden genannt werden. So heißt es im Deutschen Ärzteblatt von 21. Juni 1996 in einer Dokumentation des 99. Deutschen Ärztetages unter der Überschrift „Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie“:

Die Gesamtzahl aktiver Euthanasiemaßnahmen in den Niederlanden liegt gegenwärtig bei mindestens 4700 (ohne die ebenfalls verbreitete ärztliche Beihilfe zum Suizid), entsprechend einem Anteil von 3,6 % der jährlichen Todesfälle. Davon betreffen jährlich circa 1000 Fälle die freiwillige Euthanasie, wobei in 41 % keine Informationen über frühere Einstellungen der Patienten zur Euthanasie vorlagen (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715).

In diesem Text befindet sich ein Flüchtigkeitsfehler. Dass jährlich 1000 Fälle nicht die „freiwillige Euthanasie“, sondern die „nicht-freiwillige Euthanasie“ betreffen, wurde in einem Leserbrief von Christian Spaemann in der Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 5. August 1996 richtig gestellt (Spaemann 1996 S. 2001).

Mir ist nicht klar, wie der Autor auf die Zahl von 4700 Fällen von „Euthanasiemaßnahmen“ kommt. Aus der Studie von Van der Maas und seinen Mitarbeitern für das Jahr 1990 ergeben sich 2300 Fälle von aktiver Sterbehilfe und 1000 Fälle von ärztlicher Tötung ohne Wunsch, insgesamt also 3300 Fälle. Die Zahlen des Jahres 1995 waren zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Artikels noch nicht veröffentlicht. Sie liegen aber ebenfalls niedriger als 4700.

In einem Artikel mit dem Titel „Sterbehilfe bei AIDS“ vom 10. Mai 1996 heißt es im Deutschen Ärzteblatt:

Im Jahr 1991 hat eine Untersuchung in den Niederlanden ergeben, daß bei 38 Prozent aller Todesfälle irgendeine Art von Sterbehilfe gewährt worden war [...] (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996f S. A-1343).

Medizinische Entscheidungen am Lebensende betrafen laut der Totenscheinstudie, dem zweiten Studienteil von van der Maas und seinen Mitarbeitern, 39,4 %

der Todesfälle. Laut dem dritten Studienteil, in dem Ärzte für jeden ihrer in einem bestimmten Zeitraum verstorbenen Patienten einen Fragebogen ausfüllen mussten, waren es 35,4 %. So ist eine Zahl von 38 % der Todesfälle für medizinische Entscheidungen am Lebensende realistisch. Der Begriff Sterbehilfe, der in diesem Artikel gebraucht wird, ist insofern korrekt, als die medizinischen Entscheidungen am Lebensende hauptsächlich Handlungen umfassen, die wir im Deutschen als passive, aktive oder eventuell als indirekte Sterbehilfe bezeichnen würden. Allerdings sind viele Fälle eingeschlossen, in denen unklar ist, ob z. B. das Aussetzen oder Nicht-Einsetzen einer medizinischen Maßnahme überhaupt einen Effekt auf die Lebenszeit hatte. Außerdem ist der Begriff Sterbehilfe ohne den Zusatz „aktiv“ oder „passiv“ im Deutschen nicht klar definiert. Insofern könnte die Formulierung bei manchen Lesern falsche Vorstellungen wecken.

Abgesehen davon fällt auf, dass das Deutsche Ärzteblatt dem Thema „Sterbehilfe bei AIDS“ in den Niederlanden einen eigenen Artikel widmet. Dies spricht dafür, dass die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes von einem großen Interesse für das Thema Sterbehilfe in den Niederlanden unter ihren Lesern, der deutschen Ärzteschaft, ausgeht. Die zugrunde liegenden Daten wurden an einer Population von 131 AIDS-kranken, homosexuellen, zwischen 1985 und 1995 in Amsterdam verstorbenen Männern erhoben.

29 von ihnen (22 Prozent) hatten Euthanasie gewünscht oder waren an einem von ihrem Arzt verschriebenen Mittel verstorben; bei 17 Männern (13 Prozent) waren auf ihren Wunsch lebensverlängernde Therapien abgebrochen oder lebensverkürzende Opiate verordnet worden. Die Summe entspricht also den allgemeinen Verhältnissen (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996f S. A-1343).

Dies schreibt das Deutsche Ärzteblatt zu der Studie, welche von Bindels und seinen Mitarbeitern durchgeführt und im Februar 1996 in der Zeitschrift Lancet unter dem Titel „Euthanasia and physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS“ veröffentlicht worden war.

Irritierend ist die Bemerkung, 29 der Männer hätten Euthanasie gewünscht oder seien an einem von ihrem Arzt verschriebenen Mittel verstorben. Bei Lektüre der Originalstudie wird deutlich, dass jeder dieser 29 entweder an aktiver Sterbehilfe oder ärztlich assistiertem Suizid verstorben ist (Bindels et al. 1996 S. 499). Zu diesen 29 Personen zählt also niemand, der beispielsweise aktive Sterbehilfe gewünscht und nicht gewährt bekommen hätte, wie man nach dem Lesen des Artikels aus dem Deutschen Ärzteblatt vermuten könnte.

Die Bemerkung, in der Summe entspreche die Häufigkeit medizinischer Entscheidungen am Lebensende den allgemeinen Verhältnissen, ist korrekt. Die insgesamt 46 Patienten, bei denen solche Entscheidungen eine Rolle spielten, entsprechen 35 Prozent der 131 untersuchten Fälle. Dies ist in der Tat eine nur geringe Abweichung von den oben erläuterten allgemeinen Zahlen. Die Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid ist jedoch in dieser Gruppe gegenüber ihrem Anteil an der Gesamtzahl der niederländischen Sterbefälle

deutlich erhöht. Dieser Anteil betrug z. B. im Jahr 1990 etwa 2,1 %. Bei diesen Amsterdamer AIDS-Patienten war er mit 22 % mehr als zehnmal so hoch. Dafür waren andere medizinische Entscheidungen am Lebensende bei ihnen seltener. Auch wenn die Gruppe mit 131 Patienten klein ist und die sich ergebenden Prozentzahlen deshalb nur mit Vorsicht zu verallgemeinern sind, erstaunt es, dass der Autor des Artikels im Deutschen Ärzteblatt auf diesen Unterschied zwischen AIDS-Toten und übrigen Sterbefällen in Bezug auf die aktive Sterbehilfe nicht hinweist. Dies erweckt den Eindruck einer relativ oberflächlichen Betrachtung der niederländischen Datenlage zur aktiven Sterbehilfe.

Der Artikel schließt mit folgender Information in Bezug auf die Fälle von aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid:

Die Studie machte es möglich, viele Daten festzuhalten, so auch die Urteile der behandelnden Ärzte: Sie erklärten weitgehend übereinstimmend, daß die meisten dieser Patienten ohnehin innerhalb des nächsten Monats gestorben wären (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996f S. A-1343).

Die Begriffe „Urteile“ und „ohnehin“ lassen diese Worte klingen, als werde von einem moralischen Urteil der Ärzte berichtet. Man bekommt den Eindruck, sie hätten erklärt, aktive Sterbehilfe sei in diesen Fällen moralisch unbedenklich aufgrund der kurzen Lebenserwartung der Patienten. Tatsächlich waren die Ärzte in der Umfrage nur um eine Einschätzung des Krankheitsverlaufes ohne ihr Eingreifen durch aktive Sterbehilfe bzw. ärztlich assistierten Suizid gebeten worden und nicht um ein Werturteil (Bindels et al. 1996 S. 499).

Auch die Zeitung Trouw widmete der Studie von Bindels und seinen Mitarbeitern am 23. Februar 1996 einen Artikel mit dem Titel „Euthanasie bij aidspatient pas in zeer laat stadium“ („Aktive Sterbehilfe bei AIDS-Patienten erst in einem sehr späten Stadium“). Darin heißt es zur Gruppe der durch aktive Sterbehilfe verstorbenen AIDS-Patienten:

Menschen, die durch aktive Sterbehilfe starben, lebten schon länger mit der Diagnose AIDS als diejenigen, die auf natürliche Weise aus dem Leben schieden. Das bedeutet, dass die aktive Sterbehilfe in einem sehr späten Stadium geleistet wurde. Dies wurde bestätigt durch die Ärzte, die berichteten, dass 72 Prozent von den Patienten, denen aktive Sterbehilfe geleistet wurde, nach ihrer Einschätzung noch weniger als einen Monat zu leben gehabt hätten (Editorial Trouw 1996f).¹

Hier werden die Daten von Bindels und seinen Mitarbeitern insofern bewertet, als von dem Autor des Artikels eine verbleibende Lebensspanne von unter einem Monat als später Zeitpunkt für aktive Sterbehilfe angesehen wird. Genauso

¹ Mensen die via euthanasie stierven leefden langer met de diagnose aids dan diegenen die op natuurlijke wijze overleden. Dat betekent dat de euthanasie in een zeer laat stadium werd toegepast. Dit werd bevestigd door de artsen, die rapporteerden dat 72 procent van de patienten op wie euthanasie werd toegepast naar verwachting niet langer dan een maand nog had te leven (Editorial *Trouw* 1996f).

könnte man die Meinung vertreten, dass eine aktive Sterbehilfe, die das Leben eines Patienten um mehr als wenige Stunden verkürze, zu früh komme und keine Sterbehilfe im späten Stadium der Krankheit sei. Das längere Überleben der Sterbehilfe-Patienten gegenüber den auf natürliche Weise Verstorbenen spricht nur dafür, dass aktive Sterbehilfe bei AIDS-Patienten häufig nach bereits langer Krankheitsdauer geleistet wird. Bei diesen Patienten ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich im Endstadium der Krankheit befanden, hoch. Das ist aber nicht zwangsläufig so. Die Krankheit könnte bei diesen Patienten z. B. auch milder verlaufen sein.

Es wird deutlich, dass Trouw und Deutsches Ärzteblatt unterschiedliche Schwerpunkte bei der Darstellung dieser Studie gewählt haben. Insbesondere wurde in Trouw bereits im Titel die Studie als gute Nachricht interpretiert, während das Deutsche Ärzteblatt eine neutrale Überschrift wählte. Bei den Lesern entstehen durch diese beiden Artikel unterschiedliche Eindrücke von der aktiven Sterbehilfe bei AIDS-Patienten.

Reaktionen auf die zweite Studie von van der Maas/van der Wal

In Trouw und Medisch Contact

Im Dezember 1996 stellten der Amsterdamer Hochschullehrer van der Wal und seine Kollegen in ihrem Artikel „Evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie“ („Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe“) in der Zeitschrift Medisch Contact die Ergebnisse ihrer zweiten Studie vor und interpretierten diese. Auf die Ergebnisse der Studie gehe ich im Kapitel „Empirische Studien zur Praxis der aktiven Sterbehilfe“ ein. Hier geht es mir darum, die Interpretation der Autoren mit den Stellungnahmen anderer zu vergleichen.

Die Melderaten für aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid waren nach Schätzungen der Autoren der Studie in den Jahren zwischen 1990 und 1995, nach Einführung der Meldeprozedur, von 18 % auf 41 % gestiegen. Sie schlussfolgerten, die Einführung der Meldeprozedur habe Ärzte dazu gebracht, die Lebensbeendigung auf Wunsch häufiger zu melden. Sie beklagten die sehr geringe Melderate bei der Lebensbeendigung ohne Wunsch. Diese sei darauf zurückzuführen, dass das Melden eines solchen Falls stets zur Strafverfolgung führe.

Van der Wal und seine Mitautoren sahen eine Verbesserung der formalen Sorgfalt in Bezug auf gemeldete und nicht-gemeldete Fälle von Lebensbeendigung auf Wunsch:

Der Beschluss war in 11 % der Fälle im Jahr 1995 nicht mit einem Kollegen besprochen worden, verglichen mit 16 % im Jahr 1990; ein schriftlicher Wunsch

war in 81 % der Fälle des Jahres 1995 verfügbar gegenüber 60 % im Jahr 1990 (van der Wal et al. 1996 S. 1610).²

Insgesamt schlossen van der Wal und seine Mitautoren aus den genannten Fakten, die Einführung der Meldeprozedur habe die gesellschaftliche Kontrolle über aktive Sterbehilfe vergrößert. Die Zahl der nicht-gemeldeten Fälle sei aber noch zu groß.

Die meisten Ärzte hätten in den Umfragen eine Überprüfung der Fälle von aktiver Sterbehilfe gefordert, die ohne Staatsanwalt auskomme. Die Autoren meinten, in dieser Hinsicht sei möglicherweise eine Veränderung des Meldeverfahrens notwendig. Darüber hinaus schlugen sie weitere Veränderungen vor: Ärzte müssten besser darüber informiert werden, wie selten und aus welchen Gründen ein Strafverfahren eingeleitet werde. Damit würde ihnen die Angst genommen und ihre Meldebereitschaft erhöht werden. Der bürokratische Aufwand der Meldung und die Dauer des Prüfverfahrens sollten nach Meinung von van der Wal und seinen Mitautoren verringert werden (van der Wal et al. 1996 S. 1612).

Ihren Artikel abschließend, sahen van der Wal und seine Mitautoren Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Die Zahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe sei nur leicht gestiegen. Die Bewertung des nur leichten Anstiegs als positiv zeigt, dass diese Autoren aktive Sterbehilfe nicht für eine besonders gute Möglichkeit zum Umgang mit menschlichem Leiden halten. Sie meinen lediglich, ihr Vorkommen sei in manchen Fällen unvermeidbar. Deshalb möchten sie die gesellschaftliche Kontrolle über diese Form der Lebensbeendigung erhöhen. Ihre Vorstellung vom richtigen Umgang mit aktiver Sterbehilfe entspricht dem Bild, das Bert Gordijn vom niederländischen Verhältnis zur Lebensbeendigung auf Wunsch zeichnet: Aktive Sterbehilfe ist geduldet, nicht gewollt (Gordijn 2000 S. 318).

Der Jurist H. R. G. Feber argumentiert in seinem Artikel „Nu of nooit: euthanasie uit het strafrecht?“ („Jetzt oder nie: Legalisierung der aktiven Sterbehilfe?“), die einzige Möglichkeit zur Anhebung der Meldezahlen von aktiver Sterbehilfe sei eine Änderung des Strafgesetzbuches, eine Legalisierung der ärztlichen Tötung auf Verlangen. Anlass für seinen Artikel war die zweite Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die hohe Zahl nicht-gemeldeter Fälle. Feber hält es für unwahrscheinlich, dass Ärzte aus Angst vor Strafverfolgung nicht melden. Die Rechtsprechung zur aktiven Sterbehilfe sei in dieser Berufsgruppe ausreichend bekannt (Feber 1996 S. 1616).

Nur durch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könne die Melderate erhöht werden, glaubt Feber. Denn viele Ärzte erführen das Strafrecht als Bedrohung. Diese beiden Argumente passen aus meiner Sicht schlecht zueinander.

² De beslissing was in 11 % van de gevallen in 1995 niet besproken met een collega, vergeleken met 16 % in 1990; een geschreven verslag was in 81 % van de gevallen in 1995 beschikbaar, tegen 60 % in 1990 (van der Wal et al. 1996 S. 1610).

Warum sollten Ärzte das Strafrecht als Bedrohung erfahren, wenn nicht aus Angst vor Strafverfolgung?

Feber nennt neben den geringen Meldezahlen juristische Gründe für die Legalisierung. Die Meldeprozedur widerspreche dem Grundsatz, dass niemand zur Selbstanzeige einer Straftat verpflichtet sei. Die Berufung auf einen Notstand nach Artikel 40 des niederländischen Strafgesetzbuches in Fällen von aktiver Sterbehilfe empfindet er als Aushöhlung dieses Artikels. Das Notstandskriterium werde nicht in individuellen Ausnahmefällen, sondern in allen Fällen von aktiver Sterbehilfe angewendet. Die lebensbeendende Handlung sei meist von langer Hand geplant und habe sich nicht spontan aus einer Notsituation ergeben. Der Verzicht auf eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe hat aus seiner Sicht keine rechtlichen Gründe:

Tatsächlich handelt es sich um eine Form von *window-dressing* für die konfessionellen Parteien und das Ausland, das den niederländischen Ansatz äußerst kritisch betrachtet (Feber 1996 S. 1617).³

Feber schlägt zum Schluss ein Gesetz vor, das dem heute gültigen sehr ähnlich ist.

Typisch für die niederländische Debatte ist, dass er seine Forderung mit zu niedrigen Meldezahlen begründet. Dabei passt das daran geknüpfte Argument schlecht zu seinen übrigen Argumenten. Vermutlich ist er sich der zentralen Bedeutung der Meldezahlen in den Niederlanden bewusst. Unter Ausnutzung dieser Bedeutung versucht er, die Leser für seinen Vorschlag der Legalisierung zu gewinnen.

Ein dritter Artikel in der Zeitschrift *Medisch Contact* vom 13. Dezember 1996 beschäftigt sich ebenfalls mit der neuesten Studie von van der Maas, van der Wal und ihren Mitautoren. Es handelt sich um eine Stellungnahme der Ärztevereinigung KNMG unter dem Titel „Evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure euthanasie, Reactie KNMG“ („Untersuchung zur Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe, Reaktion der KNMG“).

Der Text lobt die Bemühungen der Forscher und der in die Studie einbezogenen Ärzte. Das Ergebnis gebe einen guten Einblick in die niederländische Praxis aktiver Sterbehilfe. Als Anlass zur Sorge sieht der Autor die geschätzte Zahl von 900 Fällen im Jahr 1995, in denen Patienten ohne ausdrücklichen Wunsch von Ärzten getötet worden waren. Der Autor bemerkt hierzu, die Häufigkeit der Fälle ohne Patientenwunsch habe gegenüber dem Jahr 1990 abgenommen (*Editorial Medisch Contact* 1996 S. 1613). Diese Aussage entspricht der Wahrnehmung der Autoren der Studie (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

³ In feite is er sprake van een vorm van *window-dressing* ten behoeve van de confessionele partijen en ten opzichte van het buitenland, dat de Nederlandse aanpak uiterst kritisch volgt (Feber 1996 S. 1617).

Dabei hatte es sich im Jahr 1990 um geschätzte 100 Fälle mehr, nämlich um 1000 Fälle ohne Patientenwunsch gehandelt. Das hatte einen Anteil an der Gesamtzahl der Todesfälle von 0,8 % gegenüber 0,7 % im Jahr 1995 ausgemacht. Insbesondere da es sich um geschätzte Zahlen handelt, ist die Interpretation als leichte Abnahme fraglich und könnte man meiner Ansicht nach auch von zufälligen Schwankungen der Häufigkeit ausgehen.

In der Stellungnahme der KNMG wird zu diesen Fällen weiter ausgeführt:

Weiter unterscheidet sich ein beträchtlicher Teil (zwei von fünf Fällen) wenig von einem natürlichen Tod, in dem Sinne dass es um Hilfe am Ende der Sterbephase geht. Das ändert nichts daran, dass, wo dies möglich ist, absolute Klarheit über den Wunsch des Patienten bestehen sollte (Editorial *Medisch Contact* 1996 S. 1613).⁴

Woher die Angabe „zwei von fünf Fällen“ kommt, ist für mich nicht nachvollziehbar. Laut Van-der-Maas-Studie war in 33 % der Fälle von Lebensbeendigung ohne Wunsch das Leben um weniger als 24 Stunden und in weiteren 58 % um weniger als eine Woche verkürzt worden (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705).

33 % entsprächen etwa zwei von sechs Fällen. Möglicherweise ist die Aussage der KNMG darauf bezogen?

Zum Meldeverhalten bei der ärztlichen Tötung ohne Patientenwunsch führt der Autor dieser Stellungnahme aus:

Fälle von lebensbeendenden Handlungen ohne ausdrücklichen Wunsch werden nahezu nicht gemeldet, was zusammenhängt mit der juristischen Unklarheit dieses Punktes und der Strafverfolgungspolitik der Staatsanwaltschaft. In diesen Punkten ist deshalb noch eine wichtige Verbesserung – im Sinn von Offenheit und Prüfbarkeit – zu erreichen (Editorial *Medisch Contact* 1996 S. 1613).⁵

Was mit „juristischer Unklarheit“ in Bezug auf Tötung von Patienten ohne den ausdrücklichen Wunsch gemeint sein soll, ist mir nicht klar. Zwar gibt es immer wieder Forderungen in den Niederlanden, eine Tötung von nicht-einwilligungsfähigen Patienten zu akzeptieren, wenn diese mutmaßlich unerträglichem Leiden ausgesetzt sind. Doch ist der ausdrückliche Wunsch des Patienten eines der offiziellen Sorgfaltskriterien. Im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe ist

⁴ Verder verschilt een substantieel deel ervan (twee op de vijf gevallen) weinig van een natuurlijke dood, in die zin dat er sprake is van hulp in het einde van de stervensfase. Dat neemt niet weg dat het noodzakelijk is dat er waar dit mogelijk is volstrekte duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt (Editorial *Medisch Contact* 1996 S. 1613).

⁵ Gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek worden vrijwel niet gemeld, hetgeen samenhangt met de juridische onduidelijkheid op dit punt en het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie. Op die punten is derhalve nog een belangrijke verbetering – in de zin van openheid en toetsbaarheid – te realiseren (Editorial *Medisch Contact* 1996 S. 1613).

die rechtliche Situation der Tötung ohne Patientenwunsch in den Niederlanden jederzeit eindeutig gewesen.

Es wird ebenfalls nicht deutlich, wie sich der Autor in diesem Zusammenhang eine Verbesserung im Sinn von Offenheit und Prüfbarkeit vorstellt. Er formuliert an anderer Stelle als Standpunkt der KNMG, neben aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid sollten auch alle anderen Formen von aktiver Lebensbeendigung gemeldet werden. Sollen die Fälle von ärztlicher Tötung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch genau wie die aktive Sterbehilfe der Meldeprozedur unterworfen werden? Dann müsste man auch für sie Kriterien der Straffreiheit schaffen, da ansonsten die Meldung nur eine Selbstanzeige wäre. Diese ist auch ohne Meldeprozedur möglich und für Ärzte nicht sehr attraktiv. Eine Meldeprozedur für Lebensbeendigung ohne Wunsch käme einem Verzicht auf das Sorgfaltskriterium des ausdrücklichen und wohlüberlegten Wunsches gleich. Meines Eindrucks stolpert der Autor an dieser Stelle über den in den Niederlanden weit verbreiteten Wunsch nach Transparenz. Vor lauter Interesse an Offenheit vergisst er, vor sich selbst darüber Rechenschaft abzulegen, ob er der Lebensbeendigung ohne Wunsch tatsächlich einen festen Platz in der niederländischen Gesellschaft anbieten möchte und mit welchen Konsequenzen dies verbunden sein könnte.

Weiterhin fordert die KNMG mit diesem Artikel eine genauere Umschreibung der Rolle des Leichenbeschauers, der zum damaligen Zeitpunkt die Meldungen der Ärzte entgegennahm und an die Staatsanwaltschaft weitergab.

Im letzten Teil des Artikels werden eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und das Einsetzen von Prüfungskommissionen, wie sie heute bestehen, gefordert. Die Prüfung durch die Staatsanwaltschaft stelle für Ärzte einen Hinderungsgrund bei der Meldung dar. Außerdem seien Staatsanwälte nicht geeignet, die medizinisch-professionelle Qualität der Entscheidungen zu überprüfen (Editorial Medisch Contact 1996 S. 1613).

Die KNMG als Ärztevereinigung möchte die Überprüfung ärztlicher Handlungen in ärztlicher Hand wissen. Ihre Reaktion stimmt mit Febers in der Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe überein. Auch mit der Argumentation von van der Wal und seinen Mitarbeitern bestehen Gemeinsamkeiten.

In einem vierten Artikel der Medisch Contact vom 13. Dezember 1996 lässt der Autor Joost Visser verschiedene Personen zu Wort kommen unter dem Titel „Evaluatieonderzoek meldingsprocedure euthanasie, Commentaren“ („Untersuchung zur Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe, Kommentare“).

R. J. M. Dillmann, ärztlicher Sekretär der KNMG, äußert sich inhaltlich ganz ähnlich wie die KNMG in ihrer oben besprochenen Stellungnahme. Er erwähnt zusätzlich, die Beratung mit einem ärztlichen Kollegen vor der Durchführung der aktiven Sterbehilfe müsse sich verändern. Statt einer bloßen Prüfung des Falls solle es Information und Begleitung durch einen erfahrenen Arzt geben.

K. J. P. Haasnoot, Vizevorsitzender der Ärztevereinigung Nederlands Artsen Verbond (Niederländischer Ärztesbund, NAV), äußert zunächst seine grundsätzliche Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. In einem „Klima der aktiven Sterbehilfe“ wie in den Niederlanden werde die Palliativmedizin zu Unrecht auf den zweiten Platz verwiesen. Töten gehöre nicht zum ärztlichen Beruf. Ärzte müssten nach anderen Wegen suchen. Aus den Ergebnissen der aktuellen Studie greift Haasnoot nur einen Punkt auf:

Uns fällt auf, dass der Leichenbeschauer eine andere Rolle hat, als sie in der Meldeprozedur vorgesehen ist. Viele behandelnde Ärzte haben im Vorhinein Kontakt oder beraten sich mit dem Leichenbeschauer. Er ist nicht verwaltend, sondern beratend und urteilend tätig (Visser 1996 S. 1614).⁶

Mir ist nicht klar, warum Haasnoot eine beratende Rolle des Leichenbeschauers für ungünstig hält. Vielleicht ist der Grund nur formal: Diese Rolle ist seiner Meinung nach in den Richtlinien nicht vorgesehen. Möglicherweise vermutet er, dass der Leichenbeschauer zu tief in die individuellen Probleme hineingezogen werde, um anschließend Fälle objektiv beurteilen zu können. Allerdings war die eigentliche Beurteilung nach der damaligen Meldeprozedur nicht seine Aufgabe, sondern die des Staatsanwaltes.

R. H. L. M. van Boxtel, Mitglied der Partei D66 und der Zweiten Kammer des niederländischen Parlaments, beklagt die zu niedrigen Meldezahlen, fordert eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte und die Einführung von regionalen Prüfkommisionen aus Ärzten, Juristen und Ethikern.

Zur Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch äußert sich van Boxtel folgendermaßen:

Lebensbeendigung ohne Wunsch kommt glücklicherweise selten vor. Hierfür muss eine überregionale Kommission eingerichtet werden (Visser 1996 S. 1614).⁷

W. J. C. Swildens-Rozendaal, Mitglied der PvdA und der Zweiten Kammer des niederländischen Parlaments, äußert, seine Partei denke über die Einrichtung regionaler Prüfkommisionen für Fälle von aktiver Sterbehilfe nach. Zu einer möglichen Änderung des Strafgesetzbuches möchte er sich nicht äußern.

Er betont, dass die Bereitschaft zur Meldung der aktiven Sterbehilfe sich innerhalb von wenigen Jahren verdoppelt habe, dies jedoch nicht ausreiche. Um die Meldebereitschaft zu erhöhen, macht er folgende Vorschläge:

⁶ Ons valt op dat de rol van de lijkschouwer anders is dan in de meldingsprocedure is bedoeld. Veel behandelend artsen hebben vooraf contact of overleg met de lijkschouwer. In plaats van administratief, is hij consultatief en oordelend bezig (Visser 1996 S. 1614).

⁷ Levensbeëindiging niet op verzoek komt gelukkig weinig voor. Daarvoor moet een landelijke commissie komen (Visser 1996 S. 1614).

Wir müssen Ärzten Klarheit geben. Diese ist bitter nötig. Denn es ist schade, wenn ein Arzt einen Wunsch ablehnt, oder wenn er nicht meldet, weil er denkt, dass es Probleme geben wird. Wir müssen auch Patienten anregen, deutlich zu machen, was sie wollen und was sie nicht wollen (Visser 1996 S. 1614).⁸

Interessant ist, dass Swildens-Rozendaal es schade findet, wenn ein Arzt nur aus Angst vor Problemen den Wunsch eines Patienten nach aktiver Sterbehilfe ablehnt. Hier wird deutlich, dass es ihm nicht um eine Duldung der aktiven Sterbehilfe im Sinn von Bert Gordijn geht (Gordijn 2000 S. 318). Swildens-Rozendaal hält sie in bestimmten Situationen für den richtigen Weg, der Patienten nicht aus falschen Gründen verwehrt bleiben sollte.

V. A. M. van der Burg kommentiert als Mitglied der Partei CDA und der Zweiten Kammer des niederländischen Parlaments die Studie zur Evaluation der aktiven Sterbehilfe:

Dass sechzig Prozent der Fälle nicht gemeldet werden, bedeutet nicht gleichzeitig, dass die Meldeprozedur nicht gut wäre.

Dieser Bericht ist nicht mehr als eine Momentaufnahme (Visser 1996 S. 1615).⁹

Trotz seiner Befürwortung der jetzigen Meldeprozedur wünscht sich Van der Burg mehr Überprüfung von Ärzten durch andere Ärzte. Außerdem fordert er eine Verbesserung der Palliativmedizin in den Niederlanden (Visser 1996 S. 1615).

Der Anwalt E. Ph. R. Sutorius findet die Höhe der Melderate inakzeptabel. Allerdings könne er die mangelnde Meldebereitschaft der Ärzte verstehen, solange aktive Sterbehilfe als kriminelle Handlung angesehen werde. Sie hätten Angst vor Strafverfolgung und bürokratischem Aufwand. Außerdem fehle ihnen eine Tradition der Übernahme von Verantwortung (Visser 1996 S. 1615).

Sutorius fordert einen überregionalen Rat und sieben regionale Kommissionen, die Fälle von aktiver Sterbehilfe nicht nur im Nachhinein überprüfen sollen. Er wünscht sich außerdem eine Beratung der Ärzte im Vorhinein durch die Kommissionen. Nur bei schwerer Schuld und kriminellen Absichten sollte seiner Meinung nach der Staatsanwalt eingeschaltet werden.

Für den Fall, dass vor dem Hintergrund solcher Regelungen nicht alle Fälle gemeldet würden, fordert Sutorius „gezielte Aktionen“. Konkrete Vorschläge dafür macht er nicht.

⁸ We moeten artsen de broodnodige duidelijkheid geven. Want het is jammer als de dokter niet ingaat op een verzoek of niet meldt, alleen omdat hij denkt dat het niet klopt. We moeten ook patiënten stimuleren om duidelijk te maken wat ze wel en niet willen (Visser 1996 S. 1614).

⁹ Dat zestig procent van de gevallen niet wordt gemeld, betekent dan ook niet dat de meldingsprocedure niet goed is. Dit rapport is niet meer dan een momentopname (Visser 1996 S. 1615).

Der Amsterdamer Hausarzt P. W. Postema ist enttäuscht von der geringen Meldedahl. Er melde stets, empfinde die Sorgfaltskriterien als gut und klar. Den Patienten gegenüber könne er anhand dieser Kriterien begründen, warum er auf eine Bitte um aktive Sterbehilfe eingehe oder nicht. Seiner Meinung nach sollte aktive Sterbehilfe strafbar bleiben. Die Erfahrung, dass es keine Probleme mit der Justiz gebe, würden die Ärzte aneinander weitergeben. In Zukunft werde es deshalb mehr Meldungen geben. Es brauche einige Jahre Geduld (Visser 1996 S. 1615).

H. Schraven, damals Vorsitzender der NVVE, fordert eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, um die Melderate zu erhöhen. Außerdem bemerkt er:

Nur eine von drei Bitten um Sterbehilfe wird erfüllt. In der Psychiatrie sind es noch wesentlich weniger. Das ist beunruhigend, denn jeden Tag werfen sich Menschen vor den Zug anstatt hineinzusteigen (Visser 1996 S. 1615).¹⁰

Für Schraven steht offensichtlich der Autonomiegedanke bei der Gewährung aktiver Sterbehilfe im Vordergrund. Wäre aktive Sterbehilfe nur in Ausnahmefällen sein Ziel, würde er sich über die hohe Zahl nicht gewährter Bitten freuen.

G. van den Berg, Direktor der „Niederländischen Patientenvereinigung“ („Nederlandse Patiënten Vereniging“), erwähnt zu Anfang seines Beitrages, seine Organisation sei gegen aktive Sterbehilfe. Trotzdem müsse man akzeptieren, dass sie vorkomme. In dieser Situation sei es wichtig, dass Ärzte sich an Regeln hielten und meldeten. Um dieses Ziel zu erreichen, müsse die Meldeprozedur vereinfacht werden. Van der Berg spricht sich gegen Kommissionen aus. Die Berufsgruppe dürfe sich nicht selbst prüfen. Dies müsse objektiv geschehen. Weiterhin fordert van den Berg eine Verbesserung der Palliativmedizin, ihre Integration in die ärztliche Ausbildung und einen Spezialisten auf diesem Gebiet für jedes Krankenhaus. Zur Stimmung in der Bevölkerung in Bezug auf aktive Sterbehilfe meint er:

Uns fällt auf, dass viele Menschen Angst haben und sich Sorgen machen (Visser 1996 S. 1615).¹¹

Ein Vertreter der Staatsanwaltschaft und ein Sprecher der Partei VVD wollten sich in diesem Artikel zu der Studie nicht äußern, weil ihre Organisationen sich zum Zeitpunkt der Anfrage der Zeitschrift Medisch Contact noch keinen Standpunkt erarbeitet hatten (Visser 1996 S. 1614–1615).

In der Zeitung Trouw wurde am 27. November 1996 auf der Titelseite die zweite Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern vorgestellt unter der Überschrift „Toch zijn artsen de laatste vijf jaar zorgvuldiger geworden“ („Und doch

¹⁰ Slechts één op de drie verzoeken om hulp wordt gehonoreerd. In de psychiatrie nog veel minder. Dat is verontrustend, want iedere dag stappen er mensen niet in de trein maar ervóór (Visser 1996 S. 1615).

¹¹ Wij merken dat veel mensen bang zijn en zich zorgen maken (Visser 1996 S. 1615).

sind Ärzte in den letzten fünf Jahren sorgfältiger geworden“) (Editorial Trouw 1996j S. 1).

In einem Kommentar mit dem Titel „Euthanasie“ in der Zeitung Trouw heißt es:

Es ist ein Gewinn an sich, dass in den Niederlanden das Tabu der Hilfe zur Selbsttötung bereits seit einiger Zeit gebrochen ist. Das Tabu stand ja einer freien Diskussion über die Möglichkeit eines „sanften Todes“ (Euthanasie) im Weg, während dies oft der einzige Ausweg ist im Fall von unerträglichem Leiden. Ein Leiden wohl gemerkt, dass wir paradoxerweise oft wiederum dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu „verdanken“ haben (Editorial Trouw 1996e S. 1).¹²

An dieser Stelle offenbart sich das aus Sicht des Historikers James Kennedy typische niederländische Gedankengut (Kennedy 2002 S. 16). Als wichtigster Fortschritt im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe wird die Aufhebung eines Tabus angesehen. Allerdings lobt der Autor dieses Trouw-Artikels die „bespreekbaarheid“ nicht losgelöst von jeglichen Vorteilen der aktiven Sterbehilfe in der Praxis. Seiner Meinung nach ist die aktive Sterbehilfe Instrument gegen durch die moderne Medizin verursachtes Leid.

Im Weiteren schreibt er: Als Ergebnis der Enttabuisierung sei die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe stark angestiegen. Davon müsse man sich nicht beunruhigen lassen. Denn laut der Studie gingen Ärzte sehr sorgfältig mit der aktiven Sterbehilfe um. Trotzdem müsse verstärkt über Alternativen zur aktiven Sterbehilfe wie die Palliativmedizin nachgedacht werden.

Was hier als „starker Anstieg“ empfunden wird, sehen van der Wal und seine Mitautoren der Studie nur als „leichten Anstieg“ an.

Der Autor des Trouw-Artikels meint darüber hinaus, beunruhigend sei die hohe Zahl der nicht-gemeldeten Fälle. Er hält aber eine Legalisierung nicht für eine gute Lösung dieses Problems. Er appelliert an die Ärzte zu melden, damit die aktive Sterbehilfe von den Patienten nicht als Bedrohung empfunden werde.

Am 28. November 1996 berichtete Trouw unter dem Titel „Economisch motief speelt nooit rol bij euthanasie“ („Wirtschaftliche Motive spielen bei der aktiven Sterbehilfe keine Rolle“) über die zweite Studie von van der Maas und van der Wal. Hervorgehoben wurde in diesem Artikel einerseits die Zunahme der Häufigkeit aktiver Sterbehilfe und andererseits die Abnahme der Häufigkeit von Tötungen ohne Wunsch. Der Text zitiert van der Maas mit den folgenden Worten: Es habe in Bezug auf aktive Sterbehilfe keinen Erdrutsch gegeben, aber eine

¹² Het is op zichzelf winst dat in Nederland het taboe op hulp bij zelfdoding al geruime tijd geleden is doorbroken. Het taboe immers stond een vrije discussie over de mogelijkheid van een „zachte dood“ (euthanasie) in de weg, terwijl dat vaak de enige uitweg is in geval van ondraaglijk lijden. Een lijden wel te verstaan dat we paradoxaal genoeg vaak weer te „danken“ hebben aan de vooruitgang van de medische wetenschap (Editorial *Trouw* 1996e S.1).

kulturelle Veränderung. Ärzte würden häufiger um aktive Sterbehilfe gebeten. Gleichzeitig handelten sie professioneller und technisch besser. Dies zeige sich in der Abnahme der Fälle von Lebensbeendigung ohne Wunsch.

Obwohl die Anzahl der Meldungen auch gestiegen ist, bleibt die [relative] Anzahl seit Einführung von den Änderungen des Gesetzes zur Leichenbestattung von 1994 stabil bei ungefähr vierzig Prozent (Editorial Trouw 1996c).¹³

Es bleibt unklar, wie der Autor meint feststellen zu können, dass die prozentuale Meldezahl seit 1994 gleich geblieben sei bei etwa 40 Prozent. Schließlich gab es im Jahr 1994 im Gegensatz zum Jahr 1995 keine Erhebung zur tatsächlichen Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe durch anonyme Umfragen. Der Anteil der Meldungen an der Gesamtzahl kann deshalb für dieses Jahr nicht festgestellt werden. Denn diese Gesamtzahl ist unbekannt.

Van der Maas wird in dem Artikel zitiert mit der Behauptung, wirtschaftliche Motive für aktive Sterbehilfe spielten in den Niederlanden keine Rolle. Dies ergebe sich aus seiner Studie.

Meiner Meinung nach ist es nicht sicher, dass Ärzte ökonomische Motive in den Interviews und Fragebögen angeben hätten. Eine solche Tat wäre so schambelegt, dass sie möglicherweise trotz der gegebenen Anonymität verschwiegen würde. Außerdem wäre die Studie nicht in der Lage gewesen, ökonomische Motive zu erfassen, die dem befragten Arzt selbst nicht bekannt waren. So könnten ältere Menschen von ihren Angehörigen, die auf das Erbe hoffen oder die Last der Pflege nicht mehr ertragen, zur Einwilligung in die aktive Sterbehilfe überredet worden sein. Dieses Überreden hätte dem Arzt verborgen bleiben können. Außerdem könnte jemand um aktive Sterbehilfe bitten, der sich von Pflegekräften und Ärzten vernachlässigt fühlt, die aus ökonomischen Gründen wenig Zeit für einzelne Patienten haben. Dieser Zusammenhang wäre dem befragten Arzt möglicherweise nicht klar und vielleicht nicht einmal dem Patienten selbst. Es gibt keinen Grund zu vermuten, dass solche Fälle in den Niederlanden vorkommen. Sie sind aber wahrscheinlicher als Fälle, in denen ein Arzt in vollem Bewusstsein aus wirtschaftlichen Gründen tötet. Die Schlussfolgerung, ökonomische Motive spielten keine Rolle, kann aus keiner der Studien von van der Maas und seinen Mitarbeitern gezogen werden.

Ein weiterer Artikel in der Zeitung Trouw vom 28. November 1996 beschäftigte sich unter dem Titel „Sutorius: Zorgvuldige aanmelders moet je met rust laten“ („Sutorius: Wer sorgfältig handelt und aktive Sterbehilfe meldet, muss in Ruhe gelassen werden“) mit den Reaktionen des Rechtsanwaltes Sutorius. Dieser war mehrfach als Strafverteidiger von Ärzten tätig, unter anderem in den Fällen Kadijk und Prins. Sutorius äußerte angesichts der zweiten Studie von Van der Maas, er sei beruhigt hinsichtlich der Sorgfalt der Ärzte. Ihn enttäusche jedoch

¹³ Hoewel het aantal meldingen ook is gestegen, blijft het [relatieve] aantal sinds invoering van de wijzigingen in de Wet op de lijkbezorging van 1994 stabiel op ongeveer veertig procent (Editorial *Trouw* 1996c).

die zu geringe Melderate. Er wollte die aktive Sterbehilfe aus dem Strafrecht entfernt sehen und wird mit diesen Worten zitiert:

Aktive Sterbehilfe ist keine Straftat, und der Arzt, der diese Handlung durchführt, darf nicht wie ein Krimineller behandelt werden. Sonst geraten wir tatsächlich auf eine schiefe Ebene (Editorial Trouw 1996i).¹⁴

Sutorius spielt hier mit dem Argument der schiefen Ebene als dem Argument der Gegner aktiver Sterbehilfe. Vermutlich will er andeuten, im Rahmen mangelnder staatlicher Kontrolle bei zu geringen Melderaten könne es zu ungünstigen Entwicklungen kommen. Seiner Meinung nach liegt die eigentliche Gefahr in der heimlichen Sterbehilfe, nicht in der aktiven Sterbehilfe an sich.

Der Artikel lässt im Weiteren den Gynäkologen Prins zu Wort kommen, der wegen der Tötung eines schwer kranken Neugeborenen strafrechtlich verfolgt worden war. Er schäme sich für die Ärzte wegen der geringen Melderate. Er glaube allerdings, mit der aktuellen Prozedur werde sich diese auch langfristig nicht erhöhen. Er wünscht sich Prüfkommisionen:

Ob die Rede sein kann von einer ausgewogenen Regelung, hängt von der Verbindung solch einer Kommission zur Justiz ab. Die sollte es nämlich nicht geben. Aber ich befürchte, dass es wieder so eine holländische Lösung mit einem halben Kompromiss geben wird (Editorial Trouw 1996i).¹⁵

Anscheinend empfindet Prins eine Duldung der aktiven Sterbehilfe, wie sie beispielsweise von Bert Gordijn beschrieben wird (Gordijn 2003 S. 18), als typisch niederländisch. Er wünscht sich ein klareres Bekenntnis zur aktiven Sterbehilfe ohne Kompromisse.

Wieder steht in diesem Artikel die Frage im Mittelpunkt, wie die Meldezahl erhöht werden könne. Außerdem steht der Arzt im Mittelpunkt, dem aus Sicht von Sutorius und Prins die damals gültige Meldeprozedur nicht zugemutet werden kann.

Ein anderer Artikel in der Trouw vom 28. November 1996 beschäftigt sich unter dem Titel „Wetenschappers oordelen mild over Hollandse remedie“ („Wissenschaftler urteilen mild über das holländische Rezept“) mit der ausländischen Reaktion auf die zweite Studie von van der Maas. Dabei geht es unter anderem um einen Text im *New England Journal of Medicine*. Dieser sehe die Niederlande nicht auf einer schiefen Ebene in Bezug auf aktive Sterbehilfe, heißt es in Trouw (Editorial Trouw 1996k).

¹⁴ Euthanasie is geen criminaliteit en de arts die deze handeling verricht, mag niet worden behandeld als een crimineel. Anders komen we echt op een hellend vlak (Editorial *Trouw* 1996i).

¹⁵ Of je kan spreken van een gebalanceerde regeling, hangt af van de relatie die zo'n commissie heeft met justitie. Die zou er namelijk niet moeten zijn. Maar ik ben bang dat het wel weer op z'n Hollands zal worden opgelost met een half compromis (Editorial *Trouw* 1996i).

Als Beispiel für eine negative Beurteilung der niederländischen Sterbehilfe-Politik nennt der Autor des Artikels das Buch des amerikanischen Psychiaters Herbert Hendin mit dem Titel „Hollandse remedie“ („Das holländische Rezept“). Ihm setzt er entgegen, aktive Sterbehilfe, assistierter Suizid und andere Formen der Lebensbeendigung gebe es in allen Industrienationen.

Bei einer neuen Untersuchung im Staat Washington stellte sich heraus, dass 12 Prozent der Ärzte im letzten Jahr eine Bitte um Hilfe zur Selbsttötung und vier Prozent eine Bitte um aktive Sterbehilfe empfangen hatten. Sie waren auf ein Viertel dieser Bitten eingegangen. Eine Zahl, die wenig von den niederländischen Zahlen abweicht (Editorial Trouw 1996k).¹⁶

Dies ist eine in den Niederlanden häufig gebrauchte Argumentation. In FAZ und Deutschem Ärzteblatt wird der Blick in den von mir betrachteten Texten deutlich seltener auf solche außerhalb der Niederlande erhobenen Zahlen zur aktiven Sterbehilfe gelenkt.

Die Reaktionen von der Ärzteorganisation KNMG, der „Nederlandse Patientenvereniging“ („Niederländische Patientenvereinigung“, NPV) und der „Nederlandse Vereniging voor vrijwillige euthanasie“ („Niederländische Vereinigung für aktive Sterbehilfe“, NVVE) schildert Trouw in einem Artikel mit dem Titel „Melden euthanasie bij justitie geeft crimineel gevoel“ („Das Melden von aktiver Sterbehilfe bei der Justiz sorgt für ein Gefühl von Kriminalität“), erschienen ebenfalls am 28. November 1996.

Der Artikel erläutert den Standpunkt des KNMG-Sekretärs van Berkestijn in Bezug auf Lebensbeendigung ohne Wunsch. Diese Fälle gäben Anlass zur Sorge. Sie beträfen in der Regel Menschen, von denen der Arzt wisse, dass sie aktive Sterbehilfe wollen würden. Meist könnten diese Menschen das nicht mehr äußern. Die zurückgegangene Häufigkeit dieser Fälle sei ein gutes Zeichen. Zufrieden sei die KNMG damit aber noch nicht (Editorial Trouw 1996h).

Die NPV meint, man könne die Anzahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe senken, indem man die Palliativmedizin in den Niederlanden verbessere.

Die NVVE fordert eine Änderung des Strafgesetzbuches zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Nur so, nicht durch Einführung von Prüfkommisionen, könne die Meldezahl erhöht werden (Editorial Trouw 1996h).

Einen eigenen Artikel widmete die Zeitung Trouw am 28. November 1996 den Fällen von Lebensbeendigung durch Ärzte ohne den Wunsch des Patienten unter dem Titel „De ‚duizend van Rummelink‘ [sic!] in elk geval gedaald“ („Die ‚Tausend von Rummelink‘ in jedem Fall verkleinert“). Gonny ten Haaf sprach für diesen Artikel mit Rummelink selbst. Dieser meinte, zu Unrecht würden in

¹⁶ Uit een recent onderzoek in de staat Washington bleek dat 12 procent van de artsen het laatste jaar een verzoek om hulp bij zelfdoding en vier procent een verzoek om euthanasie had bereikt. Zij waren op een kwart van die verzoeken ingegaan. Een cijfer dat weinig afwijkt van het Nederlandse (Editorial *Trouw* 1996k).

Zeitungsentwürfen über aktive Lebensbeendigung regelmäßig die „Tausend von Rummelink“ in den Vordergrund gerückt. Die Autoren hätten immer das Ziel von zeigen, dass in den Niederlanden das Leben von Menschen leichtfertig und ohne deren Zustimmung beendet werde. Ten Haaf schreibt, Rummelink müsse nun ihr gegenüber wieder erklären, was er notgedrungen schon hundertmal erklärt habe:

[...] mehr als 600 von diesen 1000 Menschen hatten in einer früheren Phase erklärt, dass aktive Lebensbeendigung für sie eine Möglichkeit sein könne. Von den übrigen 400 waren einige beispielsweise bewusstlos oder litten viele Schmerzen. Kurzum, bei den 1000 – und inzwischen sind es also 900, so lese ich hier – handelt es sich nicht um verantwortungsloses, medizinisches Handeln (ten Haaf 1996c).¹⁷

Mir ist nicht klar, wie Rummelink auf die von ihm genannten Zahlen kommt. In der Studie von 1990, auf die er sich anscheinend bezieht, da er von den damaligen 1000 Fällen im Gegensatz zu den späteren 900 spricht, hatten die befragten Ärzte für nur 28 % angegeben, der Patient habe zu einem früheren Zeitpunkt seine grundsätzliche Zustimmung zu einer aktiven Lebensbeendigung erklärt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 63). In der damals aktuellen Studie von 1995 war in etwa der Hälfte der Fälle von Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch zuvor mit dem Patienten über das Thema gesprochen worden (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705). Möglicherweise lagen Rummelink weitere Informationen aus anderen, vielleicht unveröffentlichten Untersuchungen vor.

Aus dem Artikel geht deutlich hervor, dass die Autorin Gonny ten Haaf die Angriffe auf die Niederlande wegen der „Tausend von Rummelink“ als zu hart und beinahe als eine Art Kampagne empfindet.

In FAZ und Deutschem Ärzteblatt

„Euthanasie in den Niederlanden, 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet“ titelte das Deutsche Ärzteblatt am 13. Dezember 1996. Auch in Medisch Contact und in Trouw war diese Prozentzahl gründlich unter die Lupe genommen worden. Allerdings hatte sie es in keinem der Blätter in den Titel eines Artikels geschafft. Während Medisch Contact neutrale Titel gewählt hatte, hoben die Titel in *Trouw* begrüßenswerte Ergebnisse der Studie hervor: Es hieß darin, Ärzte seien sorgfältiger geworden, wirtschaftliche Motive spielten keine Rolle, die Häufigkeit der Lebensbeendigung ohne Wunsch habe

¹⁷ [...] meer dan 600 van die 1000 mensen hadden in een eerdere fase aangegeven dat actieve levensbeëindiging een mogelijkheid zou kunnen zijn. Van de overige 400 waren sommigen bijvoorbeeld buiten kennis, of leden veel pijn. Kortom, die 1000 – en inmiddels zijn het er dus 900 lees ik hier – betreffen geen onverantwoord medisch handelen (ten Haaf 1996c).

sich vermindert. Das *Deutsche Ärzteblatt* wählte im Gegensatz dazu ein weniger günstiges Ergebnis der Studie.

Bei der Suche nach Gründen für das Nicht-Melden weicht das Deutsche Ärzteblatt nicht von den aus Medisch Contact bekannten Überlegungen ab:

[...] die meisten Ärzte setzen sich offenbar aus Angst vor Konsequenzen und wegen des langwierigen juristischen Prüfverfahrens über die Meldevorschrift hinweg (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996b S. A-3334).

In dem Artikel wird außerdem der deutliche Anstieg der Meldezahlen seit 1990 erwähnt ebenso wie die niederländische Diskussion um Prüfungskommissionen aus Ärzten, Juristen und Ethikern. Eine unscharfe Formulierung findet sich im folgenden Satz:

Weiter geht aus der Studie hervor, daß vor sechs Jahren etwa 25000 Menschen um aktive Sterbehilfe angefragt hatten, 1995 waren es 34500; das sind 2,4 % aller Sterbefälle im Nachbarland (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996b S. A-3334).

Diese Formulierung suggeriert, die 34500 Bitten entsprächen den 2,4 % der Sterbefälle, in denen aktive Sterbehilfe tatsächlich durchgeführt wurde. Dies legt erstens nahe, jede Bitte um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden sei erfüllt worden. Zweitens entsteht der fehlerhafte Eindruck von mehr als 34000 Todesfällen durch aktive Sterbehilfe.

Im Anschluss an die Vorstellung der zweiten Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern geht der Autor des Artikels kurz auf die aus seiner Sicht intensive niederländische Debatte zur aktiven Sterbehilfe ein.

Der Begriff „euthanasie“ ist dort allgemein gebräuchlich und gilt als historisch unbelastet. Die Ärzteorganisation „Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst“ und die Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie halten die derzeitige Regelung für angemessen. Eine neue Initiative „Vrijwillig Leven“ plädiert sogar für ein Recht auf Selbsttötung unabhängig von der Beurteilung eines Arztes (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996b S. A-3334).

Der Autor hat das Gefühl, explizit darauf hinweisen zu müssen, dass die Niederländer den Euthanasie-Begriff nicht mit dem Nationalsozialismus in Verbindung bringen. Offensichtlich geht er davon aus, dass dieser Bezug in deutschen Köpfen automatisch hergestellt wird. Es ist im Übrigen nicht richtig, dass der Begriff „euthanasie“ in den Niederlanden als historisch unbelastet gilt. In Texten über die Massentötungen kranker und behinderter Menschen in Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus wird im Niederländischen ebenfalls das Wort „euthanasie“ benutzt.¹⁸ Offensichtlich fällt es den Niederländern aber

¹⁸ Ein Beispiel für einen Gebrauch des Wortes „euthanasie“ in diesem Sinn ist ein Text in der Zeitung *Trouw* vom 6. Oktober 2005 mit dem Titel „Bisschop van Galen steunde

nicht schwer, diese beiden Bedeutungen anhand des jeweiligen Zusammenhangs von einander zu unterscheiden.

Auffällig ist außerdem die Erwähnung der radikalen Initiative „Vrijwillig Leven“. Deren Existenz wird in Medisch Contact und Trouw im Rahmen der Diskussion um die Studie nicht thematisiert.

Die Aussage, KNMG und NVVE seien mit der aktuellen Regelung der aktiven Sterbehilfe einverstanden, trifft nicht zu. Beide Organisationen forderten zum damaligen Zeitpunkt eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Sie gehörten zu den Gruppierungen, die mit der geltenden Regelung besonders unzufrieden waren (Editorial Trouw 1996h; Editorial Medisch Contact 1996 S. 1613). Die differenzierte niederländische Diskussion um verschiedene Möglichkeiten der staatlichen Regulierung der aktiven Sterbehilfe ist dem Autor des Artikels im Deutschen Ärzteblatt offensichtlich nicht vollständig bewusst. Er sieht nur, dass die beiden Organisationen für aktive Sterbehilfe sind.

In der FAZ wurde unmittelbar nach ihrem Erscheinen nicht über die Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern berichtet. Am 23. Januar 1997 erschien ein Artikel mit dem Titel „Den Haag für Neuregelung bei Sterbehilfe, Prüfungskommissionen sollen Einhaltung von Kriterien sicherstellen“. Darin wird über Pläne der niederländischen Justizministerin Sorgdrager und der Gesundheitsministerin Borst zum Umgang mit der aktiven Sterbehilfe berichtet:

Aus einer Studie habe sich ergeben, dass in den Niederlanden nur etwa 40 % der Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet würden. Deshalb wolle die Regierung jetzt regionale Prüfungskommissionen einsetzen.

Für die Sterbehilfe-Prüfung ohne Ersuchen, etwa bei sogenannten „Willensunfähigen“, etwa bei Koma-Patienten, soll es in Zukunft ein getrenntes Meldeverfahren geben. [...] Die Ministerinnen Sorgdrager und Borst hoffen, daß die neue Regelung bei Ärzten die Bereitschaft zum Melden von Euthanasiehandlungen fördern wird. Im übrigen machte die Regierung deutlich, daß sie die Zahl der Fälle von Sterbehilfe möglichst reduziert sehen möchte. Hierfür sollen die Schmerzbekämpfung und die Begleitung von sterbenden Patienten verbessert werden (Editorial FAZ 1997a S. 6).

Die FAZ informiert über jenes Ergebnis, welches auch das Deutsche Ärzteblatt in den Mittelpunkt gerückt hatte, nämlich die Höhe der Melderate.

Auffällig ist der Gebrauch des meines Wissens im Deutschen nicht existierenden Wortes „Willensunfähige“. Es handelt sich um eine wörtliche Übersetzung des niederländischen Begriffes „wilsonbekwaam“. Richtiger könnte man beispielsweise von nicht-einwilligungsfähigen Patienten sprechen. Dem Autor ist

en weerstond de Fuehrer“ („Bischof von Galen stützte den Führer und leistete Widerstand“) über die Seligsprechung von Galens. Der Autor fragt darin: „Ist er der Held des Vatikanischen Widerstandes gegen Euthanasie?“ („Is hij de held van het Vaticaanse verzet tegen euthanasie?“) (Editorial Trouw 2005a S. V06)

offensichtlich kein deutsches Wort eingefallen. Aus diesem Fehler spricht Ungeübtheit im Umgang mit dem Thema.

Nicht erwähnt wird in den beiden deutschen Medien die in Medisch Contact und Trouw betonte Abnahme der Häufigkeit der Lebensbeendigung ohne Wunsch.

Dies gilt auch für einen weiteren Artikel aus dem Januar 1997, erschienen im Deutschen Ärzteblatt, der sich mit der Studie von van der Maas und seinen Kollegen beschäftigt. Autoren sind die beiden deutschen Psychiater Thomas Fuchs und Hans Lauter. Sie sehen in den Niederlanden Fehlentscheidungen und Missbrauch auf dem Gebiet der aktiven Sterbehilfe. In knapp der Hälfte der Fälle hätten zwischen der Bitte um aktive Sterbehilfe und der Tötung nur einige Tage oder Stunden gelegen. Ob der Wunsch freiwillig und beständig sei, könne so kaum in ausreichendem Maße überprüft werden.

Vor allem aber stellte sich heraus, daß außer den 2300 Tötungen auf Verlangen (1,8 Prozent der jährlichen Todesfälle) bei weiteren 1000 Patienten die Tötung entgegen den Vorschriften ohne ihre ausdrückliche oder auch nur mutmaßliche Zustimmung vorgenommen wurde [...]. Der Damm zur ärztlich verordneten Euthanasie ist also längst gebrochen. Eine neue Umfrage der Regierung hat zudem ergeben, daß nur 40 Prozent der Euthanasiehandlungen von den Ärzten überhaupt gemeldet werden [...] (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220–A-221).

Dass 1000 Patienten ohne ihre mutmaßliche Zustimmung getötet wurden, ist nicht richtig. In zumindest einigen Fällen hatten sie sich zu einem früheren Zeitpunkt dahingehend geäußert, aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu wünschen. Im ersten Teil der ersten Studie aus dem Jahr 1990 bejahten die befragten Ärzte die Frage, ob die ohne ihren ausdrücklichen Wunsch getöteten Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt ihre grundsätzliche Zustimmung zu einer aktiven Lebensbeendigung geäußert hätten, für 28 % der Fälle (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 63).

Keine Rolle spielt für Fuchs und Lauter offensichtlich der in den beiden niederländischen Medien mehrfach hervorgehobene Rückgang der Lebensbeendigungen ohne Wunsch auf 900 Fälle pro Jahr. Sie sprechen weiterhin von 1000 Fällen.

Demgegenüber war die aus Sicht von Fuchs und Lauter wichtige Information, der Abstand zwischen Bitte und Lebensbeendigung sei oft kurz, Medisch Contact und Trouw keine Erwähnung wert.

Interessant ist außerdem, dass Fuchs und Lauter die aktive Sterbehilfe ohne lange Bedenkzeit und die Tötung von Patienten ohne deren Wunsch als Missbrauch der niederländischen Sterbehilfe-Regelung ansehen. Die Möglichkeit, diese Phänomene könnten unabhängig sein von der Gesetzeslage, ziehen sie nicht in Betracht. Dabei wurde beispielsweise in Deutschland im Gegensatz zu den Niederlanden nie untersucht, wie oft Patienten ohne ihren Wunsch in ihrer letzten Lebensphase getötet werden. Untersuchungen aus anderen Gebieten Eu-

ropas, wie z. B. die weiter oben von mir diskutierte Sechs-Länder-Studie, legen keinen linearen Zusammenhang zwischen liberaler Sterbehilfe-Gesetzgebung und der Häufigkeit aktiver Lebensbeendigungen ohne Patientenwunsch nahe (van der Heide et al. 2003 S. 349).

Erst im Februar 1997 erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel mit dem Titel „Sterbehilfe in den Niederlanden“, der systematisch die neue Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern vorstellte. Der Artikel erläutert die Zahlen für aktive Sterbehilfe, Schmerzmittelüberdosierung und passive Sterbehilfe. Er vergleicht die verschiedenen Studienteile und die Zahlen von 1990 und 1995 miteinander. Dabei kommt es zu einer begrifflichen Unschärfe:

Bezüglich passiver Sterbehilfe durch Verabreichung hoher Dosen von Opioiden ergaben sich widersprüchliche Zahlen, wenn auch in geringen Grenzen [...] (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1997b S. A-426).

Genannt werden in diesem Zusammenhang die Zahlen der Todesfälle durch Schmerzmittelüberdosierung. Im Weiteren folgen unter dem Stichwort „Therapieabbrüche“ die Zahlen für passive Sterbehilfe. Der Artikel kommentiert die von ihm genannten Zahlen nicht und erläutert nur abschließend:

Die Autoren glauben, der Vergleich der Untersuchungen von 1990 und 1995 zeige, daß die Regelungen über die Strafflosigkeit lebensverkürzender ärztlicher Maßnahmen nicht zu einem „Rutschbahneffekt“ in dem Sinne geführt hätten, daß nun hemmungsloser als zuvor in den Niederlanden Euthanasie betrieben würde (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1997b S. A-426).

„Hemmungslos“ ist meiner Meinung nach ein sehr emotionales Wort. Die Vorstellung, jemand könne „hemmungslos“ aktive Sterbehilfe leisten, ist unheimlich. Der Begriff suggeriert, in den Niederlanden würden Ärzte bisher gehemmt aktive Sterbehilfe leisten. Sobald sie die Möglichkeit dazu hätten, würden sie hemmungslos agieren.

In einem weiteren Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt vom Mai 1997 mit dem Titel „Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid: Vorrang für die Schmerztherapie“ schreibt Gisela Klinkhammer:

Die Zahl der Tötungen auf Verlangen nimmt in den Niederlanden stetig zu (Klinkhammer 1997 S. A-1172).

Als Beleg hierfür ist eine Tabelle mit den Häufigkeiten aktiver Sterbehilfe und anderer Entscheidungen am Lebensende angeführt, die das Jahr 1990 mit dem Jahr 1995 vergleicht. Auf Basis der Zahlen von zwei verschiedenen Jahren von einer „stetigen Zunahme“ zu sprechen erscheint mir gewagt.

Reaktionen auf die dritte Studie von van der Maas/van der Wal

In Trouw und Medisch Contact

Die Ergebnisse der Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern aus dem Jahr 1995 waren in der Zeitung Trouw als gute Nachricht begrüßt worden. Die Schlagzeilen lauteten am 28. November 1996 „Wirtschaftliche Motive spielen bei der aktiven Sterbehilfe keine Rolle“, „Wissenschaftler urteilen mild über das holländische Rezept“ und „Die ‚Tausend von Rummelink‘ in jedem Fall verkleinert“. Auf die Studie von 2001 reagierte Trouw weniger begeistert. „Ein Mangel an Offenheit – Aktive Sterbehilfe“ und „Die Hälfte der Fälle von aktiver Sterbehilfe verschwiegen“ titelte die Zeitung am 24. Mai 2003. Der Schwerpunkt der Kritik betraf die Meldezahlen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Fälle von aktiver Sterbehilfe werde bei den regionalen Prüfkommisionen gemeldet, so der Artikel „Helft euthanasiegefallen verzwegen“ („Die Hälfte der Fälle von aktiver Sterbehilfe verschwiegen“). Die Forscher vermuteten sogar, dass die Meldebereitschaft rückläufig sei. Die Zahl der Meldungen sinke nämlich seit dem Jahr 1999. Dies könne freilich auch bedeuten, dass immer seltener aktive Sterbehilfe durchgeführt werde. Welche Vermutung richtig sei, könne man aufgrund der sechs Jahre Abstand zwischen den beiden Studien nicht mit Sicherheit sagen. Der Artikel lässt den damaligen Vorsitzenden der niederländischen Ärztevereinigung KNMG, Ruud Hagenouw, und den damaligen Vorsitzenden der NVVE zu Wort kommen. Beide gaben sich optimistisch, dass die Zahl der Meldungen zukünftig steigen werde. Auf weitere Ergebnisse der Studie geht dieser Artikel nicht ein. Nur am Ende wird kurz das Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin thematisiert. Die Auffassung, dass gute Palliativmedizin Bitten um aktive Sterbehilfe in den Hintergrund treten lasse, hätten die Forscher nicht mit Fakten untermauern können. Sie seien allerdings der Meinung, dass dies in manchen Fällen vorkomme:

Zwischen den Patienten, die um aktive Sterbehilfe bitten, und denjenigen, die das nicht tun, fanden die Forscher keinen Unterschied in der Behandlung. Aber einige Hausärzte sagten, dass sie durch neue Therapieformen manchmal nicht mehr zur aktiven Sterbehilfe übergehen müssten (Editorial Trouw 2003c S. 3).¹⁹

Der zweite Trouw-Artikel dieses Tages geht auf verschiedene Aspekte der Studie ein. Allerdings stehen auch hier die Meldungen im Vordergrund. Zwar sei die Zahl von 41 Prozent im Jahr 1995 auf 54 Prozent im Jahr 2001 gestiegen schrieb Wybo Algra in dem Artikel „Een gemis aan openheid; Euthanasie“ („Ein Mangel an Offenheit – Aktive Sterbehilfe“). Vollständige Transparenz sei aber noch lange nicht erreicht. Der Autor hatte für den Artikel Gerrit van der Wal befragt, ob und wie eine Erhöhung der Meldezahlen zu erreichen sei. Seine Vorschläge sind Unterricht und Fortbildungen für Ärzte zum Thema aktive

¹⁹ Tussen patienten die wel en niet om euthanasie vragen, vonden ze geen verschil in behandeling. Maar sommige huisartsen zeiden dat ze door nieuwe zorgvormen soms niet meer tot euthanasie hoeven over te gaan (Editorial *Trouw* 2003c S. 3).

Sterbehilfe und das Vereinfachen der Meldeprozedur, beispielsweise der Formulare. Im Jahr 1995 hatten Experten und Journalisten noch andere Vorschläge gehabt. Von vielen waren eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und eine Einführung von Prüfkommisionen gefordert worden. Ein eindeutiger rechtlicher Status der aktiven Sterbehilfe und mehr Distanz zur Staatsanwaltschaft sollten Ärzten das Melden schmackhaft machen. Diese Schritte waren beim Durchführen der Studie im Jahr 2001 bereits in die Wege geleitet gewesen. Eine Änderung des Strafgesetzbuches trat allerdings erst im Jahr 2002 in Kraft. Der Artikel zitierte van der Wal mit den Worten, er erwarte zwar mehr Meldungen durch dieses Gesetz, aber keinen starken Anstieg der Zahlen. Das Gesetz sei nur eine Besiegelung der bestehenden Regelungen und der Praxis (Algra 2003 S. 16).

Abgesehen vom fehlenden Anstieg der Meldezahlen macht der Artikel keine ungünstige Entwicklung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden aus. Die Zahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe sei konstant geblieben. Aktive Sterbehilfe für Demente und für Menschen ohne ernsthafte körperliche oder psychische Erkrankungen sei selten geblieben. Vor allem Krebspatienten am Ende ihres Lebens erhielten eine aktive Lebensbeendigung. Dabei handelten Ärzte sorgfältiger als je zuvor. Algra schlussfolgert:

Kritiker im Inn- und Ausland können aufatmen. Die Niederlande haben sich mit ihrer innovativen Sterbehilfe-Politik bisher nicht auf eine schiefe Ebene begeben (Algra 2003 S. 16).²⁰

Neben der aktiven Sterbehilfe geht der Artikel auf die Ergebnisse der Studie zur Lebensbeendigung ohne Wunsch ein. Ein Rückgang der Häufigkeit dieser Fälle war seit dem Jahr 1995 nicht verzeichnet worden. Interessanterweise liegt auf dieser Tatsache nicht der Schwerpunkt. Vielmehr kritisiert Algra, dass die Fälle noch wesentlich seltener gemeldet würden als Fälle von aktiver Sterbehilfe. Auch Lebensbeendigung ohne den ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen müsse bei der Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Dies geschehe in weniger als einem Prozent der Fälle und damit ebenso selten wie früher. Der von dem Autor des Artikels vermisste Fortschritt besteht also in unzureichender Transparenz. Dass die Zahl der Fälle nicht rückläufig ist, stört ihn anscheinend nicht (Algra 2003 S. 16).

Kritischer als die bereits genannten äußerte sich am 26. Mai 2003 ein dritter Artikel unter dem Titel „Euthanasiewet en transparantie“ („Gesetz zur aktiven Sterbehilfe und Transparenz“) zu der Studie. Die Niederlande befänden sich glücklicherweise nicht auf einer schiefen Ebene. Die geringen Meldezahlen seien aber enttäuschend. Den Ärzten sei mit der aktuellen Sterbehilfe-Gesetzgebung viel Vertrauen entgegen gebracht worden, dem die Berufsgruppe ihrerseits

²⁰ Critici in binnen- en buitenland kunnen weer wat geruster ademen. Nederland heeft zich met zijn grensverleggende euthanasie-beleid vooralsnog niet op een hellend vlak begeven (Algra 2003 S. 16).

mit Offenheit begegnen müsse. Ansonsten werde das Misstrauen ihnen gegenüber wachsen. Transparenz sei immerhin das eigentliche Ziel des Sterbehilfegesetzes gewesen. Außerdem schadeten die Ärzte mit ihrem Verhalten dem internationalen Ansehen der Niederlande:

Dieses Gesetz ist und bleibt ein riskantes Experiment, dem mit jeglicher Zweifeltchtigkeit nicht gedient ist (Editorial Trouw 2003a S. 1).²¹

Binahe dieselben Argumente benutzt der Dozent für Ethik an der Universität Utrecht Theo Boer in seinem Trouw-Artikel „Artsen moeten meldingsplicht serieus nemen“ („Ärzte müssen ihre Meldepflicht ernst nehmen“) am 27. Mai 2003. Zeitnot, keine Lust auf Scherereien, Stress und die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient seien keine Gründe, nicht zu melden. Die Notwendigkeit, öffentlich Rechenschaft abzulegen, habe nichts mit Misstrauen gegenüber den Ärzten zu tun. Der Entschluss zur aktiven Lebensbeendigung sei vielmehr zu schwerwiegend, um darauf zu verzichten (Boer 2003 S. 16).

Schon im Vorfeld des Erscheinens der Studie von van der Maas und van der Wal war das Sinken der Meldezahlen beobachtet und spekuliert worden, ob dieser Rückgang durch weniger Meldungen oder durch weniger Fälle von aktiver Sterbehilfe begründet sei. Dies zeigt ein Interview mit J. Suyver von der regionalen Prüfkommision Rijswijk. Es wurde am 30. April 2003 unter dem Titel „Minder euthanasie of minder meldingen?“ („Weniger aktive Sterbehilfe oder weniger Meldungen?“) abgedruckt. Suyver betonte, in der weit überwiegenden Zahl der ihm vorgelegten Fälle seien Ärzte mit ihrer Verantwortung bei der aktiven Sterbehilfe sorgfältig umgegangen. Über die nicht gemeldeten Fälle könne er natürlich keine Aussage treffen. Der Rückgang der Meldezahlen hänge mit großer Wahrscheinlichkeit mit der Verbesserung der Palliativmedizin zusammen, hatte Suyver in diesem Interview vor dem Erscheinen der Studie zu Protokoll gegeben (Editorial Trouw 2003b S. 3).

Die Ärztezeitschrift Medisch Contact berichtete am 23. Mai 2003 unter dem Titel „Plat vlak“ („Ebene Fläche“) über die neueste Studie von van der Maas und van der Wal. Die Artikelüberschrift ist eine Anspielung auf den niederländischen Begriff für die im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe häufig befürchtete „schiefe Ebene“, „het hellend vlak“. Gleichzeitig sind die Niederlande ein „plattes Land“; auch darauf lässt sich der Titel beziehen. Der Autor Joost Visser macht so bereits in seiner Überschrift deutlich: Die Niederlande befinden sich nicht auf einer schiefen Ebene. Dies heben auch die Trouw-Artikel zu demselben Thema hervor. Wie Trouw stellt Visser die Frage: Sind Ärzte immer weniger bereit zu melden, oder leisten sie seltener aktive Sterbehilfe? Die Antwort auf diese Frage sei nur scheinbar eindeutig: Die absoluten Meldezahlen seien nach einem Höhepunkt im Jahr 1998 wieder gesunken. Dies könne für eine sinkende Meldebereitschaft sprechen. Möglicherweise sei dieser Punkt besonders

²¹ Deze wet is en blijft een riskant experiment, dat niet gebaat is bij enige schimmigheid (Editorial Trouw 2003a S. 1).

vieler Meldungen aber einhergegangen mit besonders vielen Fällen von aktiver Sterbehilfe. Vielleicht sei die Zahl der Fälle seit Ende der 1990er Jahre gesunken, die prozentuale Meldezahl hingegen gleich geblieben oder sogar noch gestiegen. Auch darauf könnten die sinkenden absoluten Meldezahlen hinweisen. Immerhin habe es im Jahr 2001 prozentual mehr Meldungen gegeben als im Jahr 1995. Außerdem berichteten viele Ärzte, dass sie bei aktiver Sterbehilfe zurückhaltender geworden seien.

Visser hatte für seinen Artikel die an der Studie beteiligten Forscher Agnes van der Heide und Bregje Onwutenka-Philipsen zu Gründen für Nicht-Melden von Ärzten befragt. Ärzte wüssten oft nicht, dass sie aktive Sterbehilfe geleistet hätten, so van der Heide. Onwutenka stimmte zu, gerade Hausärzte hielten hochdosierte Morphingabe eher für gute Sterbebegleitung als für aktive Sterbehilfe. Laut van der Heide sind weitere Gründe für das Nicht-Melden „keine Lust“ und Zweifel an der Richtigkeit des eigenen Handelns (Visser 2003 S. 842–843).

Agnes van der Heide äußerte Verständnis dafür, dass Ärzte die im Gesetz klar definierte Grenze zwischen aktiver Sterbehilfe und anderen medizinischen Handlungen am Lebensende häufig nicht sehen würden. Für Ärzte sei die hinter ihren Handlungen stehende Intention nicht entscheidend:

Ärzte denken von Natur aus anders, gibt sie zu: „Sie stellen sich lieber die Frage, wie sie ihren Patient so gut wie möglich beim Sterben begleiten können. Der Begriff ‚Intention‘ steht dabei nicht im Vordergrund.“ [...] (Visser 2003 S. 843).²²

Diese Argumentation kann ich nicht nachvollziehen. Ich kann mir kaum eine Situation vorstellen, in der ein Arzt ein (neben-)wirkungsreiches Medikament ohne eine bestimmte Absicht verabreicht. Diese Absicht kann Tötung oder Symptombekämpfung sein. Bei der Symptombekämpfung kann eine Lebensverkürzung in Kauf genommen werden. Aber wenn der Arzt ohne eine bestimmte Absicht Morphine spritzen sollte, hätte er sich auch die Frage, wie er den Patienten so gut wie möglich begleiten könne, nicht gestellt.

Visser geht nur kurz auf die Lebensbeendigung ohne expliziten Wunsch ein und kritisiert dabei, ebenso wie Wybo Algra in Trouw, dass diese Fälle beinahe nie gemeldet werden. Er fragt nicht, warum diese Fälle überhaupt existieren oder warum ihre Zahl nicht rückläufig ist (Visser 2003 S. 842). Kann aktive Sterbehilfe durch gute Palliativmedizin ersetzt werden? Laut dem Artikel ergibt sich aus der Studie auf diese Frage keine klare Antwort. Patienten, die aktive Sterbehilfe erhielten, hätten einerseits häufiger über Symptome wie Schmerzen und Übelkeit geklagt. Sie litten also möglicherweise mehr als andere. Andererseits meinte ein Drittel der interviewten Ärzte, adäquate Schmerzbekämpfung und Sterbegleitung könne aktive Sterbehilfe überflüssig machen (Visser 2003 S. 844).

²² Artsen denken van nature anders, geeft zij toe: „Die stellen zich liever de vraag hoe zij hun patiënt zo goed mogelijk bij het sterven kunnen begeleiden. Dat begrip ‚intentie‘ staat daarbij niet zo op de voorgrond.“ [...] (Visser 2003 S. 843).

Auf diesen Artikel von Joost Visser reagierte am 25. Juli 2003 Albert Klijn unter dem Titel „Vals plat“ („Trügerische Ebene“). Die Niederlande befänden sich nicht auf einer ebenen Fläche, sondern auf etwas, das im Rennfahrerjargon „trügerische Ebene“ heiße. Es gebe dabei eine Diskrepanz zwischen den Augen und den Beinen. Entscheidend für Sieg oder Niederlage sei aber letztendlich die in den Beinen gefühlte Steigung (Klijn 2003 S. 1185).

Zwar sei eine schiefe Ebene nicht zu befürchten in Bezug auf die Anzahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe. Die Entwicklung der Meldebereitschaft sei jedoch besorgniserregend (Klijn 2003 S. 1187).

Der Unterschied in der Häufigkeit aktiver Sterbehilfe zwischen 1995 und 2001 sei gering gewesen. Daraus schlussfolgert Klijn, auch in den Jahren dazwischen habe es wahrscheinlich keine wesentlichen Änderungen der tatsächlichen Häufigkeit gegeben. Davon ausgehend sei die prozentuale Meldezahl bis zum Jahr 1999 gestiegen und danach wieder gesunken. Einen Anstieg und anschließenden Rückgang der Häufigkeit aktiver Sterbehilfe bei gleichzeitiger Stabilität der prozentualen Meldezahl hält er für unwahrscheinlicher (Klijn 2003 S. 1186). Warum er dieser Meinung ist, begründet er aus meiner Sicht unzureichend. Für beide Szenarien fällt Erklärungen zu finden schwer. Eines muss aber aufgrund der absoluten Meldezahlen zutreffend sein.

Für meine Arbeit ist an dieser Stelle besonders interessant, wie sehr die Debatte in Medisch Contact sich um das Deuten der Meldezahlen dreht. Die Meldezahlen symbolisieren Transparenz. Und Transparenz ist den meisten an der niederländischen Debatte Beteiligten anscheinend besonders wichtig.

Am 23. Mai 2003 erschien in Medisch Contact ein Artikel mit dem Titel „Euthanasie is maatwerk“ („Aktive Sterbehilfe ist Maßarbeit“). Die Autoren E. G. H. Kenter, P. E. Sutorius und J. H. J. Wassenberg nahmen das Erscheinen der neuen Studie zum Anlass, um die Staatsanwaltschaften aufzufordern, sich bei der aktiven Sterbehilfe aus inhaltlichen Fragen herauszuhalten. Nur der behandelnde Arzt könne feststellen, ob ein Patient unerträglich leide oder nicht. Die Staatsanwaltschaften sollten hierüber nichts sagen und sich auf die Rahmenbedingungen der aktiven Sterbehilfe beschränken. Eine Unterscheidung zwischen psychischem und körperlichem Leiden lassen die Autoren dieses Artikels nicht gelten. Rein körperliches Leiden gebe es nicht. Leiden sei immer psychisch. Beispielsweise finde jemand mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur seinen körperlichen Verfall wahrscheinlich eher als andere unerträglich. Ärzte fühlten sich gezwungen, ihre Sprache den juristischen Anforderungen anzupassen. Diese würden der Wirklichkeit nicht gerecht (Kenter, Sutorius, Wassenberg 2003 S. 845–846).

Die Autoren sehen in dieser Einmischung der Justiz eine Mitursache für die geringe Meldebereitschaft der Ärzte. Als Misserfolg sehen sie die Einführung der regionalen Prüfkommisionen an. Diese seien aus politischen Gründen eingesetzt worden, um das Strafrecht auf Abstand zu halten. Es sei nicht darum gegangen, ein Bedürfnis der Ärzte nach solchen Kommissionen zu befriedigen.

Bis jetzt habe sich nicht gezeigt, dass diese Prüfkommisionen zu mehr Meldungen führten (Kenter, Sutorius, Wassenberg 2003 S. 848).

Die bisher von mir besprochenen niederländischen Reaktionen auf die Van-der-Maas-Studie von 2001 sehen die zu geringe Meldezahl einhellig als Problem an. Das gilt nicht für Govert den Hartogh, den Autor des Artikels „Mysterieuze Cijfers“ („Mysteriöse Zahlen“). Er meint, die Meldezahlen für aktive Sterbehilfe seien tatsächlich viel höher, als aus der Studie hervorgehe. Sie könnten nicht mehr wesentlich steigen. Den Hartogh weist darauf hin, dass die Forscher alle medizinischen Handlungen als aktive Sterbehilfe begreifen würden, bei denen der Arzt das ausdrückliche Ziel der aktiven Lebensbeendigung gehabt habe und der Patient damit einverstanden gewesen sei. Der Autor betont, nicht bei allen als aktive Sterbehilfe klassifizierten Fällen seien Euthanica verabreicht worden. Vielmehr fielen unter diese Kategorie auch ausdrücklich beabsichtigte Lebensbeendigungen durch zur Schmerz- und Symptombekämpfung geeignete Medikamente. Außerdem hätten die Forscher auch Fälle von terminaler Sedierung in dieser Kategorie mitgezählt. In diesen Fällen seien Patienten sediert worden und hätten keine Nahrung und keine Flüssigkeit erhalten mit dem ausdrücklichen Ziel ihr Leben zu beenden. Nach Schätzung von Govert den Hartogh machten diese Fälle ohne Euthanica 1,1 Prozent der Todesfälle im Jahr 2001 aus. Das wäre fast die Hälfte der 2,6 Prozent als aktive Sterbehilfe klassifizierten Fälle. Dabei entfielen 0,5 Prozent auf die terminale Sedierung (den Hartogh 2003 S. 1064). Ich möchte mich an dieser Stelle nicht damit auseinandersetzen, inwieweit diese Schätzung korrekt ist. Die terminale Sedierung ist ein sehr komplexes und relativ neues Thema auf dem Gebiet der medizinischen Entscheidungen am Lebensende. Selbst wenn man, wie den Hartogh, den Verzicht auf die Gabe von Flüssigkeit und Nahrung in die Definition einschließt, können sich hinter dem Begriff „terminale Sedierung“ noch sehr verschiedene Dinge verbergen. Abhängig von den gebrauchten Medikamenten und ihrer Dosierung kann der Patient beispielsweise noch mehr oder weniger von seiner Umgebung wahrnehmen. Was er tatsächlich erlebt, ist meist schwer zu sagen. Bei einem Verzicht auf die intravenöse Gabe von Flüssigkeit kann durch mehr oder weniger intensive Befeuchtung der Lippen noch Flüssigkeit zugeführt werden. Bei der ethischen Beurteilung einer terminalen Sedierung könnte auch eine Rolle spielen, ob der Patient zuvor auf künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr angewiesen war oder nicht. Trotz Schwierigkeiten bei der Eingrenzung möchte ich darauf hinweisen, dass die terminale Sedierung der Lebensbeendigung mit Hilfe von Euthanica stark ähneln kann. Das gilt vor allem unter folgenden Voraussetzungen:

Der Patient wird so stark sediert, dass er nach menschlichem Ermessen nichts mehr von seiner Umgebung wahrnimmt. Er erhält keine Flüssigkeit und keine Nahrung. Vor der Entscheidung für die Sedierung konnte er selbstständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen. Er hat sich bewusst für die Sedierung entschieden.

In Abgrenzung zur passiven Sterbehilfe könnte man auf diese Weise auch einen Menschen töten, der nicht lebensbedrohlich erkrankt ist. Ich kann nachvollziehen, dass van der Maas und seine Mitautoren solche Fälle in die Kategorie „aktive Sterbehilfe“ einsortieren. Aber auch den Hartoghs Argumentation ist nachvollziehbar: Ärzte fühlen sich möglicherweise nicht verpflichtet, Fälle von terminaler Sedierung als aktive Sterbehilfe zu melden. Dadurch werden die Meldezahlen erniedrigt. Klarheit könnte geschaffen werden, wenn die niederländische Regierung die terminale Sedierung explizit in ihre Meldeprozedur einschließen würde.

Weniger nachvollziehbar finde ich den Hartoghs Argumentation in Bezug auf die nach seiner Schätzung 0,6 Prozent der Todesfälle, in denen die Tötung auf Verlangen mit Medikamenten durchgeführt wurde, die keine Euthanica sind. Auch diese Fälle – meist Schmerzmittelüberdosierungen – werden seiner Meinung nach zu Unrecht zur aktiven Sterbehilfe gerechnet. Äußerlich, so den Hartogh, glichen diese Fälle jenen, bei denen Ärzte den Tod eines Patienten als Nebenwirkung der Schmerzmittelgabe in Kauf genommen oder nur zum Teil gewollt hätten. Letztere werden aber von van der Maas und seinen Mitarbeitern nicht als aktive Sterbehilfe klassifiziert. Den Hartogh meint:

Wenn zwei Ärzte genau dieselbe Handlung verrichten unter genau denselben Umständen, ist es ungerecht, diese Handlungen völlig verschieden zu bewerten, nur weil die Ärzte sich bei ihren Handlungen etwas Unterschiedliches gedacht haben (den Hartogh 2003 S. 1065).²³

Man könne schließlich kaum beweisen, was jemand sich bei einer Handlung gedacht habe.

Den Hartogh übersieht, dass wir es in vielen Fällen völlig normal finden, eine Handlung auch strafrechtlich danach zu beurteilen, was der Ausführende gedacht hat. Ich nenne nur ein Beispiel: Ein Autofahrer überfährt einen Menschen. Wir würden ihn moralisch anders beurteilen und anders bestrafen wollen, wenn er den anderen töten wollte, als wenn er nur unaufmerksam war. Dies entspricht den Regelungen im deutschen und niederländischen Strafrecht.

Ich würde den Hartoghs Argumentation umdrehen: Wenn zwei Ärzte das Leben eines Menschen auf dessen Wunsch hin beenden, ist es ungerecht, diese Handlungen völlig verschieden zu bewerten, weil der eine ein Euthanicum und der andere Morphium benutzt hat.

Nach den Hartoghs Berechnungen liegt die Meldezahl der „regulären“ aktiven Sterbehilfe mit Euthanica über 90 Prozent (den Hartogh 2003 S. 1064). Er schlussfolgert, die Politik der niederländischen Regierung zur Erhöhung der Meldezahlen sei erfolgreich gewesen (den Hartogh 2003 S. 1066).

²³Als twee artsen precies dezelfde handeling verrichten in precies dezelfde omstandigheden, is het onbillijk om die handelingen geheel verschillend te beoordelen, alleen omdat die artsen bij wat ze deden iets verschillends gedacht hebben (den Hartogh 2003 S. 1065).

In FAZ und Deutschem Ärzteblatt

In der FAZ findet sich keine direkte Reaktion auf das Erscheinen der Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern im Jahr 2003. Einen eigenen Artikel widmete die FAZ hingegen am 18. Juni 2003 der europaweiten Studie zur aktiven Sterbehilfe von Agnes van der Heide und ihren Mitarbeitern. In diesem Artikel hieß es, in einigen europäischen Ländern komme die aktive Tötung von Patienten ohne deren Einwilligung häufiger vor als die aktive Sterbehilfe. Von den untersuchten Ländern würden nur die Niederlande mehr Fälle aktiver Sterbehilfe aufweisen. In allen Ländern kämen Schmerztherapie mit möglicher lebensverkürzender Wirkung und passive Sterbehilfe deutlich häufiger vor als aktive Lebensbeendigung (Editorial FAZ 2003 S. 8). Hiermit fasst der Artikel die Ergebnisse der Studie korrekt zusammen. Die Frage, inwieweit diese Resultate auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind, wird nicht gestellt. Dies wäre meiner Ansicht nach beim Vorstellen einer europaweiten Studie nahe liegend.

Auf die Van-der-Maas-Studie kam die FAZ erst am 30. September 2003 zu sprechen. Der Artikel von Franz Kamphaus mit dem Titel „Die Kunst des Sterbens“ widmete sich allerdings nicht schwerpunktmäßig der niederländischen Studie. Vielmehr handelt es sich um eine breite Auseinandersetzung mit den Themen Euthanasie und Sterbehilfe, die sich neben der aktuellen niederländischen und belgischen Gesetzgebung ausführlich mit der deutschen Vergangenheit beschäftigt. Kamphaus betont, die Gesetze in Belgien und den Niederlanden hätten ihre eigene Geschichte und dürften keinesfalls mit der nationalsozialistischen Ideologie in Verbindung gebracht werden. Trotzdem sieht er in beiden Nachbarländern gefährliche Entwicklungen. Patienten würden das Empfangen aktiver Sterbehilfe zunehmend für ihr Recht halten. Gesetzgeber und Gerichte in den Niederlanden hätten das Ziel gehabt, mehr Transparenz und Kontrolle über die zuvor heimlich durchgeführte aktive Sterbehilfe zu erreichen. Dies sei nicht gelungen. Noch immer würden beinahe zwei Drittel der Fälle nicht gemeldet (Kamphaus 200 S. 38).

Hierbei handelt es sich um einen Verweis auf die Van-der-Maas-Studie aus dem Jahr 1995. Offensichtlich war dem Autor die neuere, im Jahr 2003 veröffentlichte Studie nicht bekannt. Diese hatte eine höhere Meldezahl von immerhin 54 Prozent ergeben. Wie viele Autoren von Artikeln in Trouw und Medisch Contact sieht auch Kamphaus die fehlende Transparenz als wichtiges Problem an. Allerdings sieht er noch weitere Probleme: In den Niederlanden habe sich nach der begrenzten Legalisierung der aktiven Sterbehilfe die Zahl der Patiententötungen vervielfacht und die Zahl der Fälle erhöht, in denen die „vorgesehenen Fristen“ drastisch verkürzt oder Patienten überhaupt nicht gefragt worden seien (Kamphaus 2003 S. 8). Für diese drei Behauptungen kann ich keine Belege finden:

Ein Anstieg der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe von 2,1 über 2,4 auf 2,6 Prozent ist keine „Vervielfachung“. Dies gilt erst recht für die über alle Jahre konstant häufige Lebensbeendigung ohne Wunsch. Dass die Zahl der Fälle, in de-

nen Patienten überhaupt nicht gefragt wurden, sich erhöht habe, ist somit falsch. Vorgesehene Fristen für die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden gibt es nicht. Ich kann mir insofern auch unter einer drastischen Verkürzung derselben nichts vorstellen. Möglicherweise meint Kamphaus, die durchschnittliche Zeit zwischen der ersten Äußerung des Sterbewunsches und der aktiven Sterbehilfe sei kürzer geworden. Dafür finde ich in den Van-der-Maas-Studien keinen Anhalt. Auch sonst sind mir keine wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt, die dies nahe legen würden.

Der Autor eines weiteren FAZ-Artikels, in dem die Van-der-Maas-Studie Erwähnung findet, war Peter Schilder. In dem Artikel „Versorgen, nicht töten“ ging es um eine Zusammenkunft des Gesundheitsausschusses der Parlamentarischen Versammlung des Europarates. Dieser sollte sich mit einem Antrag zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe befassen. Die Zahlen, die die FAZ in diesem Artikel nennt, stützen sich auf eine Kommentierung der Studie durch die Deutsche Hospizstiftung. Diese warnte vor einer europaweiten Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Eine solche Legalisierung werde laut Berechnung der Hospizstiftung die Zahl der Fälle von aktiver Lebensbeendigung in der Europäischen Union auf 100000 erhöhen. In 24000 dieser Fälle würden die Patienten nicht mit ihrer Einwilligung getötet werden. Grundlage für diese Berechnung sei eine niederländische Studie gewesen.

Daraus geht hervor, daß sich die Zahl der gemeldeten Euthanasiefälle in den Niederlanden von 2200 im Jahr 1991 auf mehr als 3000 erhöht hat. [...] Allerdings weist die Hospizstiftung darauf hin, daß etwa 25 Prozent der Getöteten vorher nicht gefragt worden sind [...] (Schilder 2003 S. 12).

Interessant ist, dass dieser Artikel sich auf die Van-der-Maas-Studie beruft, ohne ein einziges Ergebnis dieser Studie zu nennen. Die gemeldeten Fälle werden durch die niederländischen Behörden statistisch erfasst. Dafür ist keine wissenschaftliche Untersuchung notwendig. In Trouw und Medisch Contact war die Differenz zwischen der gemeldeten und der tatsächlichen Anzahl der Fälle das entscheidendste und diskussionswürdigste Ergebnis der Studie von 2001. Die FAZ thematisiert die Differenz an dieser Stelle nicht. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass der Autor, Peter Schilder, sie übersehen oder ihre Bedeutung nicht verstanden hat.

Dies ist nicht die einzige Unklarheit des Artikels. 25 Prozent der Getöteten seien vorher nicht gefragt worden, heißt es. Man meint beim Lesen des Artikels, diese 25 Prozent bezögen sich auf die mehr als 3000 gemeldeten Fälle. Tatsächlich wird die Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch in den Niederlanden so gut wie überhaupt nicht gemeldet.

Die Schätzung der Deutschen Hospizstiftung zur Entwicklung der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in Europa ist aus mehreren Gründen absurd: Die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in der Europäischen Union war im Jahr 2001 nicht bekannt (und ist es bis heute nicht). Eine unbekannte Zahl kann weder auf

100000 steigen noch auf 100000 sinken. Außerdem geht die Stiftung davon aus, dass die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe abhängig von einer Legalisierung steigen würde. Die Stiftung geht darüber hinaus von einem Anstieg der Häufigkeit bis auf eine Häufigkeit wie in den Niederlanden aus. Beweise für diese beiden Behauptungen fehlen. Schließlich suggeriert der Artikel, die Zahl der aktiven Lebensbeendigungen ohne Wunsch würde nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ebenfalls steigen, nämlich auf 24000 Fälle pro Jahr. Auch dieser prophezeite Anstieg basiert auf einer unbekanntem Ausgangszahl. Der Autor des Artikels weist außerdem nicht darauf hin, dass dahinter die Vermutung steckt, eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führe zu mehr Lebensbeendigungen ohne Wunsch. Dies empfinde ich als besonders problematisch. Hinter einer scheinbaren Hochrechnung niederländischer Zahlen auf Europa versteckt sich eine Hypothese. Diese besagt, eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führe dammbruchartig zur Tolerierung anderer Formen der Lebensbeendigung.

Die drei Van-der-Maas-Studien aus den Jahren 1990, 1995 und 2001 belegen für die Niederlande geradezu das Gegenteil. Die Zahl der Lebensbeendigungen ohne ausdrücklichen Wunsch blieb ungefähr konstant. Die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe stieg leicht an. Duldung und Legalisierung der aktiven Sterbehilfe haben nach diesen Daten auf die Häufigkeit der aktiven Lebensbeendigung ohne Wunsch keinen Einfluss. In der EURELD-Studie zu Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern ließ sich ebenfalls keine Korrelation zwischen der Häufigkeit aktiver Sterbehilfe und der Häufigkeit der Lebensbeendigung ohne Wunsch feststellen.

Insgesamt blieb eine genaue und ausführliche Beschäftigung mit der Van-der-Maas-Studie im Jahr 2003 in der FAZ aus. Dies gilt erst recht für einige Artikel aus dem Jahr 2004. In ihnen ergibt sich z. T. die Schwierigkeit, dass unklar bleibt, auf welche Studien sich die Autoren überhaupt beziehen. Allerdings gibt es neben den Untersuchungen von van der Maas und seinen Mitarbeitern kaum weitere wissenschaftliche Forschung zur aktiven Sterbehilfe. Deshalb kann man davon ausgehen, dass diese Studien gemeint sind.

Der CDU-Politiker Thomas Rachel sprach sich in einem Gastkommentar in der FAZ am 25. April 2004 gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aus. Diese drohe den Lebensschutz aufzuweichen und unser Menschenbild zu verändern. Dies zeige eine niederländische Studie. Sie belege eine hohe Zahl von Sterbehilfefällen, in denen die Patienten nicht den Willen geäußert hätten zu sterben. Anstelle von Selbstbestimmung gebe es in den Niederlanden Fremdentscheidungen darüber, ob die Situation eines Menschen noch lebenswert sei oder nicht:

Zunehmend tragen Holländer sogenannte Lebenswunscherklärungen mit sich, die sich gegen aktive Sterbehilfe richten (Rachel 2004 S. 2).

Für diese Behauptung Rachels finden sich in den von mir untersuchten Quellen keine Belege.

Am 4. Juni 2004 kommentierte der Artikel „Abschüssiger Weg“ die Tötung eines Alzheimer-Patienten auf dessen Verlangen in den Niederlanden. In den Niederlanden dürfe sich niemand seines Lebens mehr sicher sein, so das Fazit des Artikels. Die Meldepflichten würden weitgehend ignoriert und die Sorgfaltskriterien für die aktive Sterbehilfe zu großzügig ausgelegt. Außerdem würden Patienten weiterhin ohne ihr Einverständnis getötet (Editorial FAZ 2004a S. 10).

Die Autoren beider Artikel liefern implizit Erklärungen für die Existenz von Lebensbeendigungen ohne Wunsch in den Niederlanden. Rachel hält diese für eine Folge der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In dem Artikel „Abschüssiger Weg“ kommt durch die Kritik, dass Patienten „weiterhin ohne ihr Einverständnis“ getötet würden, die Erwartung zum Ausdruck, es müsse etwas dagegen getan werden. Beide Artikel stellen eine Verknüpfung zwischen der aktiven Sterbehilfe und den Tötungen ohne Wunsch in den Niederlanden her. Beweise für diesen Zusammenhang oder für die Möglichkeit, durch politisches Handeln die Zahl der Lebensbeendigungen ohne Wunsch zu verringern, fehlen jedoch.

In einem Artikel des Autors Guido Speiser mit dem Titel „Wann ist Sterbehilfe erlaubt?“ vom 4. Juli 2004 heißt es:

Einige Untersuchungen, die sich vor allem auf die niederlande [sic!] beziehen, legen die Gefahr eines Dammbrochs nahe, doch andere kommen nicht zu dieser Schlußfolgerung (Speiser 2004 S. 60).

Wodurch in welchen Studien ein Dammbroch nahe gelegt wird, erfahren wir nicht. Eindeutiger und optimistischer äußerte sich Karsten Polke-Majewski in dem Artikel „Wann ist der Tod menschlich?“ vom 28. März 2004 in der FAZ. Zu dem beschworenen Dammbroch sei es in den Niederlanden nicht gekommen, meinte er. In den 12 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung des Strafgesetzes seien 1882 Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet worden. Dies seien weniger als in den Jahren zuvor. Allerdings werde eine doppelt so hohe Dunkelziffer vermutet. Vielen Ärzten sei die Meldeprozedur zu bürokratisch oder sie empfänden Scheu vor Nachfragen durch die Prüfkommisionen.

Laut den Wissenschaftlern Paul van der Maas und Gerrit van der Wal sei die Zahl der Sterbehilfefälle seit sechs Jahren bei etwa 3800 stabil (Polke-Majewski 2004 S. 9).

Dieser Artikel spiegelt nicht die komplexe Diskussion um die genaue Entwicklung der Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe wider, wie sie sich in Trouw und in Medisch Contact findet. Es wird nicht erwähnt, dass die wenigen Fällen in den ersten zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Sterbehilfe-Gesetzes auch Ausdruck einer verringerten Meldebereitschaft sein könnten. Letzteres thematisierte im Gegensatz dazu ein Artikel vom 9. Juli 2004 mit dem Titel „Strengere Kontrollen bei Sterbehilfe, Den Haag will Gesetzesverstöße von Ärzten ahn-

den“. Eine Studie habe gezeigt, dass im Jahr 2001 nur 54 Prozent der Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet worden seien. Eine von der Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Ross angekündigte Datenbank für alle gemeldeten Fälle in anonymisierte Form könne deshalb nur ein unvollständiges Bild liefern. Die Zahl der gemeldeten Fälle sinke seit Jahren kontinuierlich. Laut Ross sei es nicht unmöglich, dass diese Zahl einem tatsächlichen Rückgang der Fälle auf Basis einer verbesserten Palliativmedizin entspreche.

Doch selbst der für eine Ausweitung der legalen Sterbehilfe eintretende Ärzteverband KMNG gibt zu, daß es vermutlich immer weniger Ärzte melden, wenn sie einen todkranken Patienten auf seinen Wunsch töten (Editorial FAZ 2004b S. 4).

Im Gegensatz zu den anderen FAZ-Artikeln setzt sich dieser Artikel auf ähnliche Weise mit der Van-der-Maas-Studie auseinander wie Trouw und Medisch Contact. Es werden die geringe Meldezahl und das Sinken der Meldezahlen thematisiert. Es wird auch erwähnt, dass es für dieses Sinken zwei Erklärungsmöglichkeiten gibt. Der Autor des Artikels tendiert dazu, von einem Sinken der relativen Meldezahlen auszugehen.

Im Deutschen Ärzteblatt gab es im Jahr 2003 keinen Artikel, der sich mit der Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern beschäftigt hätte. Auch im Jahr 2004 ging kein Text des Deutschen Ärzteblattes auf die Details der Studie ein. Allerdings schrieb Redaktionsmitglied Gisela Klinkhammer im September 2004 in der Fachzeitschrift unter dem Titel „Eine steigende Dunkelziffer“ einen Artikel, der sich mit der in den Niederlanden vor allem im Zusammenhang mit der Studie geführten Diskussion über die Meldezahlen auseinandersetzt. Für das Jahr 2003 seien in den Niederlanden 1815 Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet worden. Dies seien 300 Fälle weniger als im Vorjahr:

Was sich wie eine gute Nachricht anhört, bedeutet jedoch, dass es eine steigende Dunkelziffer gibt. Es ist anzunehmen, dass in weit mehr als den gemeldeten Fällen aktive Sterbehilfe vorgenommen wird (Klinkhammer 2004 S. 408).

Die Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Ross gehe von einem nachlassenden Meldeverhalten der Ärzte aus. Die FAZ hatte im Widerspruch hierzu geschrieben, dass Ross auch einen Rückgang der Sterbehilfe-Fälle aufgrund des Fortschrittes der Palliativmedizin für möglich halte. Klinkhammer bezieht diese Möglichkeit, wie schon ihr Titel „Eine steigende Dunkelziffer“ erkennen lässt, nicht ein. Im Artikel heißt es weiter, es sei davon auszugehen, dass Fälle deshalb nicht gemeldet worden seien, weil sie die gesetzlichen Bedingungen nicht erfüllt hätten (Klinkhammer 2004 S. 408). Hiervon ging unter den Autoren der beiden niederländischen Medien niemand aus. Klinkhammer schreibt außerdem, bereits in früheren Studien seien falsche Entwicklungen erkennbar gewesen. Sie nennt als Beispiel die hohe Zahl der nicht gemeldeten Fälle im Jahr 1995. Daraus seien anscheinend keine Konsequenzen gezogen worden (Klinkhammer 2004 S. 409). Tatsächlich wurden in der damaligen Diskussion in Trouw und

Medisch Contact Konsequenzen aus der niedrigen Meldezahl gefordert. Diese Forderungen beinhalteten vor allem eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, einen Bürokratieabbau und das Einsetzen regionaler Prüfkommisionen. Zumindest die Forderungen nach Legalisierung und Kommissionen waren tatsächlich umgesetzt worden. Möglicherweise hätte Klinkhammer sich im Gegensatz hierzu Konsequenzen mit umgekehrtem Vorzeichen vorgestellt, d. h. einen restriktiveren Umgang mit der aktiven Sterbehilfe.

Die Autorin meint, es bestehe die Gefahr, dass aktive Sterbehilfe in mehr und mehr Fällen zum Einsatz komme. Einige niederländische Parteien hätten sich sogar für Demenz als Grund für aktive Sterbehilfe ausgesprochen (Klinkhammer 2004 S. 409). Dies hatte beispielsweise der Trouw-Autor Wybo Algra anders gesehen. Er hatte geschrieben, aktive Sterbehilfe bei Demenz und bei Menschen ohne ernsthafte körperliche oder seelische Erkrankungen sei selten geblieben. Insofern befänden sich die Niederlande nicht auf einer schiefen Ebene.

Sowohl in Trouw als auch in Medisch Contact waren Studienergebnisse zum Verhältnis von Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe diskutiert worden. Eine eindeutige Antwort auf die Frage, ob aktive Sterbehilfe durch gute Palliativmedizin (teilweise) ersetzt werden könne, hatten die Autoren nicht gefunden. Diese Studienergebnisse werden in den beiden deutschen Medien nicht thematisiert. Dabei steht gerade in FAZ und Deutschem Ärzteblatt ansonsten die Beschäftigung mit Palliativmedizin hoch im Kurs. Dies zeige ich an anderer Stelle. Aber auch in Klinkhammers Artikel heißt es:

„Die Konsequenz aus diesem Problemkreis heißt nicht Resignation oder Hoffnungslosigkeit, sondern aktives palliativmedizinisches Handeln“, lautete auch die Antwort der Ärztetags-Delegierten auf die immer wieder aufkommende Forderung nach aktiver Euthanasie (Klinkhammer 2004 S. 409).

Möglicherweise möchten die Autoren von FAZ und Deutschem Ärzteblatt lieber Palliativmedizin fordern statt sich mit Studienergebnissen auseinanderzusetzen, die zeigen, wie komplex das Verhältnis zwischen aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin tatsächlich ist. Wahrscheinlicher ist aber, dass nur wenige Ergebnisse der Van-der-Maas-Studie überhaupt zu ihnen durchgedrungen waren und diejenigen zur Palliativmedizin nicht dazu gehörten.

Insgesamt ähnelten sich beim Thema Van-der-Maas-Studie 2001 die Diskussionsschwerpunkte in Medisch Contact und Trouw stark. Die zu geringen Meldezahlen wurden ausführlich diskutiert. Der Mangel an Transparenz wurde auch bei den Lebensbeendigungen ohne Wunsch beklagt. Ansonsten wurde überwiegend hervorgehoben, die Niederlande befänden sich nicht auf einer schiefen Ebene. Dies sahen Autoren in der FAZ zum Teil anders. Dort gab es einerseits Artikel, die die Studienergebnisse korrekt wiedergaben und die niederländische Debatte um Meldezahlen und Transparenz widerspiegelten. Andererseits wurden in mehreren Artikeln falsche oder veraltete Zahlen veröffentlicht. Dies geschah häufig im Zusammenhang mit der Befürchtung von Fehlentwicklungen.

Anscheinend halten gerade Autoren, die ohnehin eine gefährliche Entwicklung in den Niederlanden sehen, es für überflüssig, sich mit Zahlen zur Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe zu beschäftigen.

Das Deutsche Ärzteblatt reagierte kaum und verzögert auf die Studie. Obwohl diese einen Anstieg der Meldezahlen gezeigt hatte, sah die Autorin Gisela Klinkhammer „Eine steigende Dunkelziffer“. Als Ursache für das Nicht-Melden machte sie das Nicht-Beachten der Sorgfaltskriterien durch die Ärzte aus. Trouw und Medisch Contact hatten eher eine Meldefaulheit der Ärzte vermutet.

Transparenz als oberstes Ziel? – Die Meldung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden

Zwei niederländische Sterbehilfegegner fordern Straffreiheit für aktive Sterbehilfe

Der erste Artikel aus dem Jahr 1996 in der Zeitschrift Medisch Contact zum Thema aktive Sterbehilfe vom 13. Januar trägt den Titel „Euthanasie – ‚Geen zorgvuldigheid zonder volledigheid‘ – In gesprek met twee bezorgde artsen“ („Aktive Sterbehilfe – ‚Keine Sorgfalt ohne Vollständigkeit‘ – Im Gespräch mit zwei besorgten Ärzten“). Der Artikel gibt als fortlaufenden Text mit zahlreichen Zitaten ein Gespräch zwischen Cor Spreeuwenberg, Chefredakteur von Medisch Contact zwischen 1987 und 1997, und den beiden Ärzten A. J. Postmes und K. Zuidema wieder.

Über eines sind die drei Gesprächspartner sich einig: aktive Sterbehilfe ist keine gute Sache. Menschen haben darauf kein Recht (Spreeuwenberg 1996 S. 107).²⁴

Postmes und Zuidema zweifeln, ob alle Möglichkeiten der Palliativmedizin in den Niederlanden ausgeschöpft werden. Dies ist keine ungewöhnliche Sorge der Gegner von aktiver Sterbehilfe. Sie wird nicht nur in Niederlanden diskutiert. In den von mir betrachteten deutschen Medien ziehen die Sterbehilfe-Gegner aus dieser Befürchtung allerdings in der Regel andere Konsequenzen als Postmes und Zuidema. Keiner von beiden ist der Meinung, dass aktive Sterbehilfe strafbar sein müsse. Wenn ein Arzt seinem Gewissen folge, dürfe man ihm deshalb keine Vorwürfe machen.

Postmes: „Er kann sich irren und muss deshalb vor einer Strafverfolgung bewahrt werden. Selbst wenn sich am Ende herausstellt, dass er mit unzureichender Sorgfalt gehandelt hat. Ein Arzt muss ohne Angst seine Fehler melden können.“ [...] (Spreeuwenberg 1996 S. 107).²⁵

²⁴ Over één ding zijn de die gesprekspartners het eens: euthanasie is geen goede zaak. Mensen hebben er geen recht op (Spreeuwenberg 1996 S. 107).

²⁵ Postmes: „Hij mag dwalen en moet daarom van strafvervolging worden gevrijwaard. Zelfs als de zorgvuldigheid achteraf onvoldoende blijkt te zijn geweest. Een arts moet onbevreesd zijn missers kunnen melden.“ [...] (Spreeuwenberg 1996 S. 107).

Von unzureichender Sorgfalt des Arztes wird in den Niederlanden in Bezug auf aktive Sterbehilfe dann gesprochen, wenn die gesetzlich festgeschriebenen Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden.

Während ansonsten in der Diskussion um aktive Sterbehilfe häufig die Autonomie der Patienten in den Vordergrund gerückt wird, steht hier der Arzt mit seinen autonomen Entscheidungen im Mittelpunkt. Dessen Gewissensfreiheit hält Postmes für so wichtig, dass selbst eine Tötung von Patienten ohne Einhaltung der Sorgfaltskriterien straffrei bleiben soll. Dieser Ansatz passt zu James Kennedys Beschreibung der niederländischen Enttabuisierung von aktiver Sterbehilfe mit den Worten „Het zou moeten kunnen“: Es muss möglich sein (Kennedy 2002 S. 18).

Die „bespreekbaarheid“, die Möglichkeit zum offenen Gespräch, schließt gleichzeitig die Freiheit ein, ehemalige Tabus gemäß dem eigenen Gewissen auch in Handlungen zu missachten. Die Meldung und damit Offenlegung der aktiven Sterbehilfe ist aus Sicht der Sterbehilfe-Gegner Postmes und Zuidema wichtiger als ihre Vermeidung.

Mehr Meldungen durch weniger Strafrecht im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe?

Als wie wichtig die Meldungen von vielen angesehen werden, die sich in Medisch Contact zu Wort melden, zeigt auch ein Artikel des damaligen Chefredakteurs Cor Spreeuwenberg und des Hochschullehrers für Gesundheitsrecht Johan Legemaate. Titel des Artikels ist „Levensbeëindiging ernstig gehandicapte pasgeborene“; es geht also um die „Beendigung des Lebens schwerbehinderter Frühgeborener“, die in den Niederlanden seit Jahren diskutiert wird. Da Frühgeborene sich nicht äußern können, fällt diese Lebensbeendigung nicht unter das niederländische Gesetz zur aktiven Sterbehilfe. In ihrem Artikel beziehen sich Spreeuwenberg und Legemaate auf zwei Strafverfahren gegen die niederländischen Ärzte Prins und Kadijk. Beide waren des Mordes angeklagt worden. Sie hatten jeweils schwerkranken Frühgeborenen tödliche Substanzen verabreicht und ihre Tat den Behörden gemeldet.

Die Anklagen halten die beiden Autoren für nicht gerechtfertigt. Das Etikett Mord sei fehl am Platz angesichts einer so komplexen, schwierigen Entscheidung. Spreeuwenberg und Legemaate befürchten, niederländische Ärzte könnten aus Anlass dieser Prozesse Fälle von Lebensbeendigung zukünftig seltener melden. Sie warnen vor dieser aus ihrer Sicht verständlichen, aber falschen Reaktion:

Der Diskussion um die sinnvollste und gerechteste Weise der Überprüfung wird nicht gedient durch das Unterlassen der Meldung. Gerade jetzt, da die „Meldeprozedur aktive Sterbehilfe und Lebensbeendigung ohne Wunsch“ evaluiert

wird, ist eine offene Debatte notwendig (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195).²⁶

Auch hier wird den Meldungen und der offenen Debatte zentrale Bedeutung zugeschrieben. Die Staatsanwälte sollen ihre Entscheidungen für oder gegen eine Anklage dem Ziel einer möglichst hohen Melderate unterordnen. Die Autoren geben zu, bei der Lebensbeendigung ohne Wunsch werde das Strafrecht immer eine Rolle spielen müssen. Mehr Zurückhaltung beim Einsatz des Strafrechtes sei aber möglich. Strafrechtliche Maßnahmen könnten stärker mit anderen Formen der Überprüfung ärztlichen Handelns kombiniert werden (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195). Die Befürchtung, Ärzte könnten bei einer weiteren Lockerung des Strafrechtes leichtfertige Entscheidungen über Leben und Tod fällen, haben die Autoren offensichtlich nicht. Viel schwerer wiegt für sie die Gefahr, Lebensbeendigungen durch Ärzte könnten nicht gemeldet und im Verborgenen durchgeführt werden.

In einem weiteren Artikel in der Zeitschrift Medisch Contact aus dem April 1996 mit dem Titel „Naar legalisering van euthanasie? – Het vraagstuk van levensbeëindiging zoveel mogelijk de rechtzaal uit“ („Hin zur Legalisierung von aktiver Sterbehilfe? – Die Frage der Lebensbeendigung sollte so selten wie möglich im Gerichtssaal beantwortet werden“) kritisierte Legemaate die damalige Regelung der aktiven Sterbehilfe. Es sei unsinnig, dass aktive Sterbehilfe einerseits strafbar sei, aber andererseits unter bestimmten Bedingungen nicht verfolgt werde. Er verlieh wiederum seinen Befürchtungen Ausdruck, die Strafbarkeit könne negative Auswirkungen auf das Meldeverhalten haben.

Presseberichte vom Januar 1995 sprechen von 20 Sachen, in denen eine gerichtliche Voruntersuchung angestellt worden ist oder erwogen wird. (Das betrifft sowohl aktive Sterbehilfe als auch Lebensbeendigung ohne Wunsch.) Durch diese Berichte hat die Unruhe, Unklarheit und Rechtsunsicherheit unter Ärzten und Patienten zugenommen. Die Anzahl der Meldungen zeigt noch immer eine leicht steigende Linie, aber es halten sich auch hartnäckige Gerüchte über Ärzte, die unter dem Einfluss der Entwicklungen beschließen, nicht zu melden (Legemaate 1996 S. 517).²⁷

²⁶ De discussie over de meest zinvolle en rechtvaardige manier van toetsing wordt niet gediend door het achterwege laten van de melding. Juist nu de wettelijke „Meldingsprocedure euthanasie en levensbeëindiging zonder verzoek“ wordt geëvalueerd, is een open debat nodig (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195).

²⁷ Persberichten van januari 1995 spreken van 20 zaken waarin een gerechtelijk vooronderzoek is ingesteld of wordt overwogen (zowel euthanasie als levensbeëindiging zonder verzoek). Door deze berichten zijn de onrust, onduidelijkheid en rechtsonzekerheid onder artsen en patiënten toegenomen. Het aantal gemelde zaken vertoont nog steeds een licht stijgende lijn, maar ook de anekdotische informatie over artsen die onder invloed van die ontwikkelingen besluiten niet te melden, houdt hardnekkig aan (Legemaate 1996 S. 517).

Der Anwalt W. R. Kastelein schätzte in seinem Artikel „Arts en recht: van wetgeving naar praktijk“ („Arzt und Recht: von der Gesetzgebung zur Praxis“) das Problem ähnlich wie Legemaate ein. Die Politiker hätten es sich zu leicht gemacht. Anstatt klar Position für oder gegen aktive Sterbehilfe zu beziehen, hätten sie die bestehende, informelle Regelung in ein Gesetz gegossen (Kastelein 1996 S. 525).

Ein Staatsanwalt weigert sich anzuklagen: Der Fall des Chirurgen Smook

Am Beispiel des Chirurgen A. Smook wird deutlich, dass auch in der Zeitung Trouw und in Artikeln über Einzelfälle von aktiver Sterbehilfe die Meldezahlen eine wichtige Rolle spielen. Smook war als Arzt für ein medizinisches Zentrum in Alkmaar tätig und hatte im Jahr 1993 einer 85jährigen Frau aktive Sterbehilfe gewährt. Dabei hatte er sich an die geltenden Sorgfaltskriterien gehalten. Allerdings hatte sich die Betroffene nicht in der Sterbephase befunden. Deswegen gab es Streit zwischen der Staatsanwaltschaft in Alkmaar und der Generalstaatsanwaltschaft. Letztere wünschte einen Strafprozess gegen den Chirurgen, den die Staatsanwaltschaft in Alkmaar zunächst ablehnte. Schließlich wurde der Alkmaarer Staatsanwalt Josephus Jitta unter Androhung einer Entlassung gezwungen, Anklage zu erheben. Aldert Schipper berichtete über den Fall am 3. Februar 1996 in der Zeitung Trouw unter der Überschrift „Artsen verliezen vertrouwen in OM/Josephus Jitta: Je kunt onzorgvuldig euthanasiebeleid niet met rechtsvervolging ondersteunen“ („Ärzte verlieren das Vertrauen in die Staatsanwaltschaft/Josephus Jitta: Man darf schlampige Sterbehilfe-Politik nicht mit Strafverfolgung unterstützen“). Der Autor zeigte sich solidarisch mit Jitta und kommentierte:

Nicht allein hinsichtlich schwerer Kriminalität macht die Justiz Fehler (Schipper 1996).²⁸

Jitta hatte zunächst einen Brief an seinen Vorgesetzten, den Oberstaatsanwalt van Randwijck in Amsterdam geschickt. Darin hatte er die Gründe darlegt, aus denen er keine Strafverfolgung einleiten wollte:

Jittas Brief wies [...] darauf hin, dass eine Strafverfolgung zu einem unwiderruflichen Rückgang der Meldezahlen für den unnatürlichen Tod führen würde. Ärzte würden dann wieder bei aktiver Sterbehilfe eine „natürliche Todesursache“ angeben mit dem vollen Risiko, dass sie geschummelt hätten, oder dass sie nach der Morphiumspritze gegriffen hätten (Schipper 1996).²⁹

²⁸ Niet alleen ten aanzien van de zware criminaliteit heeft justitie steken laten vallen (Schipper 1996).

²⁹ Jitta's brief wees er [...] op dat vervolging onherroepelijk zou leiden tot terugloop van meldingen van onnatuurlijke dood. Artsen zouden dan weer bij euthanasie „natuurlijke doodsoorzaak“ opgeven met alle risico dat zij zouden sjoemelen of naar de morfinespuit zouden grijpen (Schipper 1996).

Der letzte Satz ist schwer zu verstehen; deshalb soll er kurz erläutert werden. Hier wird unterschieden zwischen dem Schummeln bei der aktiven Sterbehilfe und dem Griff nach der Morphiumsspritze. Die Ärzte hätten geschummelt oder nach der Morphiumsspritze gegriffen. In den Niederlanden wird, insbesondere in den Studien von Van der Maas und seinen Mitarbeitern, stets differenziert zwischen aktiver Sterbehilfe und Überdosierung von Schmerzmitteln, etwa Morphin, mit der „teilweisen“ Absicht der Lebensbeendigung. Jittas Argumentation geht an dieser Stelle über die Befürchtung eines Rückgangs der Meldezahlen hinaus. Er befürchtet außerdem, die Ärzte könnten, statt aktive Sterbehilfe mit einem dafür in den Niederlanden als geeignet angesehenen Mittel zu leisten, hochdosiert Morphin einsetzen. In diesem Fall hätten sie es nach dem Tod des Patienten leicht zu behaupten, es sei ihnen bei der Medikamentengabe um adäquate Schmerztherapie gegangen. Morphinderivate haben gegenüber anderen tödlichen Medikamenten den Nachteil, dass ihre Wirkungsweise und die Höhe der tödlichen Dosis sich von Mensch zu Mensch unvorhersehbar unterscheiden. Deshalb gelten sie als zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe weniger geeignet. Jitta warnte in seinem Brief also vor einer Verschlechterung der Qualität der ärztlichen Tötung auf Verlangen. Diese, so fürchtete er, würde bei einer Verunsicherung der Ärzte durch Strafverfolgung von Smook eintreten.

Der Autor des Artikels, Aldert Schipper, ging im Weiteren auf Jittas bisherigen Umgang mit aktiver Sterbehilfe ein. Jitta habe bereits seit zehn Jahren gute Kontakte zu Ärzten in der nordholländischen Provinz gehabt. Es habe in dieser Gegend mehr Meldungen von Fällen aktiver Sterbehilfe gegeben als anderswo. Der Text von Schipper zitiert im Weiteren erneut Jittas Brief:

Ich habe erfahren, dass Ärzte sehr sorgfältig umgehen mit dem Durchführen von aktiver Sterbehilfe. Ich hatte Vertrauen bekommen und Freunde gefunden. Wenn ich diese Menschen nun auf einmal verfolgt hätte, hätte das einen Vertrauensbruch bedeutet (Schipper 1996).³⁰

Für den Autor dieses Artikels ist die höhere absolute Zahl der Meldungen in der Umgebung von Alkmaar gleichbedeutend mit einer höheren relativen Meldezahl. Eine andere Möglichkeit wäre, dass in Alkmaar aktive Sterbehilfe häufiger vorkommt als anderswo in den Niederlanden. Diese Möglichkeit zieht Schipper nicht in Betracht.

Darüber hinaus wird deutlich, dass es dieser Staatsanwalt nicht als seine Aufgabe ansieht, eine Strafverfolgung einzuleiten. Er sieht sich nicht als Kontrollinstanz, sondern als juristischen Berater und Freund der Ärzteschaft. Das Vertrauen der Ärzte zu erhalten ist das wichtigste Ziel. Dahinter steht wiederum der Wunsch, Ärzte zum Melden zu bewegen. Die Idee, man müsse bestimmte Fälle

³⁰ Ik heb ondervonden dat men onder artsen erg zorgvuldig is met het verlenen van stervenshulp. Ik had vertrouwen gekregen en vrienden gemaakt. Als ik die mensen nu ineens zou vervolgen, zou dat een vertrouwensbreuk betekenen (Schipper 2002).

strafrechtlich verfolgen, um die Grenzen der Akzeptanz aktiver Sterbehilfe aufzuzeigen, spielt hier keine Rolle.

Ärzte als Opfer politischer Experimente?

Der Hausarzt Ben Crul bestätigte am 3. Februar 1996 in der Zeitung Trouw, dass die politischen und juristischen Umstände der aktiven Sterbehilfe sich auf sein Meldeverhalten auswirken würden. Crul gibt in seinem Artikel an, in den vergangenen Jahren etwa fünfzehnmal aktive Sterbehilfe geleistet zu haben. Die ersten Fälle habe er nicht gemeldet. Später sei er zum Melden übergegangen. Mit den juristischen Rahmenbedingungen der aktiven Sterbehilfe zeigt er sich nicht einverstanden:

Die Tatsache, dass ein Arzt sich selbst, nach der Durchführung von aktiver Sterbehilfe, noch immer bei der Staatsanwaltschaft indirekt als des Mordes verdächtig anzeigen muss, bleibt in unserer Rechtsordnung eine ebenso einzigartige wie bizarre Angelegenheit (Crul 1996).³¹

Als besonders unfair empfindet Crul den Umgang des niederländischen Staates mit der Lebensbeendigung ohne Wunsch. Am 25. Mai 1995 hätten alle niederländischen Ärzte ein Schreiben der beiden Minister für Justiz und für Gesundheit erhalten. Darin habe Folgendes gestanden: In Bezug auf die Lebensbeendigung ohne Wunsch sei es besonders wichtig für den niederländischen Staat, mehr zu erfahren über die hinter solchen Handlungen stehenden Entscheidungsprozesse.

Meine geplagten Kollegen Prins, Kadijk und, unlängst, der Arzt Smook aus Alkmaar, glaubten, dieses vom Minister verschickte Schreiben aufmerksam gelesen und gewissenhaft und genau danach gehandelt zu haben. Über Musterprozesse wurde kein Wort verloren, und so schien es „gerechtfertigt“, dem Gesetzgeber zu vertrauen und mit offenen Karten zu spielen. Aber derselbe Minister entschied sich anders und meinte, diesen Ärzten einen sehr belastenden Strafprozess antun zu müssen (Crul 1996).³²

Mir ist nicht klar, warum Crul an dieser Stelle den Fall Smook erwähnt, da es in diesem nicht um Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Patientenwunsch ging. Im Weiteren beklagt er, Ärzte seien in den von ihm erwähnten Musterprozessen durch den Minister als „Versuchskaninchen“ missbraucht worden.

³¹ Het feit dat een arts zichzelf, na het uitvoeren van een euthanasie, nog steeds bij Justitie indirect moet aangeven als mogelijke moordenaar, blijft even uniek als bizar in onze rechtspraak (Crul 1996).

³² Mijn geplaagde collega's Prins, Kadijk en, onlangs, de Alkmaarse arts Smook, dachten dit namens de minister verzonden schrijven aandachtig gelezen te hebben en gewetensvol en nauwkeurig daarnaar gehandeld te hebben. Over proefprocessen werd met geen woord gerept, dus leek een vertrouwen in de wetgever om open kaart te spelen „gewettigd“. Maar diezelfde minister besliste anders en meende deze artsen een zeer belastend proces te moeten aandoen (Crul 1996).

Derselbe Vorwurf wird erhoben im Artikel „De arts als proefkonijn“ („Der Arzt als Versuchskaninchen“) aus der Zeitung Trouw vom 20. Februar 1996. Der Autor bezieht sich insbesondere auf den Fall des Gynäkologen Prins:

Wenn sich je der Gesetzgeber als ohnmächtig erwiesen hat, dann im Prozess gegen den Gynäkologen Prins aus Alkmaar. Dieser wurde verfolgt, weil er vor einigen Jahren ein ernsthaft leidendes Frühgeborenes hatte sterben lassen, dessen Heilungschancen, auch nach dem Urteil seiner Kollegen, gleich null waren (Editorial Trouw 1996a).³³

Mir fällt an diesen Zeilen auf, dass der Autor von „sterben lassen“ spricht, obwohl Prins dem Frühgeborenen eine tödliche Substanz verabreicht hatte. Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, der in Deutschland überwiegend als sehr wichtig angesehen wird, spielt für ihn an dieser Stelle keine Rolle. Außerdem ist hier von einem „ernsthaft leidenden“ Frühgeborenen die Rede. Damit soll wahrscheinlich suggeriert werden, dass dieses Sorgfaltskriterium erfüllt war. Gleichzeitig bestehen zwei der besonderen Probleme der Tötung äußerungsunfähiger Patienten darin, dass diese erstens nicht sagen können, ob sie leben oder sterben wollen, und dass wir zweitens nicht wissen können, ob sie leiden. Deshalb halte ich die Umschreibung des Zustandes des Frühgeborenen mit „ernsthaft leidend“ für problematisch. Damit wird vom eigentlichen Problem abgelenkt.

Der Autor meint abschließend:

Damit hat erneut der [...] Gesetzgeber das Wort, der vielleicht auch einmal bedenken könnte, dass es nicht besonderes elegant ist, einen Arzt im allgemeinen Interesse [...], aber auf eigenes Risiko als Versuchskaninchen fungieren zu lassen (Editorial Trouw 1996a).³⁴

Ein Arzt verdiene eine bessere Behandlung (Editorial Trouw 1996a).

Der in beiden Artikeln gebrauchte Begriff „Versuchskaninchen“ („proefkonijn“) für die Situation der niederländischen Ärzte erscheint im Deutschen unpassend. Gemeint ist, dass der niederländische Staat – gewissermaßen als „Experiment“ – Ärzte zum Melden auch verbotener Handlungen ermutigt, ihnen dabei aber keine Straffreiheit gewährt. Vermutlich waren die Autoren vor allem auf der Suche nach einem möglichst drastischen Begriff, entsprechend ihrer Wahrnehmung der Situation.

³³ Zo ooit de onmacht van de wetgever is gebleken, dan wel met het proces tegen de Alkmaarse gynaecoloog Prins. Deze werd vervolgd, omdat hij enkele jaren geleden een ernstig lijdende pasgeboren baby had laten sterven, waarvan de genezingskansen, ook naar het oordeel van zijn collega's, nihil waren (Editorial Trouw 1996a).

³⁴ Daarmee is het woord opnieuw aan de [...] wetgever, die misschien ook eens zal kunnen bedenken dat het niet erg elegant is een arts terwille van het algemeen belang [...], maar voor diens eigen risico als proefkonijn te laten functioneren (Editorial Trouw 1996a).

Gab es zwischen den Jahren 1984 und 1993 eine kontinuierliche Zunahme der Fälle von aktiver Sterbehilfe?

Auch im Deutschen Ärzteblatt werden die Meldezahlen aktiver Sterbehilfe thematisiert, beispielsweise am 12. April 1996 unter dem Titel „Niederlande: Zunahme der Euthanasiefälle“:

In den Niederlanden ist aktive Euthanasie zwar verboten, unter bestimmten Voraussetzungen gehen Ärzte, die Sterbehilfe leisten, jedoch straffrei aus. Seit 1984 konnte ein stetiger Anstieg verzeichnet werden. So wurden im Jahr 1984 im ganzen Land 19 Euthanasiefälle gemeldet, 1993 waren es 1318 (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996e S. A-944).

(Die Zahl 1318 für das Jahr 1993 stimmt größenordnungsmäßig mit der Zahl 1304 überein, die von van der Wal und seinen Mitarbeitern im Artikel „Evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie“ („Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe“) im Dezember 1996 in der Zeitschrift Medisch Contact genannt wurde (van der Wal et al. 1996 S. 1611). Sie findet sich jedoch in keiner anderen, mir vorliegenden Quelle exakt bestätigt. Das Problem unterschiedlicher Angaben zu Meldezahlen in verschiedenen Quellen thematisiere ich in den Kapiteln „Entwicklung der Meldezahlen von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden“ und „Die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden“.)

In diesem Artikel wird die Zunahme der gemeldeten Fälle mit der Zunahme der Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe gleichgesetzt. Der Autor meint, dass in den Niederlanden zunehmend öfter aktive Sterbehilfe geleistet wird. In den Niederlanden wird in Bezug auf die Zunahme der gemeldeten Fälle in der Regel von einer relativen Zunahme ausgegangen, nicht von einer Zunahme der absoluten Zahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe. Viele Niederländer meinen, der Umgang mit der aktiven Sterbehilfe werde offener bei weitgehend gleich bleibender Häufigkeit. Für den Zeitraum zwischen 1984 und 1990 liegen keine Zahlen vor, die dies bestätigen oder widerlegen könnten. Für den Zeitraum nach 1990 konnte eine leichte Zunahme der Fälle von aktiver Sterbehilfe mit einer überproportionalen Zunahme der Meldungen beobachtet werden, z. B. zwischen 1990 und 1995 von 18 % auf 41 % (van der Wal et al. 1996 S. 1609). Vor diesem Hintergrund ist zumindest die Gleichsetzung einer Zunahme der Meldungen mit einer Zunahme der tatsächlichen Fälle, wie sie im Deutschen Ärzteblatt vorgenommen wird, nicht haltbar.

Welche Auswirkungen hat die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe auf Ärzte?

Weitreichende Auswirkungen der staatlichen Akzeptanz aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden sehen die Münchner Psychiater Thomas Fuchs und Hans Lauter in ihrem im Januar 1997 im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel „Euthanasie, Kein Recht auf Tötung“. Aus Sicht der beiden Autoren ruht die Forderung nach aktiver Sterbehilfe auf zwei Werten, der Forderung nach einem Selbstbestimmungsrecht für Patienten einerseits und dem Gebot der Humanität,

sinnloses und unerträgliches Leiden zu beseitigen, andererseits. Sie wollen in ihrer Argumentation zeigen, dass beide Rechtfertigungsgründe für aktive Sterbehilfe zu untragbaren Konsequenzen führen. Gehe man vom Selbstbestimmungsrecht aus, müsse jeder Mensch, der sein Leben nicht mehr leben wolle, das Recht auf Tötung haben. Dies gelte beispielsweise auch für Patienten mit behandelbaren Depressionen. Einen solchen Fall habe es in den Niederlanden bereits gegeben. Wahrscheinlich meinen die Autoren den Chabot-Fall. Dieser war ein Fall von ärztlich assistiertem Suizid gewesen, nicht von aktiver Sterbehilfe. Bei der Patientin war unklar gewesen, wie viel Aussicht auf Erfolg weitere Behandlungsversuche gehabt hätten. Unter anderem aufgrund dieser Unklarheit und der mangelnden Beweise für die Aussichtslosigkeit weiterer Therapie hatte das Gericht den Psychiater Chabot nicht freigesprochen. Allerdings war ihm auch keine Strafe auferlegt worden.

Die Darstellung, es habe sich in diesem Fall um eine Frau mit behandelbarer Depression gehandelt, ist also nicht korrekt. Bisherige Behandlungsversuche waren erfolglos gewesen. Außerdem versäumen die Fuchs und Lauter darauf hinzuweisen, dass dieser Fall in den Niederlanden zu einem Schuldspruch des angeklagten Arztes vor Gericht geführt hatte.

Im Weiteren erläutern sie Folgendes: Wenn die Beseitigung des Leidens ein wichtiger Grund für aktive Sterbehilfe sei, müsse diese als Konsequenz auch leidenden Menschen ermöglicht werden, welche keine selbstbestimmten Entscheidungen mehr treffen könnten.

Hochrangige niederländische Ärztevertreter haben deshalb nie einen Hehl daraus gemacht, daß zu einem späteren Zeitpunkt die Euthanasieregelung auch schwergeschädigte Neugeborene, Komatöse, demente Ältere oder geistig Schwerbehinderte einbeziehen solle [...]. Nach Meinungsumfragen wird auch die unfreiwillige Euthanasie bereits von drei Vierteln der holländischen Bevölkerung gebilligt. Ist der Weg der Entkriminalisierung und Legalisierung der Euthanasie einmal beschritten, so gibt es offensichtlich keine ausreichenden Barrieren mehr, um den Schutz des behinderten, beschädigten oder seinem natürlichen Ende entgegengehenden Lebens sicherzustellen (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222).

Zu den Auswirkungen der Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe auf die Ärzteschaft äußern die Autoren sich folgendermaßen: Wenn Patienten ein Recht auf Tötung hätten, werde diese zur Pflicht des Arztes. Dies sei eine Zumutung für den Arzt. Die Medizin werde dann missbraucht, um individuelle Glücksvorstellungen zu verwirklichen (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222).

Hier wird die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe als Bedrohung für den Arzt dargestellt. Ausgangspunkt ist allerdings ein von den Autoren postuliertes Patientenrecht auf Tötung. Ein solches gibt es in den Niederlanden nicht.

Autoren in Trouw und Medisch Contact meinen im Gegensatz zu diesem Artikel häufig, die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe schütze und entlaste den Arzt. Im Medisch-Contact-Artikel „Euthanasie – ,Geen zorgvuldigheid zonder volledigheid‘ – In gesprek met twee bezorgde artsen“ („Aktive Sterbehilfe –

„Keine Sorgfalt ohne Vollständigkeit“ – Im Gespräch mit zwei besorgten Ärzten“) fordern die befragten Ärzte Postmes und Zuidema diesen Schutz sogar ein, obwohl sie sich als Sterbehilfe-Gegner bezeichnen (Spreeuwenberg 1996 S. 107). Mehr Zurückhaltung des Strafrechtes auch bei Lebensbeendigungen ohne Patientenwunsch wünschen sich die Autoren Legemaate und Spreeuwenberg am Beispiel der Fälle Prins und Kadijk in ihrem Artikel „Levensbeëindiging ernstig gehandicapte pasgeborene“ („Beendigung des Lebens schwerbehinderter Frühgeborener“). Hintergrund ist wiederum das Interesse an mehr Schutz für Ärzte, insbesondere in schwierigen Entscheidungssituationen (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195).

Insofern weisen Fuchs und Lauter zurecht darauf hin, dass auch Lebensbeendigungen ohne Patientenwunsch in der niederländischen Debatte eine Rolle spielen. Allerdings gibt es meiner Meinung nach keinen Anhalt für eine systematische Planung niederländischer Ärzte, die Praxis der Lebensbeendigung mit der Zeit auf nicht-einwilligungsfähige Gruppen auszuweiten.

Fuchs und Lauter gehen in ihrer Argumentation davon aus, dass die aktive Sterbehilfe nicht auf bestimmte Fälle begrenzt werden könne. Wenn Menschen selbstbestimmt den Tod wählen dürften, müsse ihnen dies auch in jeder von ihnen als unerträglich empfundenen Situation ermöglicht werden. Wenn unerträglich leidende Menschen getötet werden dürften, müsse dies auch für nicht-einwilligungsfähige Menschen möglich sein. In den von mir betrachteten Artikeln aus niederländischen Medien spielen diese theoretischen Überlegungen keine Rolle. Ebenso wenig prägen sie die Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Ob auf eine Bitte um Lebensbeendigung eingegangen wird, ist nicht nur von der Leidensfähigkeit und Belastbarkeit des Patienten abhängig. Auch die Einschätzungen und persönlichen Überzeugungen des Arztes spielen eine Rolle. Ein Wunsch, für den der eine Arzt viel Verständnis aufbringt, ist dem anderen möglicherweise schwer begreiflich. So können in ähnlich gelagerten Fällen völlig unterschiedliche ärztliche Entscheidungen zustande kommen. Es könnte passieren, dass ein Patient keine aktive Sterbehilfe erhält, weil er den „falschen“ Hausarzt hat oder im „falschen“ Krankenhaus liegt. Das Problem der aktiven Sterbehilfe ist in den Niederlanden nicht sauber ethisch aufgelöst, sondern pragmatisch geregelt.

Die Groninger Hochschullehrerin für Sozialmedizin Doeke Post geht in einem Trow-Artikel vom 31. Januar 2002 mit dem Titel „Dokters worden o-
vervraagd; Euthanasie“ („Ärzte werden überfragt; Aktive Sterbehilfe“) auf die Position der Ärzte im Spannungsfeld zwischen Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe ein. Ärzte bekämen anscheinend langsam Schwierigkeiten mit dem Gesetz zur aktiven Sterbehilfe. Einige Amsterdamer Ärzte hätten in einem Interview die niederländische Sterbehilfe-Politik in Frage gestellt. Sie hätten behauptet, die niederländische Palliativmedizin sei zu wenig entwickelt. Eine Verbesserung derselben könne die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe senken.

Das Gesetz wurde gemacht, um gerade die Ärzte aus dem Strafrecht heraus zu halten, eine Art Schutz des Handelns von Ärzten bei der Lebensbeendigung. In zunehmendem Maß sehen diese Ärzte, dass das Fordern eines Rechtes auf aktive Sterbehilfe durch Patienten im Begriff ist, eine Folge des Gesetzes zu werden. „Es ist, als ob wir Ärzte durch das Gesetz über eine Grenze gedrückt worden wären“, so behauptete einer von den Ärzten (Post 2002 S. 17).³⁵

Die Autorin betont, das Sterbehilfe-Gesetz sei gemacht worden, um Ärzte vor Strafverfolgung zu schützen. Diese Idee findet sich in mehreren Artikeln der von mir untersuchten niederländischen Medien zu diesem Thema. Sie ist nachvollziehbar vor dem Hintergrund der Vorstellung, dass aktive Sterbehilfe sowieso vorkomme, unabhängig von Legalisierung oder Verbot. In anderen Ländern, wie z. B. in Deutschland, wird stärker über die Rolle des Patienten debattiert. Wer die aktive Sterbehilfe ausführt, ist Nebensache.

Post warnt vor einer zu starken Betonung der Patientenautonomie. Werde diese zu weit getrieben, gehe sie vorbei an dem eigentlichen Bedürfnis des Menschen nach Gemeinschaft. Das menschliche Selbstbestimmungsrecht sei relativ, denn der Mensch sei kein beziehungsloses Wesen. In der Palliativmedizin werde dieser Tatsache Rechnung getragen. Sie müsse stärker in die Diskussion um aktive Sterbehilfe einbezogen werden (Post 2002 S. 17).

Die von Post zitierten niederländischen Ärzte haben dieselbe Idee wie Fuchs und Lauter in ihrem oben diskutierten Artikel: Ein Patientenrecht auf aktive Sterbehilfe setzt Ärzte unter Druck. Zwar gibt es ein solches Recht in den Niederlanden nicht. Aber diese Amsterdamer Ärzte haben offensichtlich den Eindruck, Patienten in den Niederlanden hätten de facto dieses Recht oder fühlten sich mit der Forderung nach aktiver Sterbehilfe zumindest im Recht.

Es ist vorstellbar, dass manche Patienten sehr fordernd auftreten, wenn es um aktive Sterbehilfe geht. Mit fordernden Patienten sind Ärzte aber in vielen Bereichen ihrer Tätigkeit konfrontiert: Patienten wollen bestimmte Medikamente oder bestimmte Untersuchungen. Sie wollen länger mit dem Arzt reden oder nicht so lange im Wartezimmer sitzen. Es ist aus meiner Sicht nicht einleuchtend, warum Ärzte durch die Konfrontation mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe stärker in der Bredouille sein sollten als bei anderen Patientenforderungen. Zwar entspringt diese „Forderung“ meist einer für Patienten und Arzt extremen Situation. Das kann aber auch für andere Forderungen gelten. Ein Patient kann auch aus Verzweiflung ein bestimmtes Medikament einfordern, das der Arzt ihm verweigern muss, weil es aus seiner Sicht in der gegebenen Situation nicht sinnvoll ist.

³⁵ De wet is er gekomen om juist de artsen uit het strafrecht te houden, een soort bescherming van het handelen van artsen bij de levensbeëindiging. In toenemende mate zagen deze artsen dat het claimen van patienten van recht op euthanasie een gevolg van de wet gaat worden. „Het is alsof wij als artsen door de wet over een grens zijn gedrukt“, zo stelde een van de dokters (Post 2002 S. 17).

Reaktionen auf das Sinken der Meldezahlen nach 1998

Govert den Hartogh veröffentlichte als Mitglied der regionalen Prüfkommision für aktive Sterbehilfe „Zuidholland/Zeeland“ am 23. August 2002 einen Artikel mit dem Titel „Niet toetsen is geen optie, Toetsingscommissies vervullen hun wettelijke taak“ („Nicht zu prüfen ist keine Option, Prüfungskommissionen erfüllen ihre vom Gesetz vorgegebene Aufgabe“). Darin macht er sich Gedanken über das Sinken der Meldezahlen nach Einführung der Prüfkommisionen im Jahr 1998. Für diese Entwicklung gebe es zwei Erklärungen: Entweder sei aktive Sterbehilfe durch die verbesserte Qualität der Palliativmedizin seltener geworden oder Ärzte würden weniger melden, weil sie den bürokratischen Aufwand scheuten (den Hartogh 2002 S. 1192).

Im Weiteren appelliert den Hartogh an die Ärzte zu melden. Er erklärt, das Ausfüllen der notwendigen Unterlagen bringe nur einen geringen Zeitaufwand mit sich. In weniger als einem Prozent der Fälle würde der Arzt zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Noch wesentlich seltener komme die Kommission zu dem Schluss, der Arzt habe unsorgfältig gehandelt. Dies sei beispielsweise im Jahr 2001 nur einmal vorgekommen. In diesem Fall habe der Arzt, der die aktive Sterbehilfe durchgeführt hatte, in keinerlei Behandlungsbeziehung zu dem Patienten gestanden (den Hartogh 2002 S. 1193).

In Zukunft habe man zwei Möglichkeiten, so den Hartogh, falls sich herausstelle, dass der Anteil der Meldungen an den Fällen aktiver Sterbehilfe tatsächlich sinke oder stagniere.

Wir können eine aktive Politik verfolgen, mit der wir Nachlässigkeiten beim Melden aufspüren und bestrafen. Oder wir können jeden Anspruch aufgeben, das Handeln von Ärzten in Bezug auf aktive Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid gesellschaftlicher Kontrolle und Kurskorrektur zu unterwerfen (den Hartogh 2002 S. 1193).³⁶

Die Zeitung Trouw beschäftigte sich am 23. Mai 2002 unter dem Titel „Aantal meldingen van euthanasie weer lager“ („Anzahl Meldungen aktive Sterbehilfe wieder gesunken“) mit demselben Thema wie den Hartogh. Der Autor des Artikels erklärte, die Ursache für den Rückgang der Meldezahlen sei unklar. Eine mögliche Erklärung sei das verbesserte Wissen von Ärzten über Palliativmedizin (Editorial Trouw 2002a S. 4).

³⁶ We kunnen een actief beleid gaan voeren om nalatigheden in het melden op te sporen en te bestraffen. Of we kunnen iedere pretentie opgeven om het handelen van artsen met betrekking tot euthanasie en hulp bij suicide te onderwerpen aan maatschappelijke screening en bijsturing (den Hartogh 2002 S. 1193).

Entscheidungen für aktive Sterbehilfe in der Praxis

Konzepte für den Umgang mit aktiver Sterbehilfe in der Praxis

Der Hausarzt E. G. H. Kenter widmete sich in einem Artikel „De intersubjectiviteit van het ondraagelijk lijden – Wie bepaalt?“ („Die Intersubjektivität des unerträglichen Leidens – Wer hat das Sagen?“) in der Medisch-Contact-Ausgabe vom 5. April 1996 der Frage, wie die Erfüllung der Sterbehilfe-Voraussetzung „unerträgliches Leiden“ mit einem gewissen Maß an Objektivität gelingen könne. Sowohl Patient als auch Arzt hätten eigene, subjektive Vorstellungen davon, was „unerträglich“ sei. Er lehnt es ab, die Entscheidung, ob das Leiden unerträglich sei, ausschließlich dem Patienten zu überlassen. Gebe man dem Patienten gar die Selbsttötungspille in die Hand, könne diese möglicherweise impulsiv in einer zeitweiligen Depression eingenommen werden. Arzt und Patient müssten den Beschluss gemeinsam treffen. Darüber hinaus müsse auch die Familie des Patienten hinter der Entscheidung stehen (Kenter 1996 S. 481).

Daneben hält Kenter es für möglich, das „unerträgliche Leiden“ zum Teil zu objektivieren:

Angesichts eines Verlustes mehrerer Lebensfunktionen, beispielsweise angesichts von Inkontinenz, Bettlägerigkeit, Beklemmungsgefühl und Passageproblemen im Magen-Darm-Bereich, ist durch das Zusammenkommen dieser wahrnehmbaren Probleme für jeden das unerträgliche Leiden einfach festzustellen. Schwieriger wird diese Objektivierung, wenn der Patient noch ambulant behandelt wird, und man nicht von Leiden am Lebensende sprechen kann (Kenter 1996 S. 481–482).³⁷

In der Praxis dienen folgende Maßnahmen der „Objektivierung“ des unerträglichen Leidens: Der Arzt müsse sich wiederholt von der Dauerhaftigkeit des Patientenwunsches überzeugen. Er müsse mit der Familie und anderen Ärzten sprechen. Er habe die Pflicht zu erkunden, ob alle medizinischen und sozialen Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität des Patienten ausgeschöpft seien (Kenter 1996 S. 482).

Kenter setzt nicht auf eine scharfe Grenzziehung zwischen Situationen, in denen aktive Sterbehilfe objektiv gerechtfertigt werden kann, und solchen, in denen Patienten dieser Wunsch niemals gewährt werden sollte. Stattdessen hält er die Objektivierung durch eine Sammlung von Indizien für möglich. Hier wird deutlich, dass in der niederländischen Debatte um aktive Sterbehilfe häufig nach pragmatischen Antworten auf komplizierte Fragen gesucht wird. Das Problem der Subjektivität des unerträglichen Leidens kann nicht befriedigend gelöst

³⁷ Bij een combinatie van verlies aan vitale functies, zoals incontinentie, gedwongen verblijf in bed, benauwdheid, passageproblemen van voedsel en faeces, is door de opsomming van de waarneembare problemen door iedereen het ondraagelijk lijden gemakkelijker vast te stellen. Moeilijker wordt de objectivering als de patiënt nog ambulant is en er geen sprake is van terminaal lijden (Kenter 1996 S. 481–482).

werden. Deshalb versucht man, sich einer Objektivierung anzunähern, ohne diese im vollen Umfang erreichen zu können.

Der Kulturanthropologe Robert Pool hatte in einem westniederländischen Krankenhaus in den Jahren 1991 bis 1993 die Handlungen und Gespräche von Ärzten und Pflegekräften rund um das Thema aktive Sterbehilfe miterlebt. Dabei war ihm ein Mangel an Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen aktiver Sterbehilfe in beiden Berufsgruppen aufgefallen. Der Wunsch nach mehr Wissen tauche seiner Erfahrung nach nur in Situationen auf, in denen Entscheidungen über aktive Sterbehilfe in greifbare Nähe rückten. In solchen Situationen sei er häufig von Ärzten um Rat gefragt worden. Im Medisch-Contact-Artikel³⁸ von Robert Pool heißt es außerdem:

Die Ärzte hatten natürlich ein allgemeines Bild der Regeln und der Prozedur, aber sie waren nicht umfassend informiert, vor allem nicht über die neuesten Entwicklungen. Ich hörte zum Beispiel mehr als einmal einen Arzt die Sorge aussprechen, es könnten Polizisten in seinem Wartezimmer erscheinen, wenn er den Fall von aktiver Sterbehilfe meldete, obwohl dies schon seit Oktober 1990 ausgeschlossen ist, weil der Justizminister damals die Meldeprozedur in Kraft gesetzt hat (Pool 1996 S. 705).³⁹

Auch die Patienten waren laut Pool schlecht über die Bedingungen für aktive Sterbehilfe in den Niederlanden informiert. Sie hätten häufig nicht gewusst, dass eine prompte Erfüllung dieses Wunsches nicht möglich sei und ein zweiter Arzt hinzugezogen werden müsse. Manche Patienten hätten geglaubt, eine Mitgliedschaft in der NVVE (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Euthanasie, der niederländischen Vereinigung für aktive Sterbehilfe)⁴⁰ oder eine Patientenverfügung mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe würden ihnen zu einem Recht auf aktive Sterbehilfe durch einen Arzt verhelfen (Pool 1996 S. 706).

Um dieses Informationsdefizit zu überwinden, schlägt Pool allen Krankenhäusern vor, einen Experten für aktive Sterbehilfe („euthanasieconsulent“) anzustellen. Dieser sollte nach seiner Vorstellung ein Sozialwissenschaftler mit entsprechender Weiterbildung sein, der sich stets über neueste Entwicklungen informieren könnte. Er wäre nicht nur für aktive Sterbehilfe, sondern auch für

³⁸ Der Artikel hieß „Euthanasie – Enkele aanbevelingen naar aanleiding van een antropologisch onderzoek“ („Aktive Sterbehilfe – Einige Empfehlungen aus Anlass einer anthropologischen Untersuchung“).

³⁹ Artsen hadden natuurlijk wel een algemeen beeld van de regels en de procedures, maar waren zelden volledig op de hoogte, vooral niet van de recentste ontwikkelingen. Ik hoorde bijvoorbeeld meer dan eens een arts de angst uitspreken dat er politieagenten in zijn wachtkamer zouden verschijnen als hij een geval van euthanasie zou melden, terwijl dit al vanaf oktober 1990 uitgesloten is, doordat de minister van Justitie toen een meldingsprocedure heeft ingesteld (Pool 1996 S. 705).

⁴⁰ Die NVVE heißt heute Nederlands Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde, d. h. Niederländische Vereinigung für freiwillige Lebensbeendigung. Bei der Abkürzung NVVE ist sie geblieben.

andere medizinische Entscheidungen am Lebensende zuständig. Er könnte beratende Gespräche mit den Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegekräften führen. Während der Untersuchung eines gemeldeten Falls von aktiver Sterbehilfe (damals durch die Staatsanwaltschaft) stände er als neutrale Informationsquelle zur Verfügung.

Neben dem Informationsmangel sieht Pool als zweites Problem einen Mangel an Gesprächen über die sozialen, emotionalen und ethischen Aspekte der aktiven Sterbehilfe. Um Gelegenheit für solchen Austausch zu schaffen, schlägt Pool drei verschiedene Szenarien vor. Es könne erstens eine wöchentliche, gemeinsame Kaffeepause für Ärzte und Pflegekräfte ohne Verpflichtung zum Gespräch eingeführt werden. Zweitens sei auch eine gemeinsame Besprechung nach belastenden Sterbesituationen möglich. Drittens komme ein wöchentliches Treffen, bei dem Fälle von schwierigen Entscheidungen am Lebensende vorgestellt und diskutiert würden, in Frage. Erreicht werden könne mit diesen verschiedenen Formen des Zusammentreffens eine bessere soziale Kontrolle der aktiven Sterbehilfe.

Abschließend kommentiert Pool, jede medizinische Einrichtung müsse einen Leitfaden zur aktiven Sterbehilfe haben und darin ihren Umgang damit festlegen. Darüber hinaus müsse es allerdings flexible Möglichkeiten zur Überprüfung und Korrektur von Sterbehilfe-Entscheidungen geben. Denn die Grenze zwischen normalen medizinischen Handlungen und aktiver Sterbehilfe sei nicht einfach zu ziehen (Pool 1996 S. 707).

Pool setzt in seinen Überlegungen auf Individualentscheidungen vor dem Hintergrund von Information, Beratung und Dialog. Die soziale Kontrolle ist für ihn wichtiger als genau definierte rechtliche Rahmenbedingungen. Aus seiner Sicht ist in der Praxis die Grenze zwischen aktiver Sterbehilfe und normalem medizinischem Handeln fließend. Daraus leitet er nicht die Notwendigkeit einer präziseren Grenzziehung durch mehr oder genauere Regeln ab. Er fordert im Gegenteil eine flexiblere Handhabung der bestehenden Regeln. Offen bleibt, was bei von ihm miterlebten Fällen von aktiver Sterbehilfe besser oder anders hätte ablaufen können. Offensichtlich geht es Pool mit seinen Vorschlägen mehr um ein allgemeines Klima der offenen Diskussion als um konkrete Verbesserungen bestimmter Abläufe. Wieder einmal fühlt man sich an Kennedys Behauptung erinnert, zentrale Idee des niederländischen Umgangs mit aktiver Sterbehilfe sei die „bespreekbaarheid“ (Kennedy 2002 S. 16).

Auf Grundlage seiner Recherchen im Krankenhaus veröffentlichte Pool ein Buch mit dem Titel „Vragen om te sterven, Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis“ („Bitten um Sterbehilfe, Aktive Sterbehilfe in einem niederländischen Krankenhaus“). Darin schildert er unter anderem zehn Fallbeispiele für aktive Sterbehilfe. Gonny den Haaft berichtete darüber am 29. Mai 1996 in der Zeitung Trouw unter dem Titel „Inzicht in de processen rond stervende patienten“ („Einsicht in die Prozesse rund um sterbende Patienten“). Pool halte statistische Erhebungen zur aktiven Sterbehilfe wie die Rimmelink-Studien für nicht sinn-

voll. Fälle von Lebensbeendigung würden sich seiner Meinung nach häufig keiner Kategorie zuordnen lassen.

Seine zehn Fälle, behauptet Pool, zeigten nämlich, wie dicht aktive Sterbehilfe und Schmerzbekämpfung beieinander liegen: selbst die Ärzte wissen manchmal nicht, welches Etikett sie ihrem eigenen Entschluss oder dem eines Kollegen verpassen sollen. Dasselbe gilt für aktive Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung: bei Frau Kees wurde es beispielsweise zufällig aktive Sterbehilfe, weil sie das Euthanaticum wegen Übelkeit nicht selbst trinken konnte, was sie zunächst vorgehabt hatte (ten Haaft 1996f S. 10).⁴¹

Um die praktische Umsetzung von Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe in einem niederländischen Krankenhaus geht es in einem Medisch-Contact-Artikel von J. Schouwstra und J. W. van den Blink.⁴² Im Februar 1989 waren in der Daniel-den-Hoed-Klinik interne Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe festgesetzt worden. Diese wurden im Jahr 1994 mittels Umfrage unter 297 Mitarbeitern evaluiert. Es wurde um Verbesserungsvorschläge gebeten. Im Artikel werden neue, daraufhin erarbeitete Richtlinien vorgestellt. Darin ist beispielsweise Folgendes festgelegt: Ein Arzt, der um aktive Sterbehilfe gebeten wird, diese aber prinzipiell ablehnt, soll einem anderen Arzt, der keine grundsätzlichen Bedenken hat, die Entscheidung über die Bitte des Patienten übertragen. Ärzte sollen nach einer Bitte um aktive Sterbehilfe den betroffenen Patienten einen Zeitpunkt nennen, bis zu dem sie ihre Entscheidung gefällt haben werden. Die Ablehnung einer Bitte soll begründet werden (Schouwstra und van den Blink 1996 S. 1063–1065).

Die beiden Autoren sehen Probleme bei der aktiven Sterbehilfe nicht im Bereich der juristisch festgelegten Sorgfalt, sondern im Bereich der Entscheidungsfindung. Die Qualität dieses Prozesses sei stark von dem Arzt abhängig, der die Entscheidung treffe. Das Team, das ihn unterstütze, müsse in Zukunft besser über die aktuellen Richtlinien informiert sein. Dann seien sie in der Lage, zu beurteilen, ob er korrekt handle. Sie könnten bei einem eventuellen Strafprozess als Zeugen für den Arzt auftreten (Schouwstra und van den Blink 1996 S. 1065).

⁴¹ Zijn tien casussen, redeneert Pool, laten immers zien hoe dicht euthanasie en pijnbestrijding bij elkaar liggen: zelfs de artsen weten soms niet welk etiket ze op hun eigen beslissing of op die van een collega moeten plakken. Hetzelfde geldt voor euthanasie en hulp bij zelfdoding: bij mevrouw Kees werd het bijvoorbeeld toevallig euthanasie, omdat zij het euthanaticum wegens misselijkheid niet zelf kon drinken, terwijl zij dit aanvankelijk wel wilde (ten Haaft 1996f S. 10).

⁴² Van den Blink war zu diesem Zeitpunkt stellvertretender Direktor der Daniel-den-Hoed-Klinik, gehörig zur Universitätsklinik Rotterdam. Der im August 1996 erschienene Artikel hat den Titel „Euthanasierichtlijnen in de Daniel den Hoed Kliniek – Resultaten van een evaluatieonderzoek na vijf jaar“ („Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe in der Daniel-den-Hoed-Klinik – Ergebnisse einer Evaluation nach fünf Jahren“).

Im Vergleich zu den Vorschlägen von Robert Pool haben die hier vorgestellten Richtlinien die konkreten Interessen der Patienten stärker im Blick. Beide Texte wollen die Qualität der aktiven Sterbehilfe in der ärztlichen Praxis und nicht den juristischen Rahmen verbessern. Dem Arzt wird eine wichtige Rolle zugeschrieben.

Mit den Meinungen und Empfindungen des Pflegepersonals beschäftigt sich der Jurist und Kulturanthropologe B. A. M. The in dem Medisch-Contact-Artikel „Euthanasie als groeiproces“ („Aktive Sterbehilfe als Wachstumsprozess“) vom 23. August 1996. Mit vergleichbarer Methode wie und in Zusammenarbeit mit Robert Pool hatte er das Erleben von aktiver Sterbehilfe durch die Pflegekräfte auf einer Station für Lungenerkrankungen erforscht. Er stellt fest, dass es dem Pflegepersonal wichtig gewesen sei, von Anfang an in den Entscheidungsprozess über den Sterbehilfe-Wunsch eines Patienten einbezogen zu werden. Pflegekräfte empfanden es als irritierend, wenn ein Patient nur zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe nach ambulanter Behandlung in der Poliklinik stationär aufgenommen wurde. Damit der Tod durch aktive Sterbehilfe von den Pflegern nicht als zu abrupt und verfrüht empfunden wurde, musste der Patient sichtbar von schwerer, lebensbedrohlicher Krankheit betroffen sein. The schlussfolgert, alle von der aktiven Sterbehilfe betroffenen Menschen brauchten Zeit, sich in einen Entschluss hineinzufinden. Deshalb spreche er von aktiver Sterbehilfe als „Wachstumsprozess“ (The 1996 S. 1071).

The meint, dass Spannungen im Team aus Ärzten und Pflegepersonal minimiert werden könnten, indem man alle Beteiligten regelmäßig über den Stand des Entscheidungsprozess informiere. Für das Problem, dass es den Pflegekräften schwerer falle, aktive Sterbehilfe für einen relativ gesund wirkenden Menschen zu akzeptieren, bietet er keine Lösung an. The nennt dieses Problem „Sichtbarkeitskriterium“. Als Beispiel für einen Patienten mit schlecht sichtbarem Leiden nennt The einen Lungenkrebs-Kranken, der bis zu seinem Tod durch aktive Sterbehilfe aufrecht im Bett sitzen und selbstständig essen konnte. Diese Lebensbeendigung sei von den Pflegekräften als falsch erlebt worden. Den Fall vergleicht The mit einer anderen Lungenkrebs-Patientin, die wegen einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse durch eine Magensonde ernährt werden musste und bettlägerig war. Deren Tod durch aktive Sterbehilfe hätten die Pfleger als gerechtfertigt erlebt (The 1996 S. 1070).

Meiner Meinung nach hatte letztgenannte Patientin objektiv weniger Möglichkeiten, am Leben teilzuhaben. Ihr waren mehr Quellen des Lebensgenusses (Essen, Bewegen) verschlossen. Ihr Leiden war möglicherweise nicht nur deutlicher sichtbar, sondern ihr Sterbewunsch war für das Pflegepersonal leichter nachzuvollziehen. Letztlich stellt die unterschiedliche Auslegung des Sorgfaltskriteriums „unerträgliches Leiden“ innerhalb eines Teams aus Ärzten und Pflegern das Problem dar, nicht nur die Sichtbarkeit dieses Leidens. Hier wird ein grundsätzliches Problem der aktiven Sterbehilfe, nämlich die oben im Zusammenhang des Artikels von Kenter besprochene Subjektivität des unerträglichen

Leidens, meiner Ansicht nach zu Unrecht als Frage der „Sichtbarkeit“ deklariert.

Die Praxis aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden oder in Deutschland wird in FAZ und Deutschem Ärzteblatt kaum thematisiert. Wenn es im Deutschen Ärzteblatt um die Praxis der Sterbebegleitung in Deutschland geht, ist die Abgrenzung von der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden ein wichtiges Thema. So heißt es in dem Artikel „Neufassung der Sterbehilferichtlinien, Absage an aktive Euthanasie“ zur Aktualisierung der Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung:

[...] einen Nahrungsentzug lehnt Hoppe [zu diesem Zeitpunkt Vizepräsident der Bundesärztekammer] jedoch als eine Form aktiver Euthanasie ab.

Außerdem plädierte er für eine Abgrenzung von der niederländischen Regelung. [...] Die Delegierten des 98. Deutschen Ärztetages traten 1995 „allen Bestrebungen zur Durchführung und Legalisierung aktiver ärztlicher Euthanasiemaßnahmen entschieden entgegen“ (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996d S. A-309).

Hervorgehoben wird: Es soll in Deutschland keine aktive Sterbehilfe nach niederländischem Vorbild geben. Der Schwerpunkt liegt nicht auf Ansätzen zur Sterbebegleitung in Deutschland, obwohl der Text als Artikel über neue deutsche Richtlinien angelegt ist. Dies zeigt, wie intensiv der niederländische Weg durch den Autor verfolgt wird, und als wie wichtig er die Abgrenzung empfindet.

Wünsche von Patienten hinsichtlich aktiver Sterbehilfe

In der Zeitung Trouw veröffentlichte Monic Slingerland am 26. November 1996, einen Tag vor der Bekanntgabe der Ergebnisse der zweiten Sterbehilfe-Studie von van der Maas und seinen Mitarbeitern, einen Artikel mit dem Titel „Ik begrijp niet hoe arts routine kan ontwikkelen in euthanasie“ („Ich verstehe nicht, wie ein Arzt Routine bei der aktiven Sterbehilfe entwickeln kann“). Darin ging es um Gefühle von Ärzten gegenüber aktiver Sterbehilfe. Slingerland lässt unter anderem Cees Hertogh zu Wort kommen, der als Arzt im Pflegeheim arbeitet. Dieser sagt, er begreife nicht, wie Ärzte bei der aktiven Sterbehilfe routiniert werden könnten.

Hertogh hat selbst einmal bewusst aktive Sterbehilfe geleistet. Das war bei einer Patientin, die sehr dringend darum gebeten hatte. „[...] Im Nachhinein habe ich diesbezüglich ein gutes Gefühl. Es war ja ein schöner Tod, der zu ihrem Lebensstil passte. Aber die Tage unmittelbar danach lief ich, mir selbst fremd, durch die Stadt. Ich dachte: Leute, wisst ihr was passiert ist?“ (Slingerland 1996 S. 9)⁴³

⁴³ Hertogh heeft zelf een keer bewust euthanasie toegepast. Dat was bij een patiente die daar heel dringend om had gevraagd. „[...] Achteraf heb ik er wel een goed gevoel over. Het was toch een mooie dood, die paste bij haar levensstijl. Maar de dagen

Hertogh war von der Reporterin gefragt worden, ob er für oder gegen aktive Sterbehilfe sei. Er hatte erklärt, das Thema eigne sich nicht, um eine eindeutige Position dafür oder dagegen zu beziehen.

Slingerland möchte mit diesem Artikel der ihrer Meinung nach im Ausland verbreiteten Position entgegentreten, niederländische Ärzte würden einfach so und ohne besondere Betroffenheit Todesspritzen verabreichen (Slingerland 1996 S. 9).

Im Juni 2002 veröffentlichte D. C. F. Sluijsmans in Medisch Contact einen Fallbericht.⁴⁴ Daraus wird deutlich, dass nicht nur Ärzte Fälle von aktiver Lebensbeendigung manchmal lieber in einer Grauzone belassen. Auch einige Patienten und ihre Angehörigen scheuen sich, Handlungen klar als aktive Sterbehilfe zu kennzeichnen.

Eine Patientin mit fortgeschrittenem Mammakarzinom wurde in die palliativmedizinische Abteilung eines Pflegeheims eingeliefert. Mitbewohnend waren ihr Ehemann und ihre drei Kinder. Die Patientin gab an, sie wolle sterben. Laut Sluijsmans habe sich folgender Dialog ergeben:

„Mutter wäre lieber zuhause gestorben, aber angesichts ihres Wunsches war das nicht möglich“, sagt die Tochter. „Durch eine ‚Schlafinfusion‘ kann sie ruhig sterben und wird ihr ein weiterer Leidensweg erspart. [...]“ [...] „Was meinen Sie mit einer Schlafinfusion?“, frage ich. „Wenn Sie Mutter mehr Medikamente geben in Form von einer Infusion, wird sie bewusstlos werden und durch Flüssigkeitsmangel auf natürliche Weise sterben.“ (Sluijsmans 2002 S. 941)⁴⁵

Sluijsmans erläuterte, dass es sich hierbei um eine Bitte um aktive Sterbehilfe handele. Die Familie reagierte verwirrt und ungläubig. Schließlich hätten sie sich schon früh gegen aktive Sterbehilfe im Fall des Fortschreitens der Krankheit entschieden (Sluijsmans 2002 S. 942).

Man kann sich vorstellen, dass auf diese Weise Nicht-Melden von Fällen von aktiver Sterbehilfe zustande kommen kann. Manche Ärzte sind sicherlich gewillt, auf den Wunsch von Angehörigen und Patienten nach einem „sanften“ Tod, der gleichzeitig als „natürlicher“ Tod inszeniert wird, einzugehen. Dazu gehört auch, diesen Todesfall auf dem Totenschein als „natürlichen Tod“ zu deklarieren.

erna liep ik vervreemd door de stad. Ik dacht: mensen, weten jullie wel wat er is gebeurd?“ (Slingerland 1996 S. 9)

⁴⁴ Sluijsmans ist Arzt in einem niederländischen Pflegeheim. Der Titel des Artikels lautete „Met gemengde gevoelens“ („Mit gemischten Gefühlen“).

⁴⁵ „Moeder hat liever thuis willen sterven, maar gezien haar wens was dit niet mogelijk“, zegt de dochter. „Door een ‚slaapinfuus‘ kan zij nu rustig overlijden en wordt haar een verdere lijdensweg bespaard. [...]“ [...] „Wat bedoelt u met een slaapinfuus?“, vraag ik. „Als u moeder méér medicatie geeft in de vorm van een infuus, zal zij buiten bewustzijn raken en door vochtgebrek op een natuurlijke manier overlijden.“ (Sluijsmans 2002 S. 941)

Um das Wissen der niederländischen Bevölkerung über aktive Sterbehilfe zu verbessern, bot die Nederlandse Vereniging Vrijwillige Euthanasie im Jahr 2002 Informationsveranstaltungen an einem ungewöhnlichen Ort an. Darüber berichtete Wybo Algra in Trouw am 11. Oktober 2002. Überschrift des Textes war „Het bestaat, dus moeten we er over kunnen praten“; Euthanasie“ („Es kommt vor, also müssen wir darüber sprechen können“; aktive Sterbehilfe“). Bereits im Titel taucht hier die von Kennedy als zentrales Thema der niederländischen Sterbehilfe-Debatte identifizierte „bespreekbaarheid“ auf.

Die Informationsveranstaltung fand im Krematorium Eikelenburg statt. Die Autorin des Textes macht deutlich, dass sie diese Ortswahl als Tabubruch empfindet. Sie schildert, die Referentin Walburg de Jong habe genau neben der Luke gestanden, durch die normalerweise die Särge zur Verbrennung in die Keller Räume transportiert würden (Algra 2002 S. 4).

Im Artikel wird deutlich, wie die Menschen auf der Veranstaltung das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden bewerten:

Was passiert, wenn der Hausarzt die Entscheidung nicht mittragen will? De Jong: „Dann müssen Sie sich einen anderen Hausarzt suchen. Am besten, solange Sie noch gesund sind.“ Eine Frau in dem Saal sagt entschieden: „Aber wenn man in einem konservativen Dorf wohnt, dann ist das sehr schwierig.“ Ein Mann neben ihr zieht rasch seine Schlussfolgerung: „Dieses Gesetz ist also eigentlich wertlos.“ (Algra 2002 S. 4)⁴⁶

Anders äußerte sich eine Mitarbeiterin des Krematoriums der Reporterin gegenüber. Sie schaudere bei dem Gedanken daran, dass manchmal Verbrennungen acht Tage im Voraus gebucht würden. Dann wisse sie, aktive Sterbehilfe sei geplant, und die Menschen würden nur darauf warten (Algra 2002 S. 4).

In diesem Artikel zeigt sich das Spektrum möglicher Haltungen gegenüber der Planbarkeit des Todes. Die einen ärgern sich über letzte Hürden, über den sich weigernden Hausarzt oder das konservative Dorf. Sie finden, sie sollten ein Recht auf aktive Sterbehilfe haben. Andere empfinden es als unheimlich, wenn Menschen ihren Tod selbst organisieren.

Selbstbestimmt Sterben ohne Arzt?

Reaktionen auf die geplante Herausgabe einer „Selbsttötungsbroschüre“ durch die NVVE im Jahr 1996

Über einen Plan der niederländischen Organisation für aktive Sterbehilfe NVVE, für ihre Mitglieder eine Broschüre mit Tipps für die erfolgreiche Selbsttötung herauszugeben, berichtete die Zeitung Trouw in mehreren Artikeln.

⁴⁶ Wat als de huisarts niet mee wil werken? De Jong: „Dan moet u een andere huisarts zoeken. Liefst als u nog gezond bent.“ Een vrouw in de zaal, gedecideerd: „Maar als je in een conservatief dorp woont, dan is dat heel moeilijk.“ Een man naast haar trekt rap zijn conclusie: „Die wet is dus eigenlijk waardeloos.“ (Algra 2002 S. 4)

Gonny ten Haaft schrieb darüber am 22. Juni unter dem Titel „Chabot: De dokter is niet meer nodig als je het zelf wilt doen“ („Chabot: Der Arzt ist nicht mehr notwendig, wenn man es selbst tun möchte“). Ten Haaft hatte für den Artikel mit dem Psychiater Chabot gesprochen. Dieser hatte einer psychisch kranken Patientin beim Suizid geholfen. Chabot lobte den Vorstoß der NVVE. Wenn die Patientin heute zu ihm käme, so Chabot, würde er ihr nicht mehr helfen, sondern sie auf diese Informationen verweisen. Trotzdem bereue er seine Tat nicht. Er sei überzeugt, diese Patientin wäre auch bereit gewesen, sich die notwendigen Medikamente selbst zu beschaffen (ten Haaft 1996b).

Ten Haaft lässt in diesem Artikel auch M. Rookhuizen, den damaligen Vereinspräsidenten der NVVE, zu Wort kommen. Dieser ärgerte sich, weil Chabot zu viel öffentliche Aufmerksamkeit auf das sensible Thema gelenkt habe. Allerdings befürchte er keinen Anstieg der Suizidhäufigkeit als Folge der Herausgabe der Broschüre. Ten Haaft zitiert ihn mit den Worten:

Mit dem Buch hat man noch nicht die Medikamente zur Verfügung: Die bekommt man nur, wenn man sich Zeit nimmt, selbstständig und schlau ist (ten Haaft 1996b).⁴⁷

Ein Kommentar mit dem Titel „Zelfdoding“ („Selbsttötung“) in der Zeitung Trouw vom 25. Juni 1996 lehnte die Broschüre ab. Obwohl von der NVVE so sicherlich nicht beabsichtigt, könne es vorkommen, dass Menschen sich mit Hilfe dieser Broschüre das Leben nehmen würden, ohne zuvor mit ihrem Arzt darüber gesprochen zu haben. Menschen, die ohne ernste körperliche Erkrankung aus dem Leben scheiden wollten, benötigten besonders intensive Aufmerksamkeit und Fürsorge.

Aber wie soll man das Zuschicken einer Selbsttötungsbroschüre deuten, wenn nicht als ein Signal des Inhalts „von uns aus kannst du aus dem Leben scheiden“? Es ist diese Art von Signalen, die eine Gesellschaft kaltherzig machen (Editorial Trouw 1996).⁴⁸

In einem weiteren Artikel zu diesem Thema unter dem Titel „Zelfdodingspillen moeilijk te krijgen“ („Selbsttötungstabletten sind schwer zu bekommen“) verweist der Apotheker De Smet von der Apothekervereinigung KNMP darauf, Medikamente, die zur Selbsttötung dienen könnten, seien in der Regel verschreibungspflichtig. Mit der Selbsttötungsbroschüre allein könne man deshalb wenig ausrichten. Er selbst, so De Smet, würde an Stelle der Ärzte acht geben beim Verschreiben von Medikamenten, die auch zum Suizid missbraucht werden könnten.

⁴⁷ Met het boekje beschik je nog niet over de medicijnen: die krijg je alleen als je tijd hebt en assertief en slim bent (ten Haaft 1996b).

⁴⁸ Maar hoe valt het toesturen van een zelfdodingsbrochure anders te duiden dan als een signaal van „wat ons betreft kunt u het leven verlaten“? Het is dit soort signalen, dat een maatschappij spijkerhard maakt (Editorial Trouw 1996).

De Smet, der selbst die NVVE-Broschüre noch nicht gesehen hat, findet es gut, dass nun eine Diskussion geführt wird über die Frage, ob eine solche Broschüre erscheinen sollte (Editorial Trouw 1996m).⁴⁹

Hiermit befürwortet er eine Diskussion um ihrer selbst willen. Er verschreibt sich dem Wunsch nach „bespreekbaarheid“.

Unter dem Titel „Selbstmord-Anleitung für sechzehn Mark“ beschäftigte sich die FAZ am 24. Juni 1996 mit der Broschüre. Sie beschreibt, darin werde eine Reihe tödlicher Medikamente genannt. Von anderen Arten der Selbsttötung wie Erhängen, Gebrauch von Feuerwaffen, Messern, Haushaltsgiften oder elektrischem Strom werde abgeraten.

Die Broschüre wird von der niederländischen Euthanasievereinigung nur an Personen abgegeben werden, die bei ihr seit mindestens drei Monaten Mitglied sind. Auch soll die Abgabe einer Erklärung über ihren Sterbewunsch verlangt werden. Der Preis der Broschüre soll 17,50 Gulden (etwa sechzehn Mark) betragen. [...] Hilfe bei Selbsttötung und Sterbehilfe ist nach niederländischem Recht verboten, wird unter Beachtung bestimmter Vorschriften jedoch nicht verfolgt (Editorial FAZ 1996e S. 11).

Auffällig ist, dass die FAZ an dieser Stelle die Broschüre der NVVE nicht deutlich von den offiziell akzeptierten Varianten der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids in den Niederlanden abgrenzt. Es erfolgt kein Hinweis darauf, dass nur Ärzte in den Niederlanden unter bestimmten Voraussetzungen beim Suizid assistieren dürfen. Im Folgenden wird allerdings erläutert, dass aus Sicht der niederländischen Staatsanwaltschaft die Herausgabe einer solchen Broschüre zwar zunächst nicht strafrechtlich verfolgt werden könne. Eine Strafbarkeit solle aber möglicherweise geprüft werden, könne zukünftig ein Suizid mit der Broschüre in Verbindung gebracht werden.

Ansonsten fällt auf, dass Trouw im Vergleich zur FAZ das Thema Suizid-Broschüre sachlicher angeht, von vielen verschiedenen Seiten beleuchtet, und auch Vertreter der NVVE ausführlich zu Wort kommen lässt. Die FAZ nennt schon im Titel ihres Artikels den Preis der Broschüre, der für die ethischen, medizinischen und juristischen Hintergründe nicht von Relevanz ist. Sie behandelt das Thema damit eher als ausländische Kuriosität und mit ironischer Distanz. Dieser Unterschied ist nur z. T. dadurch zu erklären, dass die FAZ als deutsche Zeitung mehr Abstand zu den Ereignissen in den Niederlanden hat als Trouw.

Der Broschüre erschien kurze Zeit später tatsächlich. Der damalige niederländische Justizminister Sorgdrager antwortete am 18. September 1996 auf eine entsprechende Anfrage des Christdemokraten und Parlamentariers V. A. M van der Burg:

⁴⁹ De Smet, die de NVVE-brochure zelf nog niet gezien heeft, vindt het goed dat er nu een discussie gevoerd wordt over de vraag of zo'n brochure moet verschijnen (Editorial Trouw 1996m).

Von der niederländischen Vereinigung für freiwillige Sterbehilfe (NVVE) habe ich erfahren, dass die Übersetzung der Broschüre, ursprünglich herausgegeben von einer Schwesterorganisation in Schottland, inzwischen für Mitglieder der Vereinigung verfügbar ist (Sorgdrager 1996 S. 17).⁵⁰

Sorgdrager erläuterte, wie auch in der FAZ beschrieben, die Herausgabe des Heftes sei an sich nicht strafbar. Käme es allerdings zu einem auf die Broschüre zurückführbaren Suizid, könne dies für die Staatsanwaltschaft Anlass für eine strafrechtliche Verfolgung sein. Einen solchen Fall hat es nach meinen Informationen bis heute in den Niederlanden nicht gegeben.

Die „Pille von Drion“

Ein Artikel mit dem Titel „Experimenteren met de dood“ („Experimentieren mit dem Tod“) aus der Zeitung Trouw vom 23. März 2002 richtet sich gegen die von der NVVE befürwortete Einführung einer sogenannten „Pille von Drion“. Darunter werden Mittel zur Selbsttötung verstanden, die ohne ärztliche Hilfe eingenommen und durch Laien verteilt werden könnten. Nach Vorstellung der NVVE wären diese Laien Mitglieder der eigenen Organisation.

In Trouw heißt es hierzu, im bestehenden Gesetz zur aktiven Sterbehilfe sei die Verantwortung für die Beendigung von Leben auf die Schultern von Arzt, Patient und Gesellschaft verteilt. Sie sei verknüpft mit aussichtslosem und unerträglichem Leiden. Der NVVE wolle dagegen eine Entkoppelung der Selbsttötung von physischem und psychischem Leiden. Der Arzt solle keine Rolle mehr spielen. Entscheidend sei allein der Wille desjenigen, der sich das Leben nehmen wolle. Das Selbstbestimmungsrecht werde in den Vordergrund gestellt. Die gesellschaftliche Verantwortung trete in den Hintergrund.

Selbsttötung ist in den Niederlanden nicht strafbar, aber glücklicherweise noch immer mit einem starken Tabu belegt. Dadurch kann eine Selbsttötung auch als eine Tat mit sozialem Charakter angesehen werden, in dem Sinne, dass der Selbstmörder eine deutliche Botschaft an seine Umgebung hinterlässt. Wenn aus dem Leben zu treten, so wie die NVVE es möchte, sozial akzeptiert wird und sorgfältig geregelt, muss sich die Gesellschaft nicht mehr umsehen, verliert das Leben an Wert und die Gemeinschaft an Mitgefühl (Editorial Trouw 2002b S. 2).⁵¹

⁵⁰ Uit door mij bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) ingewonnen informatie is gebleken dat de vertaling van de brochure, afkomstig van een zusterorganisatie uit Schotland, inmiddels beschikbaar is voor leden van der vereniging (Sorgdrager 1996 S. 17).

⁵¹ Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar, maar er rust gelukkig nog altijd een zwaar taboe op. Daardoor kan een zelfdoding ook als een daad met een sociaal karakter worden beschouwd, in de zin dat de zelfdoder een krachtige boodschap aan zijn omgeving achterlaat. Als uit het leven stappen, zoals de NVVE wil, sociaal normaal wordt en netjes wordt geregeld, hoeft de gemeenschap niet meer

Während in den Niederlanden in Bezug auf die aktive Sterbehilfe häufig der Wegfall eines Tabus gelobt wird, wird hier also das Bestehen eines Tabus als günstig bezeichnet. Soll Selbsttötung ohne ärztlich bestätigtes unerträgliches und aussichtsloses Leiden lieber nicht „bespreekbaar“ werden? Zumindest dieser Autor möchte der Enttabuisierung Grenzen auferlegen.

Ludger Fittkau berichtete über das Thema „Pille von Drion“ im September 2003 in der FAZ. Er leitete seinen Artikel ironisch ein, indem er eine Satire der niederländischen Internetzeitung „Periodiek“ aufgriff:

Auf den deutschen Markt komme sie als „Werthers Letzte“, für Diabetiker firmiere sie unter „Shortlife“. In Südostasien werde sie in den Läden als „Harikiribo“ angeboten. Ein großer europäischer Pharmaproduzent hat nämlich beschlossen, das niederländische Selbstmord-Präparat „Pille von Drion“ nun weltweit in Erdbeergeschmack anzubieten, damit der Markt der „Suicidiva“ neue Impulse bekomme (Fittkau 2003 S. 38).

Diese Satire, mein Fittkau, sei nicht mehr weit von der Realität entfernt. Er erläutert, die „Pille von Drion“ habe ihren Namen vom früheren Vizepräsidenten des niederländischen Parlamentes Hiub Drion. Dieser habe sie Anfang der 1990er Jahre als Angebot für Menschen ab 75 Jahren vorgeschlagen. Angesichts leerer Pflegekassen habe diese Idee sicherlich Zukunft, spottet Fittkau.

Der NVVE fordere die „Pille von Drion“ jetzt für alle Erwachsenen. Aus Anlass dieser Forderung habe sie beschlossen, sich in „Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende“ („Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“) umzubenennen:

Daß der Begriff „Euthanasie“ aus dem Namen gestrichen wird, hat nichts damit zu tun, daß er in Amsterdam und Umgebung einen unangenehmen Beigeschmack hätte, wie das aufgrund der NS-Euthanasie in Deutschland der Fall ist. Es geht schlicht darum, daß der Begriff „Euthanasie“ in den Niederlanden seit drei Jahrzehnten die Tötungshandlungen durch Ärzte bezeichnet (Fittkau 2003 S. 38).

Das Gesetz zu aktiven Sterbehilfe schließe derartige Handlungen durch medizinische Laien aus.

Der FAZ-Autor geht das Thema „Pille von Drion“ sarkastisch an. Sein Spott bedient sich Gedankenspielen mit ökonomischen Aspekten der Beihilfe zum Suizid. Diese haben in der niederländischen Debatte und Praxis keine Bedeutung. Hinter Fittkaus ironischen Andeutungen steht letztlich die Vorstellung, die niederländischen Entwicklungen rund um aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid würden langfristig zu einem Dambruch führen.

Wie bei der „Selbsttötungsbroschüre“ nimmt die FAZ das Thema weniger ernst als Trouw. Anscheinend ist es für Fittkau offensichtlich: Die Selbsttötungspille

om te zien en verliest het leven aan waarde en de samenleving aan mededogen (Editorial *Trouw* 2002b S. 2).

kann man nur ablehnen. Eine argumentative Auseinandersetzung mit dem Thema hält er wahrscheinlich aus diesem Grund für überflüssig.

Interessant ist die Erläuterung, die NVVE ändere ihren Namen nicht aufgrund eines negativen Beiklanges des Wortes „Euthanasie“. Anscheinend erwartet der Autor, der deutsche Leser werde die Streichung dieses Wortes zwangsläufig so verstehen. Gleichzeitig ist diese Bemerkung wiederum als ironischer Seitenhieb zu verstehen: Es ist nicht genug damit, dass die Niederländer nicht vor dem Wort „Euthanasie“ zurückschrecken. Die NVVE ersetzt es sogar, weil seine Bedeutung im Niederländischen der Vereinigung nicht weitreichend genug ist.

Gibt es Niederländer, die eine Tötung durch den Arzt gegen ihren Willen fürchten?

In deutschen Medien findet sich der Gedanke, niederländische Patienten hätten Angst, gegen ihren Wunsch von einem Arzt getötet zu werden.

So heißt es im Deutschen Ärzteblatt vom 31. Mai 1996 in einer Buchkritik⁵² über die Position deutscher Hospizmitarbeiter, die das besprochene Buch verfasst haben:

Mit großer Sorge nimmt man zur Kenntnis, daß holländische Patienten wohlindizierte Morphinpräparate aus Angst vor unerwünschter Euthanasie nicht einnehmen. Untersuchungen belegen einen zunehmenden Mißbrauch der Euthanasiegesetzgebung in den Niederlanden (Dehne 1996 S. A-1432).

Andere Autoren sehen die Niederländer nicht als ängstlich in Bezug auf die aktive Sterbehilfe, sondern als gleichgültig. So heißt es in einem Artikel in der FAZ vom 23. Juli 1996, die „finale Tötung schwer leidender Menschen“ werde in den Niederlanden „reaktionslos geduldet“ (Editorial FAZ 1996c S. 33).

In der FAZ-Ausgabe vom 29. Oktober 1997 findet sich ein Fallbericht, in dem die Angst einer Patientin vor aktiver Tötung Wirklichkeit geworden sein soll. Er stammt aus dem Buch „Töten oder sterben lassen?“ des Psychiaters Thomas Fuchs und des Philosophen Robert Spaemann, das Martin Thoemmes unter dem Titel „Nur keine Sentimentalitäten, Manche nennen es Tötung auf Verlangen, andere sprechen von Euthanasie“ rezensiert:

Eine junge krebskranke Patientin, die durch Morphin nahezu beschwerdefrei ist, sagt ihrem Arzt, sie wolle keineswegs getötet werden und bis zu ihrem natürlichen Ende leben, was er ihr auch verspricht. Am Wochenende wird dieser Arzt von einem Kollegen vertreten. Er gibt ihr die zwanzigfache Morphinosis, worauf die Patientin stirbt. Am Montag zur Rede gestellt, rechtfertigt sich der vertretende Arzt damit, daß schließlich ihr Bett gebraucht werde (Thoemmes 1997 S. 15).

⁵² Das Buch „Sterben in Würde. Die Hospizbewegung zum Streit um die Euthanasiebewegung.“ wurde verfasst von ärztlichen und seelsorgerischen Mitarbeitern aus Hospizeinrichtungen in München, Halle und Mainz.

Der Artikel von Thoemmes warnt vor der Gefahr eines Dammbrechens und erinnert an die sogenannte „Euthanasie“ in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus. Schon der Titel spielt hierauf an und wäre so in den Niederlanden nicht denkbar. Das Wort „Euthanasie“ weckt dort keine Assoziationen mit Massentötungen behinderter Menschen, obwohl es in Texten über die historischen Ereignisse in diesem Sinn gebraucht wird.

Neben dem Verweis auf die nationalsozialistische „Euthanasie“ bezieht sich Thoemmes ausführlich auf die Dammbrech-Metapher. In der Einleitung des Artikels schreibt er mit Blick auf den Oderbruch im Sommer 1996:

Der Druck auf den Damm steigt, der Damm hält noch, wird aber schon feucht. Schließlich brechen sich einige Rinnsale Bahn. Der Damm bricht (Thoemmes 1997 S. 15).

Thoemmes spart nicht an plastischer Illustration dessen, was von den Autoren des von ihm rezensierten Buches befürchtet wird. Als Beispiel für das Brechen des Damms nennen sie ein Positionspapier der niederländischen Psychiater-Gesellschaft. Diese habe gefordert, auch depressive Patienten müssten auf Wunsch von Ärzten getötet werden dürfen (Thoemmes 1997 S. 15).

Im Weiteren findet sich auch der in den von mir betrachteten niederländischen Medien niemals erwähnte Gedanke, allein das Diskutieren über aktive Sterbehilfe könne gefährlich sein:

Die kämpferisch gestimmten Autoren sehen schon in der immer lebhafter werdenden Debatte um die Legalisierung der aktiven Euthanasie jenen Damm in Gefahr, der uns vor Massentötungen unseligen Angedenkens schützt. [...]

Daß die Deutschen in ihrer Praxis noch nicht soweit sind und bei uns die aktive Euthanasie trotz anschwellenden Gegendrucks bislang untersagt ist, hängt natürlich mit unserer Vergangenheit und dem Massenmord an sogenannten Geisteskranken durch die NS-Diktatur zusammen (Thoemmes 1997 S. 15).

Hier wird eine Art deutscher Sonderweg postuliert. Tatsächlich sind es momentan einige wenige andere Länder, insbesondere die Niederlande und Belgien, die eine Tötung auf Verlangen durch Ärzte gesetzlich ermöglicht haben und damit einen Sonderweg gehen. Dass Deutschland diesen Sonderweg mitgegangen wäre, wenn die Nationalsozialisten auf die Tötung geistig und körperlich behinderter Menschen verzichtet hätten, erscheint mir zweifelhaft. Gerade in den Niederlanden gibt es eine sehr lebendige Erinnerungskultur in Bezug auf die Zeit des Nationalsozialismus. Sie setzt sich auch mit der Beteiligung des eigenen Volkes in Form von Kollaboration auseinander. Trotzdem spielt der Nationalsozialismus in der modernen Debatte um aktive Sterbehilfe keine Rolle. Hingegen baut Thoemmes' Artikel, in dem er die Argumentation des Buches von Fuchs und Spaemann nachvollzieht, beinahe ausschließlich auf Vergleiche zwischen NS-Zeit und aktiver Sterbehilfe heute:

In einem durchtrieben-intelligenten Beitrag untersucht Martin Schmidt die Tötungsenthemmung einstiger NS-Ärzte und auch den therapeutischen Idealismus heutiger Ärzte. Er geht tiefenpsychologisch vor. Aus der Sicht des therapeutischen Idealismus müsse das unabänderliche Kranksein als „Störgröße“ erscheinen. Der Anblick therapieresistenter Patienten kränke den Arzt. Was Ärzte in der NS-Zeit, die sich für fürsorgend hielten, bewegte, lasse auch heutige Ärzte nicht kalt: [...] (Thoemmes 1997 S. 15).

In der Zeitung Trouw wurde am 9. März 1996 die ausländische Aufregung über aktive Sterbehilfe, hier am Beispiel Englands, durch die Autorin Gonny ten Haaft thematisiert. Lakonisch charakterisiert sie in wenigen Worten die englische Debatte:

„Seht ihr wohl, dort können sie es“, meint die Lobby für aktive Sterbehilfe [sich beziehend auf die Niederlande]. „Es ist schrecklich, ältere Menschen in den Niederlanden suchen bereits Pflegeheime in Deutschland auf, weil sie Angst vor den niederländischen Ärzten haben“, meint die Anti-Sterbehilfe-Lobby (ten Haaft 1996d).⁵³

Ten Haaft geht in ihrem Artikel nicht auf diesen Vorwurf ein. Meiner Vermutung nach meint sie, die Abwegigkeit dieser Behauptung sei für niederländische Leser unmittelbar einleuchtend.

In einem anderen Artikel vom 23. März 1996 mit dem Titel „Mam, wat verwacht je dan van ons?“ („Mama, was erwartest du dann von uns?“) nennt sie allerdings selbst Beispiele für niederländische Patienten, die sich zumindest verunsichert fühlen durch die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe. Niederländische Ärzte hätten ihr berichtet, wie rasch aktive Sterbehilfe in Gesprächen mit Patienten zum Thema werde. Diese Geschichten gäben ihr zu denken:

Es kam bereits vor, dass ein Patient seinen Arzt fragte: „Muss ich nun um aktive Sterbehilfe bitten, ist das vielleicht das Beste für mich?“ Ein anderer Patient hatte eine schlaflose Nacht, weil der Arzt gesagt hatte: „Sie brauchen keine Angst zu haben, wenn etwas ist, komme ich, um ihnen zu helfen.“ Auch höre ich, dass Ärzte sagen, dass sie es als Belastung empfinden, dass immer mehr Patienten direkt bei ihrer Aufnahme als erstes „aktive Sterbehilfe besprechen wollen“ (ten Haaft 1996g).⁵⁴

⁵³ „Zie je wel, daar kunnen ze het“, meent de pro- euthanasie-lobby [met betrekking tot Nederland]. „Het is verschrikkelijk, Nederlandse ouderen gaan al naar een verpleeghuis in Duitsland omdat ze bang zijn voor de Nederlandse dokters“, meent de anti-lobby (ten Haaft 1996d).

⁵⁴ Een patient vroeg al aan zijn arts: „moet ik nou om euthanasie vragen, is dat misschien het beste voor mij?“ En een andere patient had een slapeloze nacht omdat de dokter had gezegd: „U hoeft niet bang te zijn; als er iets is, kom ik u helpen.“ Ook hoor ik artsen zeggen dat ze het een belasting vinden dat steeds meer patienten direct bij opname eerst „euthanasie willen bespreken“ (ten Haaft 1996g).

Von dem Fall einer drastischeren Befürchtung lassen Wilfried van der Bles und Ruud van Hesse in ihrem Artikel „Oudkerk: politiek moet angst voor euthanasie respecteren“ („Oudkerk: Die Politik muss Angst vor aktiver Sterbehilfe respektieren“) den Hausarzt und Politiker Rob Oudkerk, Mitglied der PvdA und der Zweiten Kammer des niederländischen Parlamentes, erzählen. Oudkerk war gegen eine Änderung des Strafrechtes zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Dies begründete er mit seinem Respekt vor den Gefühlen der Bevölkerung. Ihr sei das Strafgesetz als Prüfinstanz wichtig:

Und diese Angst gibt es. Eine Patientin sagte einmal zu mir: Doktor, Sie sind in der Politik. Sagen Sie einmal ehrlich: Sie wollen uns Ältere doch einfach loswerden? Diese Vorstellung verband sie mit aktiver Sterbehilfe. Das Misstrauen saß offensichtlich tief (van der Bles und van Hesse 1996 S. 4).⁵⁵

Der Soziologe Schuyt sieht die Gefahr von Missverständnissen zwischen Arzt und Patient:

Von besonderer Wichtigkeit finde ich hier die Bedeutung der Bitte um Hilfe. „Doktor, werden sie mir helfen, wenn es soweit ist?“ Was ist damit gemeint? Wie viel menschliche Missverständnisse kommen vor, weil Worte nicht sagen, was Menschen eigentlich meinen (Schuyt 1997 S. 251).⁵⁶

Palliativmedizin als Alternative?

Gründe für aktive Sterbehilfe und das Verhältnis dieser Gründe zur Palliativmedizin

Andreas Dehne ist der Autor einer Buchkritik⁵⁷ im Deutschen Ärzteblatt vom 31. Mai 1996. Er schließt aus seiner Lektüre des Buches:

Die Hospizbewegung kann viele Anforderungen an ein Sterben des Patienten in Würde erfüllen, wenn die Möglichkeiten der Palliativmedizin, einer adäquaten Schmerztherapie und wirklich engagierten psychischen und seelsorgerischen Betreuung ausgeschöpft werden. Dann wird in der Mehrzahl der Fälle bei der Begleitung über den letzten Lebensabschnitt die aktive Euthanasie nicht zur Diskussion stehen [...] (Dehne 1996 S. A-1432).

⁵⁵ En die angst is er. Een patiente zei eens tegen mij: dokter u zit in de politiek. Zeg eens eerlijk: jullie willen ons ouderen toch gewoon kwijt? Dit verbond ze met euthanasie. Het wantrouwen zat blijkbaar diep (van der Bles und van Hesse 1996 S. 4).

⁵⁶ Van bijzonder groot belang vindt ik hier de semantiek van de hulpvraag. „Dokter, wilt u mij helpen als het zover is?“ Wat wordt daarmee bedoeld? Hoeveel menselijke misverstanden vinden er plaats omdat woorden niet zeggen wat mensen eigenlijk bedoelen (Schuyt 1997 S. 251).

⁵⁷ Verfasser des rezensierten Buches sind ärztliche und seelsorgerische Mitarbeiter aus Hospizeinrichtungen in München, Halle und Mainz. Der Titel des Buches lautet „Sterben in Würde. Die Hospizbewegung zum Streit um die Euthanasiebewegung“.

Neben diesem Argument, aktive Sterbehilfe sei bei Anwendung angemessener palliativmedizinischer Verfahren (meistens) überflüssig, wird häufig behauptet, Palliativmedizin und aktive Sterbehilfe seien nicht miteinander vereinbar. Dies unterstreicht auch Hans-Jürgen Thomas, im Jahr 1996 Vorsitzender des Hartmannbundes, befragt durch das Deutsche Ärzteblatt. In dem Artikel mit dem Titel „Hartmannbund: Nein zur Sterbehilfe“ geht es um die Initiative „Europa gegen die Euthanasie“, die der Hartmannbund gemeinsam mit dem Niederländischen Ärztebund in das Leben gerufen hatte. Hans-Jürgen Thomas sagte als Vorsitzender des Hartmannbundes, der Arzt sei verpflichtet, Leben zu erhalten und es Patienten mit Hilfe von Palliativmedizin so lange wie möglich erträglich zu machen:

Ein „Ja“ zu dieser Form der humanen Sterbebegleitung bedeute aber gleichzeitig ein „Nein“ zu jeder Form der Sterbehilfe (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996c S. A-1509).

Interessant wäre zu wissen, ob der Hartmannbund hiermit auch die passive und indirekte Sterbehilfe ablehnen möchte. Dies wäre eine sehr weitgehende Aussage. Oder drückt sich Thomas unscharf aus und meint mit der Ablehnung „jeder Form der Sterbehilfe“ nur die aktive Sterbehilfe?

Die Dokumentation des 99. Deutschen Ärztetages im Deutschen Ärzteblatt vom 21. Juni 1996 sieht in der niederländischen Sterbehilfepraxis Indizien für einen Mangel an Palliativmedizin. Zwischen Sterbewunsch und aktiver Sterbehilfe liege in 48 % der Fälle weniger als eine Woche, in 13 % der Fälle weniger als ein Tag. Dies gebe angesichts der Beeinflussbarkeit des Sterbewunsches durch menschliche Zuwendung und angemessene medizinische Betreuung zu denken:

Dies stimmt überein mit Untersuchungen aus den Niederlanden, denen zufolge die Hauptmotive für den Sterbewunsch nicht in den oft zitierten unerträglichen Schmerzen liegen, sondern vielmehr in der Angst vor Abhängigkeit, Entstellung und Würdelosigkeit – also in Motiven, die das interpersonelle Verhältnis des Sterbenden zu seiner Umgebung betreffen (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715).

Auf ähnliche Motive verweist die FAZ im Artikel „Depressive Krebskranke verlangen Sterbehilfe“ vom 10. Juli 1996. Der Artikel bezieht sich in erster Linie auf eine Umfrage durch Ärzte des Dana-Faber-Krebszentrums in Massachusetts unter ihren auf Krebstherapie spezialisierten Kollegen. Laut der Umfrage hätten Patienten mit starken Schmerzen selten Interesse an aktiver Sterbehilfe. Dieses Phänomen habe man auch in den Niederlanden beobachtet. Der Wunsch werde dagegen vielfach von Kranken mit Depressionen geäußert:

Die Bostoner Ärzte empfehlen daher, bei Kranken, die nach Euthanasie verlangen, zunächst nach Depressionen zu fahnden und diese zu behandeln (Editorial FAZ 1996a S. N1).

Weiter ausgeführt wird dieses Argument durch den Münchner Psychiater Thomas Fuchs in der FAZ vom 28. September 1996 in seinem Artikel „Abschaffung des Leidens, Abschaffung der Leidenden, Dürfen Ärzte töten? / Zur gegenwärtigen Debatte über Sterbehilfe und Euthanasie“. Fuchs verweist ebenfalls darauf, dass unerträgliche Schmerzen nicht der Hauptgrund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe seien. Außerdem lasse sich dieser Wunsch durch menschliche Anteilnahme und angemessene Palliativmedizin beeinflussen.

Die Einschätzung des Sterbewunsches eines Menschen unterliegt [...] immer der Möglichkeit des Irrtums. Schwankt nicht gerade ein Todkranker fortwährend zwischen Hoffnung und Resignation? Niemand, nicht einmal der Patient selbst, kann sicher ausschließen, daß hinter seinem Wunsch nach einem raschen Ende eigentlich etwas ganz anderes steht: die möglicherweise unbegründete Angst vor unerträglichem Leiden, Depression, Einsamkeit, das Bedürfnis nach Nähe und Verständnis oder auch der Wunsch nach Entlastung der Umgebung (Fuchs 1996 S. 30–31).

Am 31. Januar 1997 veröffentlichte Thomas Fuchs zusammen mit Hans Lauter im Deutschen Ärzteblatt einen weiteren Artikel mit dem Titel „Euthanasie, Kein Recht auf Tötung“.

Die beiden Autoren begründen ähnlich wie im ein Jahr älteren FAZ-Artikel von Fuchs, warum sie meinen, dass aktive Sterbehilfe durch gute Palliativmedizin überflüssig werde. Sie verweisen darauf, hinter dem Wunsch des Patienten könnten, ohne dass er es selbst wisse, unbegründete Ängste oder erfüllbare Wünsche stehen. Wie auch in anderen Artikeln in FAZ und Deutschem Ärzteblatt wird auf die niederländischen Untersuchungen verwiesen, nach denen Schmerzen nicht der Hauptgrund für Bitten um aktive Sterbehilfe seien.

Der Grad und die „Erträglichkeit“ individuellen Leidens hängen von der Persönlichkeit und den Wertvorstellungen des Betroffenen ab und entziehen sich einer objektivierbaren Bewertung durch andere (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220).

Im Artikel heißt es weiter, die tatsächlichen Hauptgründe für aktive Sterbehilfe, beispielsweise Ängste vor Autonomieverlust, körperlichem Verfall und Würdeverlust, ließen sich durch Palliativmedizin und menschliche Zuwendung „in hohem Maße beeinflussen“ (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220). Die in den niederländischen Medien als wichtig empfundene und oft bejahte Frage, ob das Leiden zumindest einiger weniger Menschen nach allen Bemühungen menschlicher und palliativer Art unerträglich bleibe, wird hier nicht gestellt.

Auf die Möglichkeit der Beurteilung des Leidens von außen bezieht sich ein Artikel des Hausarztes E. G. H. Kenter mit dem Titel „De intersubjectiviteit van het ondraagelijk lijden – Wie bepaalt?“ („Die Intersubjektivität des unerträglichen Leidens – Wer hat das Sagen?“) in der Medisch-Contact-Ausgabe vom 5. April 1996, den ich an anderer Stelle diskutiere. Seine Aussagen stehen in keinem direkten Widerspruch zu denen von Fuchs und Lauter. Er behauptet weder, die Beurteilung des Sterbewunsches von außen sei ohne Irrtum möglich, noch

dass es keine Schwankungen der Intensität dieses Wunsches oder verborgene Motive gebe. Er setzt auf die Möglichkeit, durch intensive Beschäftigung mit dem Patienten, seiner Situation und allen anderen Beteiligten lösbare Probleme hinter dem Sterbewunsch aufzuspüren und sich damit einer Objektivierung anzunähern (Kenter 1996 S. 482).

Ein Artikel in der FAZ vom 19. Juni 1996 mit dem Titel „Gegen 5 Uhr früh dem Zusammenbruch nahe, Mainzer Hospizgesellschaft steht Sterbenden bei und setzt aufs ehrenamtliche Engagement“ berichtet über den Umgang mit dem Sterbewunsch von Kranken in einem deutschen Hospiz. Für den Artikel hatte die FAZ unter anderem mit dem Arzt Martin Weber gesprochen, der für die Mainzer Hospizgesellschaft arbeitet. Dieser werde ab und zu von Patienten um aktive Sterbehilfe gebeten. Er lehne sie aber immer ab. Diesen Wünschen zu entsprechen sei aus Webers Sicht ein Dammbbruch.

Oft genüge es in solchen Fällen schon, dem Kranken das Gefühl zu vermitteln, daß er nicht allein gelassen werde. Daß es allerdings „schwer erträgliche Situationen“ gebe, räumt der Mediziner ein: „Manchmal hat man schon den Wunsch, der Patient möge doch endlich sterben.“ [...] (Editorial FAZ 1996d S. 63).

Im Artikel heißt es weiter, die Hospizgesellschaft verfolge mit Sorge einige ausländische Entwicklungen. In den Niederlanden sei vor Kurzem eine körperlich gesunde Frau mit Depressionen von ihrem Arzt getötet worden (Editorial FAZ 1996d S. 63).

Ein FAZ-Artikel vom 12. November 1997 mit dem Titel „Scheinlösung“, geschrieben aus Anlass der Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids im amerikanischen Bundesstaat Oregon, betont, der Sterbewunsch sei ein Ruf nach Beistand. Jenem nachzukommen löse das Problem nur scheinbar. Aller Erfahrung nach wolle jeder Mensch leben:

Daß die Euthanasie und der ärztlich gewährleistete Freitod immer mehr Anhänger finden, sollte die Medizin alarmieren, selbst wenn in den Niederlanden und den Vereinigten Staaten viele Ärzte die neue Bewegung unterstützen. [...] Gerade die Schmerzbekämpfung ist trotz aller Fortschritte noch immer weithin unzulänglich, selbst in den Niederlanden (Editorial FAZ 1997b S. N1).

Während an anderer Stelle, so auch in dem oben diskutierten Artikel von Fuchs und Lauter, oft erwähnt wird, dass Schmerzen nicht der Hauptgrund für die Tötung auf Verlangen seien, wird hier eine bessere Schmerztherapie angemahnt. Gleichzeitig wird allerdings einmal mehr der Wunsch nach Tötung als Hilferuf, als Wunsch nach menschlicher Zuwendung gedeutet.

Diese Deutung taucht in FAZ und Deutschem Ärzteblatt sehr häufig auf. Andreas Zieger schrieb im Juli 2002 im Deutschen Ärzteblatt:

Das in Patientenverfügungen zum Ausdruck kommende Bedürfnis vieler Menschen nach einem Sterbenkönnen in Würde verstehen wir deshalb vorrangig als Appell, eine Medizin um jeden Preis (Maximalmedizin) durch ausreichende pal-

liativmedizinische und hospizliche Angebote zu überwinden. Dies erscheint uns zugleich als der beste Weg, einer Legalisierung von aktiver „Euthanasie“ wie in den Niederlanden und Belgien wirkungsvoll zu begegnen (Zieger 2002 S. A-2027).

Wieder taucht hier die Vorstellung von der Palliativmedizin als Alternative zur aktiven Sterbehilfe auf, die die Bedürfnisse, welche in dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zum Ausdruck kommen, vollständig befriedigen soll.

Können Hausärzte Depressionen als Ursache für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe diagnostizieren?

Im Spätsommer des Jahres 1996 kam es in der Zeitung Trouw zu einer Diskussion über den Zusammenhang des Sterbewunsches bei Schwerkranken mit dem Krankheitsbild der Depression. In der Trouw-Ausgabe vom 27. August 1996 wurde hierzu unter dem Titel „Ziekenhuispsychiaters willen grotere rol bij euthanasie [sic!]“ („Krankenhauspsychiatern wollen bei der aktiven Sterbehilfe eine größere Rolle spielen“) der Psychiatrieprofessor M. W. Hengeveld aus Leiden zitiert. Dieser hielt es für sinnvoll, bei Bitten um aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid regelhaft einen Psychiater hinzuzuziehen. Der Vorschlag gelte zunächst für Krankenhäuser. Aber auch im hausärztlichen Bereich sah Hengeveld Bedarf:

„Für einen auf sich gestellten Hausarzt ist es nicht immer möglich, festzustellen, ob der Wunsch nach dem Sterben durch soziale Überlegungen hervorgerufen wird. Die tägliche Praxis lehrt außerdem, dass ein Hausarzt nicht immer in der Lage ist, eine Depression zu erkennen. [...] Meine Haare stehen mir zu Berge bei dem, was ich manchmal höre.“ [...] (Editorial Trouw 1996n).⁵⁸

Auf diesen Artikel reagierte am 7. September 1996 Martine Cornelisse. Sie schrieb, die meisten Niederländer hätten eine langjährige Beziehung zu ihrem Hausarzt. Dieser kenne häufig auch ihre Familien gut. Die Bitte um aktive Sterbehilfe sei oft eine Fortsetzung früherer Gespräche über diese Möglichkeit und komme für den Hausarzt nicht überraschend. Der Hausarzt könne diese Bitte in die persönliche Geschichte des Patienten, die Familiengeschichte und die gemeinsame Geschichte von Arzt und Patient einordnen.

Und die Feststellung, ob jemand entscheidungsfähig ist und/oder an einer Depression leidet (und die Notwendigkeit, diese Diagnose durch einen Psychiater stellen zu lassen), erscheint damit in einem ganz anderen Licht als im Kranken-

⁵⁸ „Voor een solerende huisarts is het niet steeds mogelijk om vast te stellen of de wens tot sterven wordt ingegeven door sociale afwegingen. De dagelijkse praktijk leert bovendien dat een huisarts niet altijd een depressie kan herkennen. [...] Mijn haren rijzen te berge bij wat ik soms hoor.“ [...] (Editorial *Trouw* 1996n).

haus, wo der Patient womöglich noch für jeden völlig unbekannt ist (Cornelisse 1996 S. 11).⁵⁹

Aus der FAZ und dem Deutschen Ärzteblatt habe ich mehrere Artikel aufgeführt, in denen Depression und andere psychische Erkrankungen als regelhafte Ursache des Sterbewunsches bei Schwerkranken vermutet wurden. Die niederländischen Autoren Cornelisse und der Psychiater Hengeveld dagegen sind sich darüber einig, dass es Fälle gibt, in denen der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht auf einer psychischen Störung beruht. Sie sind nur darüber uneins, wer qualifiziert ist, die Unterscheidung zwischen Fällen mit und ohne psychische Erkrankung zu treffen.

Niederländische „euthanasie“ und die englische Hospizbewegung

Die Zeitung Trouw widmet sich dem Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin in einem Artikel vom 2. März 1996 mit dem Titel „Felle euthanasiebestrijder gasthoogleraar in Rotterdam“ („Scharfer Gegner der aktiven Sterbehilfe Gastprofessor in Rotterdam“). Die Zeitung meldete in diesem Artikel, die Benennung des englischen Arztes R. Twycross aus Oxford zum Gastprofessor an der Erasmus-Universität in Rotterdam sei „fast perfekt“. Trouw beschreibt Twycross als international bekannten Experten auf dem Gebiet der Palliativmedizin. Ausführlich zitiert die Zeitung aus seinen Schriften über die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. Er habe den Niederländern eine die aktive Sterbehilfe begünstigende Mentalität unterstellt. Auf der schiefen Ebene seien sie schon ein ganzes Stück nach unten gerutscht. In einem Artikel mit dem Titel „Euthanasia: going Dutch“ habe er die Geschichte einer niederländischen Patientin erzählt, deren Hausarzt ihr aktive Sterbehilfe aufgezwungen haben soll (Editorial Trouw 1996g).

Die Berufung von Twycross, so schreibt Trouw, werde durch das „Netzwerk Palliatieve Zorg Nederland“ („Niederländisches Netzwerk für Palliativmedizin“) unterstützt. Die Zeitung lässt mit J. van den Blink, dem Direktor des Bereichs Patientenversorgung der Daniel-den-Hoed-Klinik in Rotterdam, eines der Mitglieder dieses Netzwerkes zu Wort kommen:

„Ich weiß, dass Twycross strikt gegen aktive Sterbehilfe ist, aber das heißt nicht, dass wir kein gemeinsames Ziel haben, nämlich zu versuchen, das Lebensende von Patienten zu erleichtern.“ Van Den Blink bestreitet den Eindruck von Twycross, dass die Palliativmedizin in den Niederlanden schlecht sei. „Und selbst bei optimaler Palliativmedizin kann die Frage nach aktiver Sterbehilfe auf

⁵⁹ En de vaststelling of iemand wilsbekwaam is en/of aan een depressie lijdt (en de noodzaak om die diagnose door een psychiater te laten stellen), komt daarmee in een heel ander daglicht te staan dan in het ziekenhuis waar de patient wellicht nog voor iedereen een grote onbekende is (Cornelisse 1996 S. 11).

das Tapet kommen; darüber sind wir verschiedener Ansicht.“ [...] (Editorial Trouw 1996g).⁶⁰

Die Zeitung Trouw erläutert weiter, die englische Hospiz-Bewegung sei strikt gegen aktive Sterbehilfe. Dagegen schließe das „Niederländische Netzwerk für Palliativmedizin“ aktive Sterbehilfe nicht aus. Laut einem Sprecher dieses Netzwerks stimme die britische Behauptung, aktive Sterbehilfe werde durch zu wenig Palliativmedizin verursacht, nicht. Allerdings könne sich die Zahl der Bitten um aktive Sterbehilfe durch ein Fehlen von Palliativmedizin erhöhen (Editorial Trouw 1996b).

Die Tatsache, dass diese Berufung der Zeitung erstens einen Artikel wert ist, der zweitens als Schlagzeile die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe durch Twycross benutzt, zeigt Folgendes: Die ausländische Kritik an ihrer Sterbehilfe-Politik wird von den Niederländern aufmerksam verfolgt. Es ist beinahe eine Identifikation mit der Sterbehilfe-Politik als typisch niederländischem Phänomen zu spüren. Das Hauptargument für die Vereinbarkeit von Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe ist dieses: Palliativmedizin reicht nicht in allen Fällen zur Bekämpfung des Leidens von Patienten aus.

Am selben Tag erschien in der Zeitung Trouw ein weiterer Artikel zum Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin. Gonny ten Haaft erzählt in dem Artikel „In het hospice krijgt ook de dood een kans“ („Im Hospiz bekommt auch der Tod eine Chance“) vom „Willen hospice“ im englischen Ort Milton Keynes nahe London. Wie im Artikel über den Gastdozenten Twycross wird der Gegensatz zwischen englischer und niederländischer Hospiz-Bewegung in ihrem Verhältnis zur aktiven Sterbehilfe thematisiert. Über die englischen Hospize schreibt ten Haaft, der Tod werde weder herausgezögert noch beschleunigt. Der Tod bekomme eine Chance (ten Haaft 1996e).

Die Schilderungen der Reporterin beschreiben einerseits respektvoll und bewundernd die Arbeit der Pfleger, ihre Sorge für viele kleine Dingen, die den todkranken Patienten das Leben etwas angenehmer gestalten sollen. Andererseits schleicht sich an manchen Stellen des Artikels ein spöttischer Unterton ein:

Die Hospize bieten mit ihrem Komplettpaket an medizinischer, sozialer, psychischer und spiritueller Hilfe eine Alternative für den „guten Tod“ (ten Haaft 1996e).⁶¹

⁶⁰ „Ik weet dat Twycross mordicus tegen euthanasie is, maar dat zegt nog niet dat we geen gemeenschappelijk doel hebben, namelijk proberen het leven van terminale patienten te verlichten.“ Van Den Blink bestrijdt de indruk van Twycross dat de palliatieve zorg in Nederland slecht is. „En zelfs bij een optimale palliatieve zorg kan de vraag naar euthanasie naar voren komen; daarover verschillen we van mening.“ [...] (Editorial *Trouw* 1996g).

⁶¹ „De hospices bieden met hun totaalpakket aan medische, sociale, psychische en spirituele hulp een alternatief voor de „goede dood“ (ten Haaft 1996e).

Das „Willen hospice“ steht der Vorstellung, sein Paket um eine weitere Alternative in Form von aktiver Sterbehilfe zu ergänzen, ablehnend gegenüber. Der Arzt Stephen Dyer gibt an, in den zehn Jahren seiner Arbeit im Hospiz nur zweimal Patienten erlebt zu haben, die bei ihrer Bitte um aktive Sterbehilfe geblieben seien. Die Seltenheit dieser Bitten meint die Autorin ten Haaft mit dem Verbot der aktiven Sterbehilfe in England erklären zu können. Man bitte nicht um Unerreichbares. Dyer würde aber auch, wenn er dürfte, keine aktive Sterbehilfe leisten. Zwar könne er die Lebensmüdigkeit von Menschen in manchen Situationen verstehen. Aber wenn man einmal mit aktiver Sterbehilfe in Ausnahmefällen anfangen würde, diese seiner Überzeugung nach bald immer häufiger vorkommen. Außerdem sei die Grenze zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Tötung schwer zu ziehen. Die Versorgung des Hospizes könne den Patienten in der Regel ihre Angst vor Verfall und Tod nehmen.

In der politischen Diskussion bekommt diese Auffassung der Hospiz-Bewegung auffällig viel Gehör. Zur großen Frustration der englischen Vereinigung für aktive Sterbehilfe, die den Hospizen „Bevormundung“ vorwirft. Stärker noch als in den Niederlanden ist die englische Sterbehilfe-Diskussion voller Emotionen und Vorwürfe. Die Kritik – auch in England häufig geäußert –, dass Ärzte als Alternative stets höhere Dosen von Medikamenten geben, um Menschen „heimlich“ zu töten, weist Dyer mit Nachdruck zurück, soweit sie die Hospize betrifft (ten Haaft 1996e).⁶²

Zusammenfassend äußert ten Haaft, die englische Hospizbewegung wisse, dass sie lange nicht allen Patienten helfen könne. Trotzdem sei sie strikt gegen aktive Sterbehilfe. Palliativmedizin werde als Alternative zur aktiven Sterbehilfe angesehen, die ausgebaut werden müsse. Die Kritik, nicht jeder Patient wolle die angebotene Palliativmedizin, werde nicht als Argument für eine Gesetzesänderung akzeptiert. Dabei sei der christliche Einschlag vieler Hospize nicht für alle Patienten akzeptabel. Es gebe in England kaum verwertbare Studien über ärztliche Handlungen am Lebensende. Durch das Verbot der aktiven Sterbehilfe sei die Durchführung solcher Studien mühsam. Hospizärzte, die behaupteten, Medikamente zur Linderung von Symptomen zu verabreichen, würden in England der Heuchelei verdächtigt. Möglicherweise stecke in Wirklichkeit eine Tötungsabsicht dahinter (ten Haaft 1996e).

Ten Haafts Behauptung, die englische Hospizbewegung erkenne an, lange nicht allen Patienten helfen zu können, überrascht mich. Ten Haaft selbst lässt mit Stephen Dyer einen Arzt zu Wort kommen, nach dessen Angaben nahezu alle

⁶² In de politieke discussie krijgt deze opvatting van de hospice-beweging in Engeland opvallend veel gehoor. Tot grote frustratie van de Engelse vereniging voor vrijwillige euthanasie, die de hospices „betutteling“ verwijt. Sterker nog dan in Nederland is de Engelse euthanasie-discussie vol emoties en verwijten. De kritiek – ook in Engeland vaak geuit – dat de artsen als alternatief steeds hogere doses medicijnen geven om mensen „stiekem“ weg te maken, ontkent Stephen Dyer met klem voor zover het de hospices betreft (ten Haaft 1996e).

Bitten um aktive Sterbehilfe zurückgenommen werden, wenn eine angemessene palliativmedizinische Behandlung erfolgt. Es mag sein, dass Teile der englischen Hospizbewegung nicht davon überzeugt sind, das Leiden fast jedes Sterbenden mit Palliativmedizin bis auf ein erträgliches Maß lindern zu können. Dies lässt sich aber nicht verallgemeinern.

Ebenfalls ungewöhnlich finde ich, dass ten Haaft ausdrücklich erwähnt, die Ablehnung einer palliativmedizinischen Behandlung in Hospizen aufgrund von deren religiösem Hintergrund werde von der englischen Hospizbewegung nicht als Grund für die Einführung aktiver Sterbehilfe akzeptiert. In der Debatte um aktive Sterbehilfe besteht bisher weitgehende Einigkeit über den folgenden Punkt: Aktive Sterbehilfe sollte allenfalls das letzte Mittel zur Linderung von Leiden sein. Andere Möglichkeiten zur Linderung des Leidens sollten zuvor ausgeschöpft werden. Wenn jemand die Behandlung in einem Hospiz aus religiösen Gründen ablehnen sollte, wäre dies ein Grund, ihm eine palliativmedizinische Behandlung ohne oder mit einem anderen spirituellen Hintergrund anzubieten. In diesem Fall aktive Sterbehilfe zu leisten, ist so, als würde man aktive Sterbehilfe durchführen, weil Schmerzmedikamente zu teuer sind oder eine gute Schmerztherapie so kompliziert ist.

Ten Haaft erwähnt in ihrem Artikel Argumente für und gegen die Vereinbarkeit von Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe. Sie beleuchtet zahlreiche Seiten des Themas. In ähnlichen deutschen Artikeln über Hospizarbeit, beispielsweise jenem aus der FAZ vom 19. Juni 1996 mit dem Titel „Gegen 5 Uhr früh dem Zusammenbruch nahe, Mainzer Hospizgesellschaft steht Sterbenden bei und setzt aufs ehrenamtliche Engagement“, wird nur auf die Gefahren der aktiven Sterbehilfe hingewiesen. In dem FAZ-Artikel wird beispielsweise nicht gefragt, ob die bewusste Überdosierung von Medikamenten in deutschen Krankenhäusern oder Hospizen ein Thema sein könnte.

Kritisch gegenüber dem eigenen Standpunkt und im Umgang mit im eigenen Land als Wahrheiten verkauften Meinungen zeigte sich Gonny ten Haaft mit einem weiteren Artikel über die Hospizbewegung in England in der Zeitung Trouw vom 23. März 1996. Sie schrieb wieder über das englische „Willen hospice“, in dem sie einen Monat als Freiwillige geholfen hatte. Dort könne sie sich zu liegen vorstellen, schreibt sie, wenn es zuhause nicht mehr gehe. So habe sie über ein niederländisches Pflegeheim oder Krankenhaus noch nie gedacht. Zurück in den Niederlanden, habe sie das Gefühl gehabt, die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe habe in ihrem Heimatland etwas Unantastbares. Sie dürfe nicht in Frage gestellt werden, jedenfalls nicht im Alltag, sondern höchstens in ethischen Schriften.

Wenn ich sage, dass ich, auch durch meinen Aufenthalt in England, begonnen habe, mich zu fragen, ob wir in den Niederlanden nicht zu selbstverständlich über aktive Lebensbeendigung reden – zu selbstverständlich reden, nicht es zu selbstverständlich tun – stoße ich auf Erstaunen. Sie war doch so eine progressive Frau, was ist nur für ein konservativer englischer Geist in sie gefahren?

Nein, die Niederlande sind – erst recht, wenn die Kritik aus dem Ausland kommt – stolz auf ihre Sterbehilfe-Politik, wir zeigen als einzige in der Welt, dass wir in der Lage sind, es sinnvoll zu regeln.

Auch nach meinem Aufenthalt in England glaube ich, dass die Niederlande mit ihrer Sterbehilfe-Regelung auf einem guten Weg sind. Aber für Stolz ist es etwas früh. Wissen wir schon, wie es unsere Ärzte beeinflussen wird? Wissen wir, wie es uns selbst beeinflussen wird, unsere Gesellschaft, unser Denken über Leben und Tod (ten Haaft 1996g)?⁶³

Gonny ten Haaft hat sogar das Gefühl, durch die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden in ihren Vorstellungen vom Lebensende schon beeinflusst worden zu sein. Das illustriert sie mit folgendem Beispiel: Sie habe in ihrem Bekanntenkreis von einer älteren Dame mit einer aggressiven Form von Brustkrebs gehört. Alle Behandlungen hätten nichts mehr genützt. Die Frau sei schwach gewesen und habe keine Lebenslust mehr verspürt. Um sich vor Infektionen zu schützen, habe sie tagelang keinen Besuch mehr empfangen dürfen und alles mit Handschuhen anfassen müssen.

Es dauerte Wochen bis sie starb: Ich merkte, dass ich schwer begreifen konnte, dass sie nicht darum bat, das Ende zu beschleunigen (ten Haaft 1996g).⁶⁴

Kündigt sich hier die von Gegnern der aktiven Sterbehilfe beschworene Veränderung im Denken der Niederländer an, der Dambruch in den Köpfen, der die Verknüpfung von Leiden und aktiver Sterbehilfe zur Selbstverständlichkeit werden lässt? Gonny ten Haaft meint zumindest entdeckt zu haben, dass in den Niederlanden das Nachdenken über Palliativmedizin zu kurz komme. Jede Diskussion über die Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase ende in ihrem Heimatland in einer Debatte über aktive Sterbehilfe. Über Selbstbestimmung und einen würdigen Tod könne man leichter sprechen als über Inkontinenz, Abhängigkeit, Trost und Todesangst.

Der Grund für Bitten um Lebensbeendigung sei meist Verfall oder Erschöpfung. Die Patienten hätten das Gefühl, einfach nicht mehr weiterleben zu

⁶³ Als ik zeg dat ik me, ook door mijn bezoek aan Engeland, ben gaan afvragen of we in Nederland niet te makkelijk over actieve levensbeëindiging praten – makkelijk praten, niet makkelijk doen – stuit ik op verbazing. Ze was toch zo'n progressief type, wat is er nu voor een Engels conservatieve geest in haar gevaren? Nee, Nederland is – zeker als de kritiek uit het buitenland komt – trots op zijn euthanasie-beleid, wij laten als enige in de wereld zien dat we het goed kunnen regelen. Ook na mijn verblijf in Engeland geloof ik dat Nederland met zijn euthanasie-regeling op de goede weg is. Maar voor trots is het wat vroeg. Weten we al hoe het onze dokters beïnvloedt? Weten we hoe het onszelf beïnvloedt, onze samenleving, ons denken over leven en dood (ten Haaft 1996g)?

⁶⁴ Ze deed er weken over om dood te gaan: ik merkte dat ik moeilijk kon begrijpen dat ze geen voorstel deed het einde te bespoedigen (ten Haaft 1996g).

können. Schmerzen seien von geringerer Bedeutung. Allerdings hätten 10 bis 20 Prozent der Krebspatienten schwere, therapieresistente Schmerzen.

Aber was ist Verfall? Wann hat jemand das Gefühl von Würde verloren? [...] Ein englischer Arzt behauptete, dass man auch einem Patienten, der jedes Gefühl für Würde verloren habe, trotzdem noch „Würde geben könne“. Darunter kann ich mir nur schwerlich etwas vorstellen, habe aber doch begriffen, dass die Haltung von Familienmitgliedern, Freunden und (professionellen) Pflegern Einfluss hat auf das Wohlbefinden es Kranken. [...] Außerdem: wie groß ist der Einfluss in einer Zeit, in der, auch in den Niederlanden, das Geld im Gesundheitssektor zur Neige geht (ten Haaft 1996g)?⁶⁵

Es wird oft ins Feld geführt, aktive Sterbehilfe werde selten aufgrund von unzureichenden Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung durchgeführt. Zur Behandlung des Todeswunsches eines Patienten ohne starke Schmerzen seien Zuwendung, Psychotherapie und/oder Antidepressiva angezeigt. So oder ähnlich beschreiben es z. B. die FAZ im Artikel „Depressive Krebskranke verlangen Sterbehilfe“ vom Juli 1996 (Editorial FAZ 1996a S. N1) und im Artikel „Abschaffung des Leidens, Abschaffung der Leidenden, Dürfen Ärzte töten?“ (Fuchs 1996 S. 30– 31) vom September 1996 sowie das Deutsche Ärzteblatt in seiner Dokumentation des 99. Deutschen Ärztetages (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715). Ten Haaft erwähnt ebenfalls, dass Schmerzen ein seltener Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe seien. Sie gesteht einen Einfluss der Zuwendung durch Angehörige und Pfleger auf das Befinden des Patienten zu. Sie kann sich aber kaum vorstellen, dass dem Kranken das Gefühl des Würdeverlustes auf diese Weise vollständig genommen wird. Sie sieht Grenzen des äußeren Einflusses und Situationen, in denen aktive Sterbehilfe gerechtfertigt ist. Die Möglichkeit einer antidepressiven Therapie erwähnt sie nicht, vermutlich weil sie die Gefühle des todkranken Patienten nicht als Zeichen einer Depression wertet. Ein Gefühl der Beunruhigung bleibt ihr in Bezug auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem ihrer Ansicht nach zu geringen Angebot von Palliativmedizin in den Niederlanden und dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Gleichzeitig glaubt sie, dass sich dieses Problem in Zukunft aufgrund von ökonomischen Faktoren verschärfen könnte. Das Verbot von aktiver Sterbehilfe ist nach ten Haaft jedoch keine geeignete Lösung.

Auch die niederländische Ärztin und Politikerin Els Borst (niederländische Gesundheitsministerin 1994 bis 2002) glaubt nicht, dass aktive Sterbehilfe bei guter palliativmedizinischer Versorgung in jedem Fall verzichtbar sei. In einem

⁶⁵ Maar wat is ontluistering? Wanneer heeft iemand elk gevoel van waardigheid verloren? [...] Een Engelse arts stelde dat je ook een patient, die elk gevoel van waardigheid is verloren, toch nog „waardigheid kunt geven“. Daar kan ik me moeilijk iets bij voorstellen, maar wel ben ik gaan beseffen dat de houding van familieleden, vrienden en (professionele) verzorgers invloed heeft op het welbevinden van de zieke. [...] Bovendien: hoe groot is die invloed in een tijd waarin, ook in Nederland, het geld in de zorgsector op raakt (ten Haaft 1996g)?

Artikel vom 16. April 1996⁶⁶, wiederum verfasst von Gonny ten Haaft, wird ihr Standpunkt folgendermaßen charakterisiert:

Gleichzeitig bestreitet Borst die Argumentation, dass eine optimale palliativmedizinische Versorgung die Frage nach aktiver Sterbehilfe verschwinden lassen würde. „Ich wäre nicht überrascht, falls die Anzahl der Bitten um aktive Sterbehilfe abnimmt, wenn wir unsere Palliativmedizin verbessern. Doch bleibt dies für mich eine offene Frage [...]“ (ten Haaft 1996a)⁶⁷

Borst sieht die Niederlande in Bezug auf Palliativmedizin auf dem richtigen Weg. Diese Therapierichtung entwickle sich prächtig. Die Menschen würden zunehmend einsehen, dass man für Patienten in der letzten Lebensphase sehr viel tun könne (ten Haaft 1996a).

Borst nennt mehrere Bereiche, in denen unter Ärzten und Pflegeern noch Informationsbedarf bestehe, etwa bei der Therapie mit Morphinen und der Dekubitusprophylaxe. Die Vorreiterrolle Englands in der Palliativmedizin erklärt sich Borst dadurch, dass es in England mehr Armut gebe als in den Niederlanden und die palliativmedizinischen Initiativen Versorgungslücken schließen würden. Sie sieht nicht die Niederlande als rückständig in der Palliativmedizin, sondern England als vorbildlich (ten Haaft 1996a).

Palliativmedizinische Bemühungen und Qualität der Palliativmedizin in den Niederlanden

Am 17. April 1996 erschien in der Zeitung Trouw ein Artikel mit dem Titel „Zorgnetwerk voor de totale stervende mens“ („Netzwerk für den sterbenden Menschen in seiner Ganzheit“), der über die Gründung des „Netwerk palliatieve zorg Nederland“ („Niederländisches Netzwerk für Palliativmedizin“) berichtete. Erneut wurde das Verhältnis von Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe thematisiert, als es um die Richtlinien der Organisation ging. Die Mitglieder des Netzwerks dächten unterschiedlich über aktive Sterbehilfe, so der Vorsitzende des Netzwerkes Van Brenk. Trotz dieser Unterschiede wollten sie gemeinsam die Palliativmedizin voranbringen.

Das Programm umfasst nur einige Absätze über aktive Sterbehilfe. Nicht deshalb, weil dieses Thema tabuisiert werde, sagt Van Brenk, sondern weil die Mitglieder ihre gegenseitigen Ansichten respektierten. [...]

⁶⁶ Der Titel des Artikels lautete „Borst: De zorg aan stervenden komt goed op gang“ („Borst: Die Versorgung Sterbender läuft gut an“).

⁶⁷ Tegelijkertijd bestrijdt Borst de redenering dat een optimale palliatieve zorg de vraag naar euthanasie zou doen verdwijnen. „Ik zou niet verbaasd zijn als het aantal verzoeken tot euthanasie inderdaad afneemt als we onze palliatieve zorg verbeteren. Toch blijft dit voor mij een open vraag [...]“ (ten Haaft 1996a)

Auch finden die Mitglieder einhellig, dass die Sterbehilfe-Diskussion in den Niederlanden „erschwerend wirke“ auf Versuche, die Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase weiter zu entwickeln (Editorial Trouw 1996o).⁶⁸

Was ich in Van Brenks zweitem Satz mit „nicht tabuisieren“ übersetzt habe, entspricht im Niederländischen jenem „bespreekbaar“, das auch für James Kennedy im Mittelpunkt der Entwicklung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden steht. Heikle Themen wie die aktive Sterbehilfe nicht zu tabuisieren ist für Niederländer, wie hier den Vorsitzenden des Netzwerkes für Palliativmedizin, sehr wichtig. Im Gegensatz hierzu findet sich im Deutschen Ärzteblatt die Vorstellung, allein das Sprechen und Schreiben über aktive Sterbehilfe sei der erste Schritt in Richtung eines gefährlichen Dammsbruchs.

In einem Artikel mit dem Titel „Hartmannbund: Nein zur Sterbehilfe“ erläutert das Deutsche Ärzteblatt die Standpunkte des Hartmannbundes und des Niederländischen Ärztebundes folgendermaßen:

Zu viele Tabus seien bereits durch die intensive Diskussion über aktive Sterbehilfe gebrochen worden. Beide Verbände befürchten, dass auf diese Weise die Euthanasie durch die Hintertür gesellschaftsfähig wird (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996c S. A-1509).

An dem Artikel „Zorgnetwerk voor de totale stervende mens“ („Netzwerk für den sterbenden Menschen in seiner Ganzheit“) fällt außerdem auf, dass ein langer Absatz der aktiven Sterbehilfe gewidmet ist, obwohl sein Thema die Förderung der Palliativmedizin ist. Dies betätigt die These von Gonny ten Haaft, dass in den Niederlanden Gespräche über das Lebensende meistens das Thema aktive Sterbehilfe einschließen. Allerdings ist mir auch in deutschen Artikeln aufgefallen, dass die aktive Sterbehilfe häufig bei anderem Schwerpunkt des Textes und gerade in Artikeln über Palliativmedizin erwähnt wird. Deshalb ist dies meiner Meinung nach nicht als niederländische Spezialität zu werten. Natürlich konnte ich bei meiner Recherche zum Thema aktive Sterbehilfe keine Beispiele für Artikel über Palliativmedizin finden, die die aktive Sterbehilfe nicht erwähnen.

Neben Berichten über Initiativen wie das „Niederländische Netzwerk für Palliativmedizin“ als Zeichen für eine Weiterentwicklung der Palliativmedizin in den Niederlanden, finden sich in der Zeitung Trouw auch Artikel über Defizite der niederländischen Palliativmedizin. Ein Beispiel ist der Text „Een op drie ziekenhuizen is niet ingesteld op stervensbegeleiding“ („Eines von drei Krankenhäusern ist auf Sterbebegleitung nicht eingestellt“) in der Ausgabe vom 28. November 1996. Grundlage des Artikels war eine Studie, die 308 Hausärzte und

⁶⁸ Het beleidsplan bevat slechts enkele alinea's over euthanasie. Niet omdat dit onderwerp onbespreekbaar is, zegt Van Brenk, maar omdat de leden elkaars visie respecteren. Ook vinden de leden unaniem dat de euthanasie-discussie in Nederland „belemmerend werkt“ bij pogingen om de zorg voor terminale patiënten verder te ontwikkelen (Editorial *Trouw* 1996o).

86 Einrichtungen der Krankenversorgung einbezogen hatte. Jedes dritte Krankenhaus und Pflegeheim sei nicht für die Sterbebegleitung gerüstet. Manche Patienten würden in der letzten Lebensphase unzureichend über Möglichkeiten der intensiven Sterbebegleitung informiert. In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser und Pflegeheime sei man der Meinung, dass mit mehr Sterbebegleitung Fälle von aktiver Sterbehilfe verhindert werden könnten. Einer von drei Hausärzten halte die Möglichkeiten der Sterbebegleitung in den Niederlanden für unzureichend (Editorial Trouw 1996d).

Am 10. Dezember 1996 porträtierte der Journalist Aldert Schipper in der Zeitung Trouw mit Herbert Hendin einen Gegner der aktiven Sterbehilfe. Der Titel des Artikels lautete „Niet patient, maar arts wordt machtiger door Nederlandse euthanasiepraktijk“ („Nicht der Patient, sondern der Arzt wird mächtiger durch die niederländische Praxis der aktiven Sterbehilfe“). Aldert Schipper zitiert in seinem Text hauptsächlich Herbert Hendin und beschränkt sich auf wenige eigene Sätze. Er charakterisiert Hendin als einen der wichtigsten, intelligentesten und am meisten gefürchteten Kritiker der niederländischen Sterbehilfe-Politik.

Hendins Botschaft läuft darauf hinaus, dass die niederländischen Ärzte unter anderem durch die Möglichkeit, ungestraft aktive Sterbehilfe zu leisten, in einen Rückstand geraten sind, was Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliativmedizin betrifft, und sich damit zum Gegner des Patienten gemacht haben.

„Ja, nun wird laut nach Palliativmedizin gerufen, auch durch Ministerin Borst. [...] Man ruft es, aber man tut es nicht. [...] Wenn man in seiner Selbstgefälligkeit meint, in allem auf dem neuesten Stand zu sein, wird man der Palliativmedizin nie eine faire Chance geben.“ [...] (Schipper 1996a).⁶⁹

Hendin kritisiert außerdem, aktive Sterbehilfe stärke nicht die Autonomie des Patienten, sondern die Macht des Arztes. Dieser werde zum paternalistischen Besserwisser. Schipper macht diesen Kritikpunkt zum Titel seines Artikels. In den von mir betrachteten niederländischen Medien taucht dieses Argument normalerweise nicht auf. Viele Niederländer glauben, dass Ärzte es nicht von der gesetzlichen Situation abhängig machen, ob sie aktive Sterbehilfe leisten. Der Arzt hat ohnehin eine Machtstellung, die er auch benutzt. Die Meldepflicht ist ein Versuch, diese Macht zu kontrollieren, und bedeutet nicht etwa eine Ausweitung der ärztlichen Macht. An dieser Grundannahme wird in den von mir betrachteten niederländischen Texten auch durch Gegner der aktiven Sterbehilfe kaum gerüttelt.

⁶⁹ Hendins boodschap komt erop neer dat de Nederlandse dokter mede door de onbestrafte mogelijkheid van euthanasie een achterstand heeft gekregen in kennis van palliatieve zorg en zich daarmee heeft gemaakt tot de vijand van de patient. [...] „Ja, nu wordt hard geroepen over palliatieve zorg, ook door minister Borst. [...] Men roept het wel, maar doet het niet. [...] Meen je in je zelfgenoegzaamheid dat je van alles al op de hoogte bent, dan zul je het nooit een faire kans geven.“ [...] (Schipper 1996).

Über die Ansichten des Hochschulprofessors Ben Crul zum Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin berichtete die Zeitung Trouw am 4. September aus Anlass seiner Antrittsrede in Nijmegen. Aktive Sterbehilfe komme häufiger vor als unbedingt nötig, meinte Crul. Grund dafür sei eine unzureichende Schmerzbekämpfung bei Krebspatienten. Effektive Schmerzbekämpfung müsse in der Hausarztpraxis höchste Priorität haben. Zur Zeit stehe einem Übergebrauch von Morphinen mit Lebensverkürzung in der einen Situation ein zu geringer Gebrauch mit unnötigen Schmerzen in anderen Situationen gegenüber. Es werde zu früh an aktive Sterbehilfe gedacht. Bitten um aktive Sterbehilfe müssten im Vorhinein geprüft werden (Editorial Trouw 1997c S. 1).

Wiederum taucht hier die Idee der Verringerung der Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe durch Palliativmedizin auf. Der Artikel bezieht sich mit Crul insbesondere auf Schmerzbekämpfung, ohne darauf einzugehen, dass Schmerzen nach den Studien von van der Maas und seinen Mitarbeitern lange nicht der häufigste Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sind.

Ein entscheidender Unterschied zu den von mir betrachteten deutschen Artikeln besteht darin, dass ein Verbot der aktiven Sterbehilfe in der Diskussion um eine Verbesserung der Schmerztherapie nicht zur Debatte steht. Die Tatsache, dass aktive Sterbehilfe teilweise durchgeführt wird, bevor alle palliativmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, wird zwar als ungünstig, aber nicht als bedrohlich oder gefährlich empfunden. Zumindest deuten weder Äußerungen des Autors noch die Ben Crul zugeschriebenen Bemerkungen darauf hin.

Nicht zum Ausdruck kommt in diesem Artikel die Idee, die Weiterentwicklung der Schmerzbekämpfung und Palliativmedizin in den Niederlanden könne durch die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe behindert werden. Es wird lediglich die Vorstellung diskutiert, dass die aktive Sterbehilfe durch eine von ihr unabhängige mangelhafte Weiterentwicklung anderer Möglichkeiten der Leidensbekämpfung zu oft vorkomme.

Der auf Neurologie spezialisierte Pfleger und Dozent Hans van Dam meinte am 4. April 1997 in Trouw, Palliativmedizin und aktive Sterbehilfe seien falsche Gegensätze.⁷⁰

Die Palliativmedizin in den Niederlanden ist nach Meinung von Hans van Dam besser als ihr Ruf. Zwar gebe es Missstände und Mängel, die er nicht leugnen wolle. Aber es geschehe viel Gutes, häufig hinter verschlossenen Türen und ohne großes Aufhebens.

Vor allem die Versorgung zuhause ist in den letzten Jahren unerfreulich zusammengeschrumpft auf Protokolle und Zeitschemata – und es wird höchste Zeit, dass sich das verändert – und vor diesem Hintergrund überrascht es mich immer

⁷⁰ Der Titel des Artikels lautete „Palliatieve zorg en euthanasie: valse tegenstellingen“ („Palliativmedizin und aktive Sterbehilfe: falsche Gegensätze“).

wieder, dass die notwendige palliativmedizinische Versorgung oft doch realisiert wird (van Dam 1997 S. 11).⁷¹

Van Dam tritt dem seiner Meinung nach häufig geäußerten Vorwurf entgegen, die Niederlande hätten die aktive Sterbehilfe ermöglicht, bevor sie mit Palliativmedizin begonnen hätten. Palliativmedizin habe es schon immer gegeben. Zwar sei sie eine zeitlang in den Hintergrund getreten. Schuld daran sei eine sich rasant entwickelnde Medizintechnologie gewesen. Diese habe die Illusion erzeugt, im Gesundheitsbereich sei alles machbar. Das ändere aber nichts daran, dass es eine Tradition der palliativmedizinischen Versorgung gebe (van Dam 1997 S. 11).

Van Dam erläutert, dass Palliativmedizin verschiedenste Maßnahmen pflegerischer und ärztlicher Art umfasse und nicht erst in der Sterbephase beginne.

Hiermit komme ich zum falschen Gegensatz zwischen Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe. Wo diese einander berühren – was meistens nicht passiert – stoßen sie sich nicht aneinander, fallen sie auch nicht zusammen, sondern liegen sie auf einer Linie (van Dam 1997 S. 11).⁷²

Aktive Sterbehilfe habe einen Stellenwert, wenn sich das Leiden Bahn breche durch alle Sorge und Aufmerksamkeit hindurch.

Einer ähnlichen Argumentation wie van Dam bedient sich der Hochschulprofessor J. M. Minderhoud, im Jahr 1997 neuer Vorsitzender der Ärztesvereinigung KNMG. Mit ihm hatte Aldert Schipper für einen Trouw-Artikel vom 1. Februar 1997 gesprochen. Palliativmedizin habe es immer gegeben, argumentierte Minderhoud, auch wenn sie aktuell stärker ins Blickfeld gerate. Die Grenzen zwischen aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin seien fließend. Viele der in der Palliativmedizin eingesetzten Medikamente seien auch Euthanica (Schipper 1997 S. 8).

Neben diesem allgemeinen Standpunkt geht Minderhoud auf die praktische Seite der Palliativmedizin ein. So genannte Palliativmedizin ist seiner Meinung nach für Patienten nicht immer von Vorteil:

Palliativmedizin bedeutet oft, mehr Morphium zu geben. Dann wird der Patient dem Tod näher gebracht und dies als Schmerzbekämpfung bezeichnet. Aber Morphium ist eigentlich ein lausiges Medikament. Man ignoriert die Nebenwirkungen, und behauptet währenddessen, dass man eine wunderbare Schmerzbekämpfung betreibt. Man vermeidet eine Konfrontation mit dem Strafrecht, aber

⁷¹ Vooral de thuiszorg is de laatste jaren onverkwikkelijk ingesnoerd in protocollen en tijdschema's – en het wordt hoog tijd dat dat verandert – en van hieruit bekeken verbaast het mij keer op keer dat noodzakelijke palliatieve zorg vaak toch wordt gerealiseerd (van Dam 1997 S. 11).

⁷² Hiermee raak ik aan de valse tegenstelling tussen palliatieve zorg en euthanasie. Waar die elkaar raken – wat meestal niet gebeurt – stoten ze elkaar niet af, vallen ze ook niet samen, maar liggen ze in elkaars verlengde (van Dam 1997 S. 11).

für den Patienten ist es viel schlimmer. Es kann sehr gut sein, dass sein Leiden nur verlängert wird (Schipper 1997 S. 8).⁷³

Minderhouds Argumentation ist ein seltenes Beispiel für eine Auseinandersetzung mit der Qualität der Palliativmedizin auf praktischer Ebene in den von mir betrachteten Medien. Meiner Meinung nach ist seine Darstellung verkürzt und widersprüchlich. Erstens reduziert er die Palliativmedizin im Wesentlichen auf die Gabe von Morphium. Andere Schmerzmedikamente und andere palliativmedizinische Maßnahmen, vor allem die menschliche Zuwendung, bleiben außen vor. Dabei wird häufig betont, dass Schmerzen nicht der Hauptgrund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe seien. Wenn über das Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin gesprochen wird, sollten deshalb palliativmedizinische Maßnahmen im Vordergrund der Überlegungen stehen, die sich um Gefühle von Würdeverlust und Abhängigkeit kümmern. Das Gefühl der Würdeverlustes ist mit 57 % der Fälle laut der Van-der-Maas-Studie aus dem Jahr 1990 der häufigste Grund für aktive Sterbehilfe (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 45). Zweitens widerspricht Minderhoud sich selbst: Einerseits behauptet er, Patienten würden mit Morphium dem Tod näher gebracht. Andererseits sagt er, das Leiden der Patienten werde verlängert. Im Einzelfall kann nur eine dieser beiden Aussagen stimmen.

Sollte Minderhoud als KNMG-Vorsitzender repräsentativ sein, dürfte man die Behauptung, die niederländischen Ärzte benötigten mehr Wissen über Palliativmedizin, meiner Ansicht nach nicht von der Hand weisen.

Dabei geht er auf einen sehr interessanten, selten thematisierten Aspekt der Debatte ein. Er beschreibt, wie die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe selbst palliativ wirksam sein kann:

Eine gemachte Zusage von einem Arzt wird durch Menschen häufig erlebt, als ob sie etwas Geld auf der Bank hätten, eine Reserve für schlechte Zeiten. Viele greifen dieses Kapital niemals an, aber man darf jemandem das nicht wegnehmen (Schipper 1997 S. 8).⁷⁴

Stephan Sahm widmete sich in der FAZ vom 22. Oktober 1997 in einem Artikel über eine internationale Konferenz in Freiburg dem Verhältnis von aktiver Sterbehilfe, Palliativmedizin und indirekter Sterbehilfe. Titel der Konferenz war „Ethik-Kodizes in Medizin und Biotechnologie“, Titel des Artikels „Leitlinien

⁷³ Palliatieve zorg betekent vaak meer morfine geven. Dan wordt de dood nabij gebracht onder het motto van pijnbestrijding. Maar morfine is eigenlijk een rotmiddel. Men gaat voorbij aan de bijwerkingen en zegt intussen dat men prachtig bezig is met het bestrijden van pijn. Je vermijdt het strafrecht, maar het is voor de patient veel erger. Het kan heel goed neerkomen op alleen maar het verlengen van zijn lijden (Schipper 1997 S. 8).

⁷⁴ Een gedane toezegging van een arts wordt door mensen dikwijls ervaren als wat geld op de bank, een reserve voor moeilijke dagen. Velen spreken dat kapitaaltje nooit aan, maar je mag het iemand niet ontnemen (Schipper 1997 S. 8).

erleichtern medizinischen Alltag“. Bert Gordijn beklagte auf dieser Konferenz, in den Niederlanden werde zu wenig Palliativmedizin betrieben. Diese könne fast alle Fälle von aktiver Sterbehilfe verhindern. Dieses Problem der fehlenden palliativmedizinischen Einrichtungen und unzureichenden Fähigkeiten der Ärzte werde in den Niederlanden zu wenig besprochen.

Sahm geht im Weiteren auf den Konferenz-Beitrag des Freiburgers Martin Dornberg ein. Dornberg habe auf der Veranstaltung von „indirekter aktiver Euthanasie“ gesprochen (Sahm 1997 S. N1). Aus Sahms Sicht ist dies eine der „begrifflichen Absonderlichkeiten“ in der Diskussion um aktive Sterbehilfe:

Er versteht darunter die bedauerliche, aber eigentlich triviale Tatsache, daß Patienten auch an Nebenwirkungen ärztlicher Eingriffe versterben können. Es ist aber kaum zu verstehen, warum der Tod als unbeabsichtigte Folge der Gabe eines Schmerzmittels Euthanasie sein soll, nach einer eingreifenden Operation aber nur eine unerwünschte Nebenwirkung. Dabei sind die Risiken, die Ärzte ihren Patienten um der Heilung willen zumuten, in vielen Fällen höher einzuschätzen als die mit dem Morphin verbundenen Gefahren. Bei richtiger Anwendung sind diese ohnehin gering. Bedenklich ist es, daß die sachlich nicht gerechtfertigte Vermischung der Begriffe in der Öffentlichkeit nicht selten Mißverständnisse verursacht (Sahm 1997 S. N1).

Aus dem Artikel geht nicht hervor, inwieweit Dornberg oder andere Teilnehmer der Konferenz den Tod als unbeabsichtigte Folge einer Schmerzmittelgabe als Euthanasie bezeichnet haben. Sahm jedenfalls wählt diese Bezeichnung. Ich möchte seinem Artikel hinzufügen, dass in der niederländischen Debatte vor allem die Schmerzmittelgabe mit der (teilweisen) Absicht der Lebensverkürzung in die Nähe der aktiven Sterbehilfe („euthanasie“) gerückt wird. Daneben gibt es Fälle, in denen die Lebensverkürzung zwar unbeabsichtigt ist, jedoch in Kauf genommen wird. Sie werden im niederländischen Sprachgebrauch von der „euthanasie“ abgegrenzt. Ist eine Lebensverkürzung als Folge einer Schmerzmittelgabe unerwünscht und wird nur aus Mangel an Alternativen in Kauf genommen, unterscheidet sie tatsächlich wenig von einer gefährlichen Operation.

Auch Operationen können palliativmedizinischer Natur sein. Sie können mit der Absicht durchgeführt werden, einem Patienten den Rest seines Lebens oder das Sterben zu erleichtern. Auch hierbei kann eine Lebensverkürzung – zumindest als sich vielleicht nicht in allen Fällen verwirklichendes Risiko – in Kauf genommen werden. In beiden Fällen – Schmerzmittelgabe und Operation – ist die Lebensverkürzung eine unerwünschte Nebenwirkung. Für diese Fälle stimme ich deshalb Dornbergs hier von Sahm wiedergegebener Meinung zu. Allerdings lässt Dornberg außen vor, dass die Lebensverkürzung, auch bei einer medizinisch indizierten und möglicherweise alternativlosen Schmerztherapie, als Nebeneffekt erwünscht sein kann. Wie ich im Kapitel „Sprechen über medizinische Entscheidungen am Lebensende – Terminologie“ ausführe, lohnt es sich, diese Situation zu unterscheiden von einer Situation, in der unerwünschte Nebenwirkungen drohen. Insofern würde ich für diesen Teilaspekt Dornbergs

Meinung widersprechen: Eine Unterscheidung zwischen diesen beiden Situationen zu machen, ist sehr wohl sinnvoll.

Die niederländische Zeitung Trouw widmete sich dem Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin am 29. November 1997 in einem Artikel über den Nederlands artsen verbond (Niederländischer Ärztenbund, NAV) mit dem Titel „Pro life artsenvereniging heeft de wind momenteel niet mee“ („Pro-life-Ärztevereinigung hat zur Zeit keinen Rückenwind“). Der NAV hat seine Wurzeln im christlichen Widerstand gegen die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und feierte im Jahr 1997 unter dem Vorsitzenden Teus van Laar sein 25jähriges Jubiläum. Die Zeitung macht innerhalb der Vereinigung, die sich auch gegen aktive Sterbehilfe richtet, folgende Stimmung aus:

Während des Jubiläumskongresses wurde allerdings deutlich, dass der NAV medizinische Ethik nicht als Zwangsjacke sehen möchte. Wenigstens nicht länger. Van Laar wiederholte gestern, dass lebensbeendendes Handeln nicht zum medizinischen Handeln gehört, aber es wurde auch deutlich, dass ein großer Teil der beinahe 500 Mitglieder den Patienten in die Augen gesehen hat und ihr Heil nicht mehr in Absolutismen sucht (Editorial Trouw 1997b S. 14).⁷⁵

Van Laar äußerte, in manchen Situationen sei aktive Sterbehilfe eine bessere Entscheidung, als Patienten ihrem Leiden zu überlassen. Seine Organisation kämpfe aber weiter für die Verbesserung der Palliativmedizin. Auf diesem Gebiet sei noch einiges zu tun. Er beobachte ein zunehmendes Interesse an Palliativmedizin und Schmerztherapie. Palliativmedizin dürfe nicht nur im Hospiz, sondern müsse auch in Hausarztpraxen und Pflegeheimen betrieben werden.

Es wird deutlich, dass in den Niederlanden aktive Sterbehilfe als etwas angesehen wird, das sich aus der Situation am Lebensende heraus ergibt. Sie drängt sich dem Arzt im Umgang mit leidenden Patienten sozusagen auf. Dies entspricht der historischen Entwicklung, in der niederländische Ärzte zunächst ohne gesetzliche Grundlage Sterbehilfe leisteten. Die ethische Diskussion setzte verstärkt erst im Anschluss daran ein. Zu viel Gewicht auf diese theoretisch-ethische Debatte zu legen würde für den Autor dieses Trouw-Artikels bedeuten, der Praxis eine „Zwangsjacke“ anzulegen.

Die Behauptung, aktive Sterbehilfe könne einfach abgeschafft werden, würde in den Niederlanden nicht auf fruchtbaren Boden fallen. Sie gilt nicht nur als falsch, sondern außerdem als nicht realistisch. Den Gegnern der aktiven Sterbehilfe bleibt anstelle der Forderung, aktive Sterbehilfe müsse durch Palliativmedizin ersetzt werden, nur die Forderung, die Palliativmedizin müsse ausgebaut werden, um die Zahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe möglichst zu verringern.

⁷⁵ Tijdens het jubileumcongres werd wel duidelijk dat het NAV medische ethiek niet wil zien als keurslijf. Niet langer tenminste. Van Laar herhaalde gisteren dat levensbeeindigend handelen niet tot het medisch handelen hoort, maar duidelijk werd ook dat een aantal van de bijna 500 leden de patient in de ogen heeft gezien en geen heil meer ziet in absolutismen (Editorial *Trouw* 1997b S. 14).

Ein scharfer Tonfall gegen die aktive Sterbehilfe gilt nicht als angebracht. Van Laar sagte gegenüber Trouw:

Ich will keine Diskussion, bei der Ärzte, die „pro life“ sind, die anderen als Mörder beschimpfen (Editorial Trouw 1997b S. 14).⁷⁶

Er wisse, dass der Standpunkt des NAV gegen Schwangerschaftsabbruch und aktive Sterbehilfe keine Rückendeckung habe. Die sinkende Mitgliederzahl sei ein deutliches Signal.

Interessant an diesem Artikel ist die einerseits im Titel und andererseits von van Laar selbst getroffene Wahl, den NAV als „pro-life“-Ärztevereinigung zu bezeichnen. Der Gegensatz von „pro life“ und „pro choice“ entstammt der US-Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche. In der Debatte um aktive Sterbehilfe ist er meines Wissens nicht gebräuchlich. Die wenigsten Befürworter der aktiven Sterbehilfe würden sagen, sie seien „pro choice“. Ihrer Meinung nach soll nicht jeder Mensch die Wahl haben, sich töten zu lassen. Vielmehr fordern sie die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe nur für bestimmte Menschen unter bestimmten Bedingungen.

Der Begriff „pro life“ kommt im Zusammenhang dieses Trouw-Artikels meiner Ansicht nach vor, weil Gegnerschaft von Schwangerschaftsabbruch und aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden – in Bezug auf Personen und auf Organisationen – meistens zusammen vorkommt. Das gilt, wie aus dem Artikel deutlich wird, auch für den NAV. Eine strikte Trennung zwischen der Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches und der Ablehnung der aktiven Sterbehilfe wird nicht für nötig erachtet.

Insgesamt zeichnet Trouw in diesem Artikel das Bild eines kompromissbereiten NAV. Vergleicht man den Text mit einem anderthalb Jahre zuvor erschienenen Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt über den NAV, ergeben sich deutliche Unterschiede.

In diesem Artikel mit dem Titel „Hartmannbund: Nein zur Sterbehilfe“ hatte das Deutsche Ärzteblatt am 7. Juni 1996 über eine gemeinsame Initiative des Hartmannbundes und des NAV berichtet. Die Aktion hatte unter dem Motto „Europa gegen die Euthanasie“ gestanden. Das Deutsche Ärzteblatt zitierte den damaligen NAV-Vorsitzenden Pieter Haasnoot mit den Worten, die Regelung der aktiven Sterbehilfe sei in den Niederlanden aus dem Ruder gelaufen. Man könne keine objektiven Kriterien dafür aufstellen, ob und wann ein Patient getötet werden solle.

„Heute hat man diesen Grund zu töten, morgen hat man viele mehr“, so Haasnoot. Das sei das Gefährliche an der Tendenz, bestehende Verbote zu lockern (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996c S. A-1509).

⁷⁶ Ik wil geen discussie waarbij de artsen die pro life zijn de anderen voor moordenaars uitschelden (Editorial Trouw 1997b S. 14).

Haasnoot warnte hier vor einem Dammbruch. Der NAV trete für ein „rigides Tötungsverbot“ ein, hieß es außerdem im Deutschen Ärzteblatt. Der NAV wird hier als kompromissloser Gegner der aktiven Sterbehilfe dargestellt, anders als in Trouw.

Der Unterschied könnte zum einen in einer unterschiedlichen Ausrichtung der beiden Vorsitzenden Haasnoot und van Laar begründet liegen. Trouw deutet an, die Meinung des NAV habe sich verändert. Zum anderen könnte zumindest ein Teil des Unterschieds dadurch zu erklären sein, dass Trouw und das Deutsche Ärzteblatt die Äußerungen für ihre jeweiligen Artikel nicht mit demselben Blick auswählen.

Verhältnis von aktiver Sterbehilfe, Palliativmedizin und christlichem Glauben

In der Zeitung Trouw berichtete Eveline Brandt am 2. Juli 2002 unter dem Titel „Vrijwilliger naast de dood“ („Freiwillige in der Nähe des Todes“) über drei Frauen, die bei der „Vrijwillige Terminale Thuiszorg“ („Freiwillige häusliche Versorgung am Lebensende“) in Woerden, im Hospiz „De Mantelmeeuw“ arbeiten. (Der Name bedeutet wörtlich „Mantelmöwe“ und lässt sich am sinnvollsten mit „Möwennest“ übersetzen.) Eine von ihnen, die 58jährige Ge Klein, schilderte eine Erfahrung mit aktiver Sterbehilfe: In diesem Hospiz werde aktive Sterbehilfe als gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient gesehen. Es sei möglich, dort auf diese Weise zu sterben. Ge Klein sagte, sie habe erwartet, gut damit umgehen zu können. Als dann eine Bewohnerin durch aktive Sterbehilfe gestorben sei, habe sie es aber als sehr schwierig gefunden, unter anderem ihres Glaubens wegen.

Anschließend bemerkte ich, dass ich sogar das Zimmer zu betreten vermied, in dem es passiert war. Aber wer bin ich, mich in das Leben von dieser Bewohnerin einzumischen, und zu sagen, wie sie es leben sollte, oder wie sie es beenden sollte (Brandt 2002 S. 11)?⁷⁷

Aktive Sterbehilfe ist sowohl in den Niederlanden als auch in Deutschland Gegenstand einer öffentlichen Debatte. Diese Niederländerin vertritt jedoch die Auffassung, dass aktive Sterbehilfe Privatsache sei. Sie erwartet von sich eine tolerante Haltung gegenüber anderen Menschen. Dazu gehört es für sie zu akzeptieren, wenn diese Menschen sich entscheiden, mit aktiver Hilfe ihres Arztes zu sterben.

Unter dem Titel „Euthanasie, ook voor gelovigen“ („Aktive Sterbehilfe, auch für Gläubige“) zitierte die Trouw-Ausgabe vom 12. Juni 2002 ausführlich den Standpunkt des römisch-katholischen Priesters Remi Verwimp, den dieser in der Zeitung „De Standaard“ veröffentlicht hatte: Auch die Kirche solle ihren

⁷⁷ Achteraf bleek ik de kamer waar het gebeurd was zelfs te mijden. Maar wie ben ik om in het leven van die bewoonster te treden en te zeggen hoe zij het zou mogen leven of zou mogen beëindigen (Brandt 2002 S. 11)?

Mitgliedern nicht vorschreiben, wie diese ihr Leben zu beenden hätten. Es sei falsch, dass beinahe alle Bitten um aktive Sterbehilfe durch eine bessere Palliativmedizin verhindert werden könnten. Die Kirche suggeriere, der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe entspringe der mangelnden Demut moderner Menschen, ihrer Unfähigkeit, sich in ihr Schicksal zu fügen. Dadurch fühlten sich viele Gläubige allen gelassen.

Ob eine Behandlung und ob dieses Leben noch menschenwürdig sind, sind keine Fragen, die Menschen suchen, sondern solche, vor die das Leben sie unentrinnbar stellt. Ausgerechnet beim Beantworten davon haben Menschen absolut keinen Bedarf an Tabus, Diktaten oder Verboten, sondern an unbefangenen Mitsuchen, religiöser Inspiration und Unterstützung durch die „christliche“ Gemeinschaft (Verwimp 2002 S. 14).⁷⁸

In einem weiteren Artikel in der Zeitung Trouw vom 21. September 2002 geht es ebenfalls um das Verhältnis von religiösen Menschen zur aktiven Sterbehilfe. Hier wird wiederum deutlich, dass viele Niederländer es als ungewöhnlich, fast exzentrisch empfinden, aktive Sterbehilfe abzulehnen. Elma Drayer berichtet in diesem Text über Anne Lize van der Stoel, Vorsitzende eines Amsterdamer Stadtteils, und deren Erfahrungen als Kind eines Pfarrers:

Dass ich in einer Pfarrersfamilie aufgewachsen bin, hat mich stark beeinflusst. [...] Und ethische Themen finde ich immer schwierig. Ich habe diesbezüglich natürlich einen kleinen Tick. Ich finde zum Beispiel, dass zu unbesorgt über aktive Sterbehilfe nachgedacht wird. Da komme ich noch immer nicht heraus. Aber ich finde nicht, dass man es verbieten sollte, weil man keine Antwort darauf hat. Menschen müssen das selbst abwägen (Drayer 2002 S. 14).⁷⁹

Die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe wird hier als überkommene Position dargestellt, die nicht rational, sondern nur durch eine falsche Prägung und Erziehung erklärbar ist. Es liest sich, als denke van der Stoel beispielsweise über Ressentiments gegenüber Homosexuellen nach oder über andere Gefühle, für die es keine vernünftigen Gründe gibt, und die nur aus der langjährigen Tabuisierung eines Themas heraus entstanden sind. Wenig deutlich wird, dass es bei der aktiven Sterbehilfe nicht nur darum geht, ob sie offen diskutiert werden sollte oder nicht, sondern auch, ob sie durchgeführt werden sollte oder nicht. „Bespreekbaarheid“ und Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe sind zwei verschie-

⁷⁸ Of een behandeling en dit leven nog menswaardig zijn, zijn geen vragen die mensen opzoeken, maar waarvoor het leven hen onontkoombaar stelt. Juist bij het beantwoorden ervan hebben mensen absoluut geen behoefte aan taboes, dictaten of verboden, maar aan onbevengene mee zoeken, gelovige inspiratie en steun van de „christelijke“ gemeenschap (Verwimp 2002 S. 14).

⁷⁹ Dat ik opgroeide in een domineesgezin heeft me heel sterk beïnvloed. [...] En ethische onderwerpen vind ik altijd lastig. Ik heb toch een beetje een tik van de molen natuurlijk. Ik vind bijvoorbeeld dat er te makkelijk over euthanasie wordt gedacht. Daar ben ik nog steeds niet uit. Maar ik vind niet dat je het moet verbieden omdat je er zelf geen antwoord op hebt. Mensen moeten het zelf afwegen (Drayer 2002 S. 14).

dene Dinge. Es gibt durchaus Menschen, die die Position vertreten, dass aktive Sterbehilfe offen diskutiert, aber niemals praktiziert werden sollte. In den Niederlanden wird die Möglichkeit einer solchen Haltung selten herausgearbeitet. Van der Stoel unternimmt sogar den zweiten Schritt vor dem ersten. Einerseits kann sie sich an die „bespreekbaarheid“ der aktiven Sterbehilfe nach eigener Aussage nicht gewöhnen, andererseits sollte die Durchführung der aktiven Sterbehilfe ihrer Meinung nach möglich sein. Wie die Hospizhelferin Ge Klein möchte sie die Entscheidung anderer Menschen für aktive Sterbehilfe respektieren. Sie plädiert für Toleranz auf diesem Gebiet.

Stimmen von Gegnern der aktiven Sterbehilfe

In der Dokumentation des 99. Deutschen Ärztetages im Deutschen Ärzteblatt vom 21. Juni 1996 hieß es unter der Überschrift „Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie“:

Seit der Entschließung des Deutschen Ärztetages im vergangenen Jahr hat die Entwicklung der Praxis und gesetzlichen Regelung der Euthanasie in den Niederlanden die damaligen Befürchtungen bestätigt (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715).

Aktive Sterbehilfe bei psychischen Erkrankungen, die Tötung schwerkranker Neugeborener und komatöser Patienten seien Teil des ärztlichen Handelns geworden. Die niederländische Regierung strebe inzwischen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe an. Die KNMG plane Richtlinien für die nicht-freiwillige Lebensbeendigung bei schwerbehinderten Neugeborenen, Patienten im Koma und mit Demenz. Gerichtsurteile hätten die aktive Sterbehilfe bei „potentiell reversiblen“ Erkrankungen wie Depression und Magersucht ermöglicht. Weiter heißt es in der der Erklärung:

Paradoxerweise hat somit die auf Emanzipation der Patienten angelegte Euthanasiebewegung in den Niederlanden die Macht der Ärzte über Leben und Tod ganz erheblich erweitert.

[...] Der soziale und ökonomische Druck angesichts steigender Gesundheitskosten und Überalterung der Bevölkerung legt nahe, daß sich die Forderung nach Euthanasie mit den materiellen Interessen der Gesunden und Jüngeren in der Gesellschaft unheilvoll verknüpfen wird (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715).

Diese Erklärung des Deutschen Ärztetages wurde am 10. Juli 1996 auch in der FAZ veröffentlicht. In der zugehörigen Einleitung heißt es, die Erklärung mache darauf aufmerksam, dass die Zulassung der aktiven Sterbehilfe schließlich zu ihrer Anwendung selbst bei prinzipiell rückgängig zu machenden psychischen Leiden führe (Editorial FAZ 1996b S. 33).

Über ein niederländisches Gerichtsurteil zur aktiven Sterbehilfe bei Anorexie konnte ich in der Literatur nichts finden. In den von mir untersuchten Texten in

Trouw und Medisch Contact wird ein solches Urteil nicht erwähnt. Möglicherweise gingen die Autoren der Erklärung davon aus, dass durch das Urteil im Chabot-Fall auch der Weg für aktive Sterbehilfe beispielsweise bei Anorexie geebnet worden sei. Tatsächlich hatte es sich bei diesem Fall um ärztlich assistierten Suizid bei einer depressiven Erkrankung gehandelt. Der Psychiater Chabot war für schuldig befunden worden, weil er die Aussichtslosigkeit des Leidens seiner Patientin nicht hatte beweisen können. Diese hatte zwar mehrere erfolglose Behandlungsversuche hinter sich gehabt, eine weitere psychiatrische Behandlung aber abgelehnt (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 81–82). Insofern kann keine Rede davon sein, dieser Prozess hätte die aktive Sterbehilfe bei „potentiell reversiblen“ Erkrankungen ermöglicht. Das Gericht sprach sich ausdrücklich dagegen aus.

In der FAZ vom 23. Oktober 1996 beschäftigte sich Stephan Sahn in seinem Artikel „Sterbehilfe – das Tor zu öffnen wäre gefährlich“ mit einer Veranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin und der Deutschen Krebsgesellschaft zu den Möglichkeiten und Grenzen der Krebstherapie. Er ließ H.-L. Schreiber zu Wort kommen, der sich laut dem Artikel mit den juristischen Fragen des Therapieabbruchs und der Schmerztherapie beschäftigt.

Trotz fachgerechter Behandlung hält Schreiber es für denkbar, daß sich in einzelnen Fällen für alle Beteiligten die Frage nach aktiver Sterbehilfe stelle. Nach seiner Ansicht überwiegen jedoch die nachteiligen Folgen, wenn man sie gesetzlich zuließe. [...] Er plädierte vielmehr dafür, die Erfahrungen in den Ländern abzuwarten, in denen die Euthanasie zulässig sei, wie etwa den Niederlanden. Es zeigt sich aber schon jetzt, daß mit Schwierigkeiten zu rechnen ist. Der Kreis der Personen, die von Ärzten ein tödliches Präparat erhalten, läßt sich offenbar nicht einfach begrenzen (Sahn 1996 S. N3).

Im Weiteren erwähnt der Artikel die 1000 Lebensbeendigungen ohne Wunsch jährlich.

Unter dem Titel „Ethische Abwärtsspirale“ berichtete Gisela Klinkhammer über Kritik des Deutschen Ärztetages an der Gesetzgebung zur aktiven Sterbehilfe in Belgien. Der belgische Arzt André Wynen habe auf dem 105. Deutschen Ärztetag seine Scham über die belgische Gesetzgebung zur aktiven Sterbehilfe zum Ausdruck gebracht.

Die Verabschiedung des Gesetzes sei „das Ergebnis einer Infektion, die sich sehr schnell ausbreitet, die unmoralisch ist, in den Niederlanden ihren Ursprung nahm und die gesamte Ärzteschaft grenzüberschreitend bedroht“.

[...] Wynen erinnerte an die Ärzte, die nach dem Nürnberger Ärzteprozess „durch den Strang exekutiert wurden, weil sie sich zur Rechtfertigung ihrer Handlungen auf ein Gesetz berufen haben, das in Widerspruch zu den Regeln ihrer Ethik stand.“ [...] (Klinkhammer 2002 S. A-1558).

Auch Bundesärztekammerpräsident Hoppe habe die belgische Gesetzgebung abgelehnt. Menschen hätten das Recht auf einen menschenwürdigen Tod. Sie

hätten aber kein Recht getötet zu werden, so Hoppe laut Deutschem Ärzteblatt. Man müsse noch stärker über die Möglichkeiten der Palliativmedizin informieren. Ärzte seien in der Lage, Schmerzen und andere Beschwerden auf ein erträgliches Maß zu verringern.

Die Verbindung des belgischen Gesetzes mit einem Gesetz zur Palliativmedizin sei vom Ärztetag als Tarnungsversuch bewertet worden, hieß es weiter in dem Artikel. Eine „zutiefst menschenverachtende Gesetzgebung“ solle damit verschleiert werden.

Wenn man sich dieser Entwicklung nicht mit aller Kraft entgegenstemme, „werden wir wohl eines Tages dazu kommen, dass schwer kranke Menschen eine Genehmigung einholen müssen, um weiterleben zu dürfen.“, sagte Hoppe auf der Eröffnungsveranstaltung zum Deutschen Ärztetag. [...]

Es lasse sich der Eindruck nicht vermeiden, dass teure Patienten quasi zur „Selbstentsorgung“ getrieben werden sollten, befürchtet der Ärztetag (Klinkhammer 2002 S. A-1558).

Zwar bezieht sich der Artikel überwiegend auf die Gesetzgebung in Belgien. Der Belgier André Wynen hatte jedoch in seiner Ansprache die Niederlande als Ausgangspunkt der Bedrohung bezeichnet. Auffällig ist, dass der Ärztetag nicht nur eine zukünftige Entwicklung hin zur Tötung von Menschen ohne deren Wunsch befürchtet, sondern diese bereits als von der belgischen Regierung beabsichtigt ansieht. Den belgischen Gesetzgebern werden böse Absichten unterstellt. Ihnen wird nicht zugestanden, dass sie um eine Verringerung des Leidens am Lebensende bemüht sind. Es wird ebenfalls nicht erwähnt, wie man sich die Entwicklung von der aktiven Sterbehilfe auf Wunsch hin zur ärztlichen Tötung ohne Wunsch vorzustellen hat, d. h. auf welche Weise sich diese Entwicklung vollziehen könnte.

Der Präsident der Bundesärztekammer Hoppe formulierte außerdem als Argument gegen das belgische Gesetz, der Mensch habe kein Recht, getötet zu werden. In den Niederlanden und in Belgien gibt es kein Recht auf aktive Sterbehilfe. Diese muss von Arzt und Patient in gemeinsamer Überzeugung beschlossen werden. Das Argument geht an der Wirklichkeit der aktiven Sterbehilfe vorbei.

Ein Vergleich zwischen der so genannten „Euthanasie“ zur Zeit des Nationalsozialismus und der heutigen Sterbehilfe-Gesetzgebung in den Niederlanden und Belgien findet sich im Deutschen Ärzteblatt auch an anderer Stelle:

So leitete Norbert Jachertz im August 2002 einen Artikel über ein Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung in Berlin zur Rolle von Arzt und Medizin im Nationalsozialismus mit den folgenden Worten ein:

Der lange Atem der Eugenik, der positiven („Verbesserung der Rasse“) wie der negativen („Vernichtung lebensunwerten Lebens“) weht auch in das 21. Jahrhundert hinein. Mit der Präimplantationsdiagnostik kommt der Wunsch nach

dem designten Kind auf. Die höchstrichterliche Rechtsprechung in Deutschland hat das „Kind als Schaden“ anerkannt. In den Niederlanden und in Belgien wurde die Tötung auf Verlangen freigegeben (Jachertz 2002 S. 359).

Was als Warnung gedacht ist, wirkt verharmlosend. Die von den Nationalsozialisten betriebene Eugenik war und ist kein Wind, der hier oder dorthin weht. Sie beruhte auf Entscheidungen von Menschen. Die Darstellung der Tötung kranker Menschen gegen deren Interesse als Ergebnis eines „Windes“, wie von Jachertz formuliert, lässt Folgendes vergessen: Die grausamen Taten sind nicht passiert, sondern wurden begangen. Solche Bilder mindern die Schuld der Täter. Der Belgier Wynen gebraucht für die Verbreitung der aktiven Sterbehilfe das Bild der „Infektion“. Auch hier findet sich die Metapher der unkontrollierbaren, diffusen Bedrohung anstelle der konkreten Beschreibung eines gesellschaftlichen Prozesses.

In einem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung aus dem Mai 2002 mit dem Titel „Ganzgott in Weiß, Hinter unserem Ethikdamm sind wir nicht mehr sicher: Dürfen Ärzte Sterbehilfe leisten?“ untersuchte Stephan Sahn die Rolle des Arztes bei der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Er empfindet die Entwicklungen in den Niederlanden und Belgien als bedrohlich:

Haben die Niederländer die Sterbehilfe in ihrer Praxis jüngst um die „unfreiwillige“ Euthanasie erweitert, so genügt den Flamen und Wallonen nun etwa eine psychische Störung, die selbst nicht zum Tode führen muß, um die Sterbehilfe zu rechtfertigen.

Warum dann überhaupt noch Gründe, könnte man zynisch fragen (Sahn 2002 S. 51).

Mit der Erweiterung der niederländischen Praxis um „unfreiwillige“ Euthanasie meint Sahn möglicherweise die Tatsache, dass in den Studien in den Jahren 1990 und 1995 jeweils etwa 1000 Fälle der Tötung von Patienten ohne deren Wunsch aufgedeckt worden waren. Ob diese Fälle eine Folge der niederländischen Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe sind, steht nicht fest. Die Ergebnisse der EURELD-Studie zu Entscheidungen am Lebensende, welche neben den Niederlanden Australien, Belgien, Dänemark, Italien, Schweden und die Schweiz einbezogen hatte, sprechen dagegen (van der Heide et al. 2003 S. 349).

Stephan Sahn bezieht sich auf den amerikanischen Bioethiker niederländischer Herkunft Jos V. W. Welie. Laut Welie seien die niederländischen Ärzte über das Gesetz erhoben worden, während es für alle anderen Bürger Gültigkeit habe.

In der Tat hat noch niemand überzeugend beantwortet, warum eigentlich allein Ärzte Patienten töten dürfen. Wahrscheinlich sind sie kompetenter als andere bei der Beurteilung krankhafter Zustände. Ob dies aber auch für die Ausführung aktiver Sterbehilfe gilt, darf man bezweifeln. Mit den pharmakologischen Kenntnissen von Medizinern ist es bekanntlich nicht weit her. Apotheker wären womöglich weitaus berufenere Sterbehelfer (Sahn 2002 S. 51).

Das letzte Argument könnte man ebenso gegen die Chemotherapie bei Krebs und die Therapie des Diabetes mellitus durch Ärzte verwenden. Ärzte sind für die Therapie mit Arzneimitteln ausgebildet.

Beim assistierten Suizid in der Schweiz müssen die Helfer keine Ärzte sein. Nicht in allen Ländern läuft die Regelung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids auf die Beteiligung von Ärzten hinaus. Technisch und pharmakologisch sind diese Handlungen nicht kompliziert. In den Niederlanden aber ging die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe von bekannt gewordenen Fällen aus, in denen Ärzte aktive Sterbehilfe geleistet hatten. Die aktive Sterbehilfe wurde den Ärzten in die Hände gelegt, nachdem diese sie in die Hand genommen hatten. Da die niederländische Sterbehilfe-Regelung durch die Politik als Instrument zur Regulierung vorhandener und nicht zur Schaffung neuer Tatsachen verstanden wurde, war die Betrauung der Ärzte mit dieser Aufgabe selbstverständlich.

Sahm schreibt im Weiteren, das niederländische Sterbehilfegesetz nenne keine Indikation für die aktive Sterbehilfe. Bei jedem anderen ärztlichen Eingriff sei diese Voraussetzung. Es täusche allerdings eine Indikation vor:

Die Ärzte sollen die Unerträglichkeit eines Zustandes und das Fehlen von Behandlungsmöglichkeiten zu dessen Linderung bescheinigen. Dabei versteht es sich von selbst, daß allein der Patient zu bestimmen vermag, was er für unerträglich hält und ob er eine alternative Behandlung zu akzeptieren bereit ist (Sahm 2002 S. 51).

Sahm lehnt die Möglichkeit eines Mittelwegs zwischen autonomer Patientenentscheidung und Entscheidung auf Basis der ärztlichen Beurteilung, d. h. die Möglichkeit einer gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient, ab. In Medisch Contact wird diese Möglichkeit, beispielsweise von Kenter und den Hartogh, in mehreren Artikeln bejaht (Kenter 1996 S. 482; den Hartogh 1996).

Im letzten Absatz schlussfolgert Sahm, die Niederländer hätten das Tötungsverbot aufgegeben. Für sie gebe es keine absoluten Gründe mehr, nicht zu töten:

Dann verliert die Warnung vor einem Dammbbruch ihren Sinn, weil nichts mehr existiert, was brechen könnte (Sahm 2002 S. 51).

In FAZ und Deutschem Ärzteblatt folgen Gegner der aktiven Sterbehilfe in den allermeisten Fällen den – je nach Betrachter – bewährten bzw. ausgetretene Pfaden der Argumentation. Sie warnen vor einem Dammbbruch oder fordern mehr Palliativmedizin. In Trouw und Medisch Contact finden sich andere Argumentationsstrategien gegen die aktive Sterbehilfe. Ein Beispiel hierfür bildet in Trouw der Artikel „Douma bij afscheid: Tegen euthanasie is naar de mens niets“ („Douma bei seinem Abschied: Gegen aktive Sterbehilfe zu sein funktioniert nicht, wenn man nur vom Menschen ausgeht“) vom 30. Mai 1997. Anlass für den Artikel war die Abschiedsrede des Hochschullehrers für Ethik J. Douma an der Theologischen Universität in Kampen. Douma halte keines der üblichen

Argumente gegen aktive Sterbehilfe für überzeugend, heißt es im Artikel. Das gelte etwa für die Gefahr eines Dammbrechens, die Unmündigkeit des leidenden Patienten oder die Behauptung, Ärzte und Familienmitglieder wollten nicht immer das Beste für den Kranken. Laut Douma würden viele Patienten trotz guten Ärzten und liebevoller Fürsorge bei ihrem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe bleiben.

Wer ausgeht von Selbstbestimmung, kann mit den üblichen Argumenten nicht verdeutlichen, warum ein Leben, das nur aus Kummer und Qual besteht, doch fortgesetzt werden sollte. Dies verändert sich laut Douma komplett „wenn wir davon ausgehen, dass unser Leben nicht in unserer eigenen, sondern in Gottes Hand liegt“ (Editorial Trouw 1997a S. 10).⁸⁰

Möglicherweise wird diese Position Doumas deswegen in Trouw erwähnt, weil diese Zeitung christliche Wurzeln hat. Diese christliche Prägung ist aber typisch für zumindest Teile der niederländischen Gesellschaft. Insofern spiegelt die Zeitung Trouw in ihren Artikeln nicht nur das Leben und die Interessensgebiete einer Minderheit wider.

Einen ebenfalls christlich-religiös motivierten und die Sterbehilfe ablehnenden, aber ganz anders begründeten Standpunkt vertrat der Journalist Jan Peeters am 9. April 1997 in der Zeitung Trouw. Sein Artikel hat nicht schwerpunktmäßig die aktive Sterbehilfe zum Thema, sondern ist ein Plädoyer für die Einmischung der Kirche, insbesondere des Papstes, in die Diskussion politischer Fragen. Bob van den Bos, zu dieser Zeit Abgeordneter und Mitglieder der Partei D66, hatte sich einige Tage zuvor ebenfalls in der Zeitung Trouw dagegen ausgesprochen. Wie wichtig es sei, dass die (römisch-katholische) Kirche Position beziehe, versucht Peeters in seinem Text mit dem Titel „Het gelijk van de rooms-katholieke moraal“ („Die Richtigkeit der römisch-katholischen Morallehre“) am Beispiel ethischer Fragen zu verdeutlichen. Die Geschichte zeige immer wieder, dass die römisch-katholische Kirche mit ihren Ansichten richtig liege. Diktatorische und grausame Regime hätten meist damit angefangen, den moralischen Status des Menschen zur Diskussion zu stellen. Manchmal hätten sie dafür sogar edle Motive gehabt. Aktive Sterbehilfe und Schwangerschaftsabbruch seien das Terrain von Stalin, Hitler, Pol Pot, Ceaușescu und anderen Massenmördern und Diktatoren.

Wer findet, dass die Gemeinschaft ein Kind, das im Rahmen einer Vergewaltigung gezeugt wurde, besser töten sollte anstatt es aufzunehmen, befindet sich auf einer Linie mit denjenigen, die meinen, dass Kranke, Ältere und Behinderte für die Gesellschaft ein wirtschaftlicher Ballast sind.

⁸⁰ Wie uitgaat van zelfbeschikking, krijgt met algemene argumenten niet duidelijk waarom leven dat alleen maar kommer en kwel is toch door zou moeten gaan. Het wordt volgens Douma „totaal anders als wij ervan uitgaan dat ons leven niet in onze eigen maar in Gods hand ligt“ (Editorial *Trouw* 1997a S. 10).

Es ist äußerst schmerzhaft, dass in unserem Land mittlerweile ganz einfach Menschen zu ihrem Ende verholfen wird oder sie aus den albernsten Gründen in der Gebärmutter getötet werden [...] (Peeters 1997 S. 11).⁸¹

Dieser Artikel stellt eine Verknüpfung zwischen der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und der sogenannten Euthanasie unter Hitlers nationalsozialistischem Regime her. Ist damit die These widerlegt, die Herstellung einer solchen Verbindung sei typisch für die Debatte in Deutschem Ärzteblatt und FAZ? Das darf man aus einem einzelnen Trouw-Text mit ähnlicher Argumentationsstrategie sicherlich nicht schlussfolgern. Darüber hinaus bin ich der Meinung, dass dieser Artikel im Vergleich zu auf den ersten Blick ähnlich gelagerten Artikeln der genannten deutschen Medien charakteristische Unterschiede aufweist.

Im Gegensatz zum in der FAZ und im Deutschen Ärzteblatt häufig anzutreffenden Gedankengang formuliert Peeters nicht die Befürchtung, eine zunächst noch akzeptable aktive Sterbehilfe könne sich ausweiten zu einer massenhaften Tötung kranker und behinderter Menschen gegen deren Wunsch. Für Peeters ist die aktive Sterbehilfe an sich nicht akzeptabel. Es geht ihm nicht in erster Linie um Folgen, die sich aus dem Ermöglichen der aktiven Sterbehilfe ergeben könnten. Es handelt sich bei seiner Argumentation deshalb nicht um eine Warnung vor einem Dammbuch. Das ist unter anderem daran erkennbar, dass der Artikel keine Anzeichen für ein Hinabgleiten auf der schiefen Ebene aufzählt. Peeters sieht keinen bedeutenden moralischen Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe und Lebensbeendigung ohne Wunsch. Er hält es nicht für nötig, seine Ablehnung der aktiven Sterbehilfe anhand von gesellschaftlichen Entwicklungen zu begründen.

Auffällig ist außerdem, dass er neben der aktiven Sterbehilfe und auf derselben argumentativen Basis des unbedingten Lebensschutzes den Schwangerschaftsabbruch ablehnt. Er ist sogar gegen den Schwangerschaftsabbruch nach einer Vergewaltigung. In Deutschland sind Gegner der aktiven Sterbehilfe keineswegs zwangsläufig Gegner des Schwangerschaftsabbruchs. In den Niederlanden geht beides häufig einher. Das zeigt sich auch im nächsten Artikel. G. J. Schutte, der damalige Vorsitzende der GPV-Fraktion in der Zweiten Kammer des niederländischen Parlamentes, schrieb am 25. Januar 1997 in Trouw den Artikel „De publieke rechtstaak bij abortus en euthanasie“ („Die Aufgabe des öffentlichen Rechts bei Schwangerschaftsabbruch und aktiver Sterbehilfe“). Hinter Schuttes Artikel kann man einen Dammbuch-Gedanken vermuten, aber auch bei seiner Argumentation sind die Unterschiede zu vergleichbaren deutschen Texten deutlich erkennbar. Im Gegensatz zu Peeters greift er nicht zu Verwei-

⁸¹ Wie vindt dat de samenleving het kind dat voortkomt uit verkrachting, beter kan doden dan opnemen, zit in het spoor van degenen die menen dat zieken, bejaarden en gehandicapten voor de maatschappij een economische ballast vormen. Het is uitermate pijnlijk, dat in ons land inmiddels vrij eenvoudig mensen aan hun einde geholpen worden of om de meest zotte redenen in de baarmoeder worden gedood [...] (Peeters 1997 S. 11).

sen auf nationalsozialistische Praktiken. Versuche zur Legalisierung von aktiver Sterbehilfe und Schwangerschaftsabbruch, erklärt Schutte, habe es seit den 1970er Jahren gegeben. Begründet lägen diese Versuche in medizintechnischen Entwicklungen einerseits und Verschiebungen gesellschaftlicher Wertvorstellungen andererseits. Das Recht auf Selbstbestimmung sei zunehmend betont worden.

Die ungewollt schwangere Frau sollte selbst darüber entscheiden dürfen, ob ihr Kind geboren werden solle. Der alternde Mensch sollte selbst um Lebensbeendigung bitten können, ohne den natürlichen Sterbeprozess abwarten zu müssen. In beiden Fällen mussten traurige, aber extreme Situationen herhalten, um den Weg frei zu machen für das Lockern des Gesetzes. Allmählich wurde dabei auch der Wert eines Menschenlebens zur Diskussion gestellt (Schutte 1997 S. 11).⁸²

Schutte sieht keinen Übergang von der aktiven Sterbehilfe in Ausnahmesituationen zur aktiven Sterbehilfe in häufig vorkommenden Situationen. Vielmehr beschreibt er, die Ausnahmesituationen seien benutzt worden, um die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe im Allgemeinen zu eröffnen. An dieser Stelle ist also nicht von einem Dammbuch die Rede. Wenn er schreibt, der Wert eines Menschenlebens sei „allmählich“ zur Diskussion gestellt worden, hört sich dies allerdings nach einem Hinabgleiten auf der schiefen Ebene an. Auch sieht Schutte eine stetige Verschlechterung des Lebensschutzes in den Niederlanden. Er fürchtet, aktive Sterbehilfe werde in Zukunft aus dem Strafgesetzbuch verschwinden. Die Minister meinten zwar, die Zeit sei dafür noch nicht reif. Es gebe aber in der Koalition bereits Zustimmung zu solchen Plänen.

Es kann nicht geleugnet werden, dass auf diese Weise konsequent einer Linie gefolgt wird. Es wird nicht länger der Schein aufrecht erhalten, dass in den Niederlanden ein Verbot aktiver Sterbehilfe (und des Schwangerschaftsabbruchs) gilt (Schutte 1997 S. 11).⁸³

Schutte sieht also eine Entwicklung in die seiner Meinung nach falsche Richtung der zunehmenden Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe. Sieht er einen Dammbuch, einen drohenden oder einen vollzogenen? Die Wörter „Dammbuch“, „schiefe Ebene“ oder „slippery slope“ fallen nicht. Auch schildert er die Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe als einen Weg, der aus von der niederländischen Regierung geplanten Schritten besteht. Er schildert keine Eigendynamik, keine bedrohliche Ausweitung der Sterbehilfepraxis, die wie von selbst

⁸² De ongewenst zwangere vrouw zou zelf moeten kunnen beslissen over het geboren kunnen worden van haar kind. De ouder wordende mens zou zelf moeten kunnen vragen om levensbeëindiging zonder het natuurlijke stervensproces te behoeven doorlopen. In beide gevallen moesten schrijnende maar extreme situaties dienen om de weg vrij te maken voor het openbreken van de wet. Geleidelijk aan werd daarbij ook de waarde van een mensenleven ter discussie gesteld (Schutte 1997 S. 11).

⁸³ Niet ontkennd kan worden, dat zodoende een consequente lijn gevolgd wordt. Niet langer wordt de schijn opgehouden dat in Nederland een verbod op euthanasie (en abortus) geldt (Schutte 1997 S. 11).

geschieht. Er spricht nicht über aktive Sterbehilfe für psychisch Kranke, demente Patienten und schwerkranke Säuglinge und auch nicht über die 1000 ohne ihren expliziten Wunsch getöteten Patienten jährlich. Für ihn ist wie für Peeters bereits der erste Schritt inakzeptabel.

Über das Wesen der niederländischen Sterbehilfe-Debatte reflektierte der Anästhesist W. L. H. Smelt in seinem Medisch-Contact-Artikel „De eenzijdige euthanasiediscussie, Selectieve aandacht voor regelgeving met voorbijgaan aan diagnostiek en indicatiestelling“ („Die einseitige Diskussion um aktive Sterbehilfe, Selektive Aufmerksamkeit für das Einführen von Regeln, die Diagnostik und Indikationsstellung unberücksichtigt lässt“) vom 9. Mai 1997. Smelt unterscheidet drei Situationen, in denen um aktive Sterbehilfe gebeten wird: Erstens erwähnt er Patienten, die um aktive Sterbehilfe bitten aufgrund eines Leidens, das palliativmedizinisch behandelt werden könnte. Dabei bestehe keine Indikation für aktive Sterbehilfe. Zweitens spricht er von der „klassischen Bitte um aktive Sterbehilfe“ eines Patienten in der letzten Lebensphase, bei dem alle palliativmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien. Auf diese Fälle habe die niederländische Sterbehilfe-Diskussion ursprünglich abgezielt. Sie seien in der Tat diskussionswürdig. Drittens gebe es auch Patienten, die um aktive Sterbehilfe bäten, ohne sichtbar unerträglich zu leiden oder sich im Endstadium ihrer Krankheit zu befinden. Dabei bestehe kein Anlass für lebensbeendendes Handeln durch einen Arzt. Die Erwägung einer aktiven Lebensbeendigung durch den Arzt sei also nur bei einer kleinen Gruppe von Patienten angemessen:

Leider müssen wir feststellen, dass, indem ein offenes Gespräch über aktive Sterbehilfe möglich wurde, ausgehend von diesen „nachvollziehbaren“ Bitten, Ärzte es gegenwärtig als ihre Aufgabe ansehen, sich auch bei anderen Patientenkategorien als (Mit-)Entscheider und Ausführender bei der Lebensbeendigung aufzuspielen, sogar wenn es Nicht-Einwilligungsfähige betrifft. [...] Leider hat sich, indem ein offenes Gespräch über die klassische Bitte um aktive Sterbehilfe möglich wurde, eine Tür geöffnet zu einer Praxis, der sehr unerwünscht ist (Smelt 1997 S. 590).⁸⁴

Diese Argumentation liest sich wie die klassische Dammbrech-Argumentation. Die Praxis der Lebensbeendigung in nachvollziehbaren Situationen zieht nach Ansicht von Smelt eine unerwünschte, gefährliche Praxis nach sich. Die sich öffnende Tür ist allerdings eine friedlichere Metapher als der berstende Damm oder die Rutschpartie auf der schiefen Ebene. Auch zieht Smelt nicht die übliche Konsequenz aus der Dammbrech-Argumentation: Die einzige Möglichkeit zur Verhinderung der inakzeptablen Praxis sei das Verbot der akzeptablen.

⁸⁴ Helaas moeten we constateren dat met het bespreekbaar maken van euthanasie vanuit deze „invoelbare“ verzoeken, thans artsen het als hun taak zien zich ook bij andere patiëntencategorieën op te werpen als (mede)beslissers bij en uitvoerder van levensbeëindiging, zelfs als het wilsonbekwamen betreft. [...] Helaas is met het bespreekbaar maken van het klassieke euthanasieverzoek een deur opengegaan naar een praktijk die zeer ongewenst is (Smelt 1997 S. 590).

Stattdessen wünscht er sich eine Diskussion über „Diagnostik“, „Indikationsstellung“ und „Proportionalität“ bei der aktiven Lebensbeendigung durch Ärzte in den Niederlanden. Auch die Politik fordere mittlerweile Forschung darüber, warum der eine Patient um aktive Sterbehilfe bitte, und der andere nicht, warum der eine Arzt auf aktive Sterbehilfe verzichte, und der andere diese praktiziere. In der aktuellen Situation, so Smelt, sei offensichtlich die Transparenz der aktiven Sterbehilfe die größte Sorge aller Beteiligten. Die Diskussion um die Zulässigkeit der Lebensbeendigung durch Ärzte habe man hinter sich gelassen.

Smelt hält das Nicht-Melden vieler Ärzte für ein mögliches Warnsignal. Anscheinend hätten sie ein unbehagliches Gefühl bei vielen ihrer lebensbeendenden Handlungen (Smelt 1997 S. 589).

Smelt vermutet, einiges laufe schief auf dem Gebiet der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Seiner Meinung nach werden zu viele Patienten durch Ärzte getötet. Trotzdem fordert er kein Verbot der aktiven Sterbehilfe. Er fordert mehr Diskussion und mehr Informationen durch Forschung auf diesem Gebiet. Anscheinend ist er überzeugt von der Problemlösestrategie des offenen Gesprächs, die James Kennedy den Niederländern zuschreibt (Kennedy 2002 S. 16). Wenn man bedenkt, dass er glaubt, Menschen würden überflüssigerweise getötet, ist diese Reaktion bemerkenswert gelassen.

Der niederländische Blick auf die ausländische Kritik und die Praxis der aktiven Sterbehilfe im Ausland

Die Niederländer nehmen genau wahr, wie ihr Umgang mit aktiver Sterbehilfe im Ausland und insbesondere in Deutschland kommentiert wird. Ihrer Rolle als misstrauisch beäugter Vorreiter und mit Spannung beobachtetes Experimentierfeld für aktive Sterbehilfe sind sie sich bewusst. So schrieb z. B. Gonny ten Haaft in der Zeitung Trouw am 9. März 1996 unter dem Titel „Engelse Euthanasie“ („Aktive Sterbehilfe in England“), die niederländische Praxis der aktiven Sterbehilfe habe großen Einfluss auf die Ereignisse in England (ten Haaft 1996d).

Ten Haaft empfindet den Umgang der englischen Medien mit aktiver Sterbehilfe als wenig objektiv und ausgewogen. Dies illustriert sie mit einem BBC-Beitrag über die 45-jährige Schauspielerin und ALS-Patientin⁸⁵ Annie Lindsell. Lindsell plädierte in der Sendung für die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe. Der Beitrag berichtete auch über eine zweite ALS-Patientin, die im St.-Christopher-Hospiz in London lag:

⁸⁵ ALS steht für Amyotrophe Lateralsklerose. Bei dieser Erkrankung degenerieren nach und nach alle die Skelettmuskeln versorgenden Nerven, schließlich auch im Bereich der Atemmuskulatur. Die Ursache ist unklar. Die Krankheit führt im Durchschnitt innerhalb von zwei Jahren zum Tod.

Annie sagt, dass sie selbst bestimmen möchte, wann sie nicht mehr leben will, aber die Patientin, der in ihrem Hospiz-Bett ein Mikrofon vorgehalten wird – die deutlich kränker ist als Annie – denkt darüber anders. „Da bin ich gegen. Das setzt andere ALS-Patienten unter Druck“, flüstert sie. Dieser Magazin-Beitrag illustriert, wie die Diskussion über aktive Sterbehilfe in England verläuft. Die starke Patientin, die sich für ihr Selbstbestimmungsrecht einsetzt, wird durch die gewissenhaften BBC-Berichterstatter ohne Umschweife mit einer schwachen Patientin konfrontiert, die sich bedroht fühlt (ten Haaft 1996d).⁸⁶

Aus Sicht von ten Haaft spielen die englischen Medien mit den Emotionen ihrer Zuschauer. Meiner Meinung nach kann man einem Fernsehbeitrag keine Unausgewogenheit vorwerfen, weil er zwei ALS-Patientinnen mit verschiedenen Ansichten zu Wort kommen lässt.

Gonny ten Haaft macht eine langsame Wandlung der Stimmung in England hin zu einer zunehmenden Befürwortung von aktiver Sterbehilfe aus. Nach Angaben der Voluntary Euthanasia Society (VES), der englischen Vereinigung für aktive Sterbehilfe, steige die Zahl ihrer Mitglieder ständig. Ten Haaft beschreibt eine lange Tradition der Doppelmoral in Bezug auf aktive Sterbehilfe in England, eine Diskrepanz zwischen Reden und Handeln. Frustrierend für die VES sei die Heuchelei vieler englischer Ärzte. Diese würden zwar behaupten, niemals aktiv Leben zu beenden. Tatsächlich versteckten sie sich aber hinter der Gabe von hohen Dosen von Medikamenten, für die es eine medizinische Indikation gebe, die sie verschieben könnten. Als Folge trete der Tod schneller ein.

Immer mehr Ärzte geben aber öffentlich zu, dass sie „es wohl schon einmal getan haben“, wobei unklar bleibt, wie. In einem Werbevideo der VES, das auch in Schulen gezeigt wird, sagt ein Spezialist, dass englische Ärzte vielfach das Lebensende aktiv beschleunigen (ten Haaft 1996d).⁸⁷

Im Weiteren geht ten Haaft auf die lange Tradition der Diskussion um aktive Sterbehilfe in England ein. Bereits im Jahr 1936 sei im englischen Oberhaus über ein Gesetz debattiert worden, dass die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vorgesehen habe:

Dieses Gesetz wurde aus einem für die VES bitteren Grund abgelehnt: Ein Arzt überzeugte das Oberhaus, dass das gesamte Gesetz „nicht notwendig“ sei, weil

⁸⁶ Annie zegt zelf te willen bepalen wanneer ze dood wil, maar de patiente die in haar hospice-bed een microfoon wordt voorgehouden – die duidelijk zieker is dan Annie – denkt daar anders over. „Daar ben ik tegen. Dat legt een druk op andere ALS-patienten“, fluistert zij. Het journaal-item illustreert hoe de discussie over euthanasie in Engeland verloopt. De sterke patient die strijdt voor haar zelfbeslissingsrecht, wordt door de keurige BBC-verslaggever zonder enige gene geconfronteerd met een zwakke patient die zich bedreigd voelt (ten Haaft 1996d).

⁸⁷ Steeds meer dokters geven echter openlijk toe dat ze „het wel eens gedaan hebben“, waarbij onduidelijk blijft hoe. In een promotie-video van de VES, die ook op scholen wordt gebruikt, zegt een specialist dat Engelse dokters veelvuldig het levenseinde actief bespoedigen (ten Haaft 1996d).

„ein guter Arzt diese Hilfe doch aus sich selbst heraus längst leiste“. Später ging aus seinen Tagebüchern hervor, dass er selbst König Georg dem Fünften aktiv beim Sterben geholfen hatte (ten Haaft 1996d).⁸⁸

In diesem Artikel tauchen zwei wesentliche Argumente auf. Diese setzen die Niederländer der ausländischen Besorgnis über den Umgang mit aktiver Sterbehilfe in ihrem Land häufig entgegen.

Erstens gebe es in vielen anderen Ländern eine Anti-Sterbehilfe-Stimmungsma- che durch Politik und Medien, wie ten Haaft hier am Beispiel des BBC-Berich- tes zu veranschaulichen versucht, bei gleichzeitig breiter Zustimmung zur akti- ven Sterbehilfe in der Bevölkerung.

Zweitens leisteten Ärzte auch in anderen Ländern längst vielfach aktive Sterbe- hilfe, täten dies aber unkontrolliert durch den Staat und unter dem Deckmantel der Palliativmedizin.

In der Zeitung Trouw wird auch über die Einstellung deutscher Ärzte zur akti- ven Sterbehilfe geschrieben, beispielsweise am 29. November 1996 in dem Ar- tikel „Derde van Duitse artsen jaloers op Nederland“ („Ein Drittel der deutschen Ärzte ist neidisch auf die Niederlande“). Aus einer Umfrage der Wochen- zeitschrift Stern unter 460 Ärzten gehe hervor, dass jeder dritte deutsche Arzt sich die niederländische Regelung der aktiven Sterbehilfe auch für Deutschland wünsche. Die Hälfte sei bereits mit Bitten um aktive Sterbehilfe konfrontiert worden. Die meisten hätten die Erfüllung dieser Wünsche abgelehnt. Jeder zwanzigste deutsche Arzt habe aber bereits aktive Sterbehilfe geleistet:

„Ich habe immer ein Mittel in meiner Tasche, das ein Patient einnehmen kann, um einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen. Das wissen meine Patienten“, sagt einer von ihnen. [...] Die Ärzte fühlen sich durch den Gesetzgeber im Stich gelassen, klagen sie. [...] Sie drängen auf eine offene Debatte über aktive Ster- behilfe in Deutschland (Editorial Trouw 1996b S. 10).⁸⁹

Über diese Umfrage wurde im Deutschen Ärzteblatt und in der FAZ nicht be- richtet. In der FAZ-Ausgabe vom 23. Oktober 1996 schrieb Stephan Sahn in einem Artikel über eine Veranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin und der Deutschen Krebsgesellschaft zu den Möglichkeiten und Grenzen der Krebstherapie Folgendes:

⁸⁸ Deze wet werd afgestemd om een voor de VES wrange reden: een dokter overtuigde het Hogerhuis dat de hele wet „niet nodig“ was, omdat „een goede dokter deze hulp toch uit zichzelf al geeft“. Later bleek uit zijn dagboeken, dat hij zelf koning George de Vijfde had helpen sterven (ten Haaft 1996d).

⁸⁹ „Ik heb altijd een middel in m'n tas waarmee een patient rustig inslaapt en niet meer wakker wordt. Dat weten m'n patienten“, zegt een van hen. [...] Artsen voelen zich door de wetgever in de steek gelaten, klagen zij. [...] Ze dringen aan op een open debat in Duitsland over euthanasie (Editorial *Trouw* 1996 S. 10).

Die Einstellung der [niederländischen] Ärzte zur Euthanasie unterscheidet sich von der ihrer deutschen Kollegen. Umfragen zufolge gehört sie für eine Mehrzahl zum Bestandteil ärztlicher Praxis (Sahm 1996 S. N3).

Zu diesem Zeitpunkt konnte Sahm die Stern-Umfrage noch nicht kennen. Ein Leserbrief, dessen Autor, Professor Dr. med. Arne A. Kollwitz, diese Umfrage wahrscheinlich auch nicht kannte, bezog sich am 2. Dezember 1996 auf den Artikel von Sahm. Er erwähnte eine amerikanische Umfrage, in der 27 Prozent der Ärzte angegeben hatten, zu einer Tötung auf Verlangen bereit zu sein, falls diese legalisiert werde. Zwischen zwei und 23 hatten in den verschiedenen Teilen der Umfrage angegeben, bereits aktive Sterbehilfe praktiziert zu haben. Unter diesen Umständen hielt Kollwitz Sahms Schlussfolgerung, niederländische und deutsche Ärzte dächten unterschiedlich über aktive Sterbehilfe, für unzulässig:

Die Einstellung deutscher Ärzte ist [...] bisher nie mittels einer dazu notwendigen anonymen Fragebogenaktion erforscht worden, die sich an einen repräsentativen Querschnitt und eine genügend große Zahl von Ärzten wenden müßte. [...] In dieser Situation ist es wirklich überfällig, die Einstellung der deutschen Ärzte zu dieser Frage [...] durch eine anonyme Befragung zu ergründen (Kollwitz 1996 S. 13).

Über Umfragen in der Bevölkerung und unter Ärzten zur aktiven Sterbehilfe berichtete Gisela Klinkhammer im Deutschen Ärzteblatt am 2. Mai 1997 unter dem Titel „Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid: Vorrang für die Schmerztherapie“. Die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe sei geringer als zu jedem anderen Zeitpunkt in den vorangegangenen 20 Jahren, hieß es in dem Artikel. Nach einer Umfrage der Deutschen Hospiz Stiftung in München und des Emnid-Institutes seien 42 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. Diese Zahl habe im Jahr 1994 bei 80 Prozent gelegen. 35 Prozent der Befragten hätten in der aktuellen Umfrage die aktive Sterbehilfe abgelehnt.

Die meisten Ärzte können sich ebenfalls nicht vorstellen, aktive Sterbehilfe zu leisten. Das ergab eine Erhebung im vergangenen Jahr durch das Institut für Epidemiologische Forschung Berlin (Klinkhammer 1997 S. A-1172).

Es seien in der gesamten Bundesrepublik 184 Kliniker und 282 niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin in die Umfrage einbezogen worden. Ein Drittel der Befragten könne sich Situationen vorstellen, in denen sie aktive Sterbehilfe leisten wollen würden. Nur 0,8 Prozent der Kliniker, jedoch 7,8 Prozent der Hausärzte hätten angegeben, bereits auf die Bitte eines Patienten um aktive Sterbehilfe eingegangen zu sein (Klinkhammer 1997 S. A-1172).

Die Ergebnisse der hier zitierten Emnid-Umfrage sind auf der Netzseite der Deutschen Hospiz Stiftung veröffentlicht zusammen mit den Ergebnissen einer Wiederholung der Umfrage aus dem Jahr 2000. Leider ist die genaue Fragestellung der Umfrage nicht aufgeführt. Es wird jedoch deutlich, dass die Befragten sich entscheiden mussten, entweder „für den Einsatz der Palliativmedizin und Hospizarbeit“ oder „für aktive Sterbehilfe“. Die Begriffe wurden den

Befragten erläutert. Da aktive Sterbehilfe normalerweise als Ergänzung, nicht als Alternative zur Palliativmedizin diskutiert wird, ist diese Fragestellung nicht sinnvoll. Trotzdem sprachen sich im Jahr 1997 41,2 % und im Jahr 2000 35,4 % der befragten Personen für aktive Sterbehilfe aus, 34,8 % bzw. 56,6 % befürworteten Palliativmedizin und Hospizarbeit, 23,9 % bzw. 8,1 % antworteten „Ich weiß nicht“ (Deutsche Hospiz Stiftung 2007 S. 1). Meiner Meinung nach lässt sich aus diesen Zahlen keine sinnvolle Aussage darüber ableiten, wie hoch in der deutschen Bevölkerung die Anzahl der Befürworter aktiver Sterbehilfe ist. Die von mir weiter oben zitierten Umfragen liefern mit weniger suggestiven und transparent dargelegten Fragestellungen verlässlichere Angaben über das Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe in Deutschland. Aus ihnen ergibt sich eine größere Zustimmung der deutschen Bevölkerung zur aktiven Sterbehilfe (Institut für Demoskopie Allensbach 2001; Helou et al. 2000 S. 312).

Die hier angeführte Umfrage unter deutschen Ärzten lieferte ähnliche Ergebnisse wie die unter dem Titel „Derde van Duitse artsen jaloers op Nederland“ („Ein Drittel der deutschen Ärzte ist neidisch auf die Niederlande“) in Trouw zitierte Umfrage der Zeitschrift Stern. In der niederländischen Zeitung wurde betont, aktive Sterbehilfe komme auch in Deutschland vor. Viele deutsche Ärzte befürworteten diese Möglichkeit (Editorial Trouw 1996b S. 10). Dagegen lag im Deutschen Ärzteblatt der Schwerpunkt darauf, dass die Mehrheit der deutschen Ärzte aktive Sterbehilfe ablehne. Nur wenige hätten sie je geleistet (Klinkhammer 1997 S. A-1172).

Dem Ausland wird in den Niederlanden häufig vorgeworfen, dass Themen wie die aktive Sterbehilfe dort nicht „bespreekbaar“ seien, d. h. tabuisiert würden. Der Autor Pieter van der Ven beispielsweise veröffentlichte am 14. November 1996 in der Zeitung Trouw einen Artikel über Sonntagsarbeit mit dem Titel „Katholieke zondag voor geheel Europa“ („Ein katholischer Sonntag für ganz Europa“). Darin thematisierte er die (damals gültigen) im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern strengen niederländischen Vorschriften zur weitgehenden Verhinderung von Sonntagsarbeit. Er stellte ganz nebenbei folgende Frage:

Wie kann es nur sein, dass Länder, in denen es nicht oder kaum möglich ist, offen über Ehescheidung, Rotlichtbezirk, weiche Drogen und aktive Sterbehilfe zu reden, so locker mit der Sonntagsruhe umgehen (van der Ven 1996 S. 10)?⁹⁰

In dieser Frage ist der Vorwurf enthalten, die meisten europäischen Länder würden, im Gegensatz zu den Niederlanden wichtige gesellschaftliche Themen tabuisieren. Interessant ist die Verknüpfung mit der Sonntagsruhe. Um zu verstehen, warum van der Ven diese mit den anderen Themen im Zusammenhang bringt, muss man Folgendes wissen: In den Niederlanden ist die Motivation der Gegner aktiver Sterbehilfe und anderer liberaler Entwicklungen häufig religiös.

⁹⁰ Hoe komt het toch dat landen waar echtscheiding, tippelzone, soft drugs en euthanasie niet of nauwelijks bespreekbaar zijn, zo laks omgaan met de zondagsrust (van der Ven 1996 S. 10)?

Das gilt beispielsweise für die in dieser Arbeit zitierten Autoren Jan Peeters (Peeters 1997 S. 11) und G. J. Schutte (Schutte 1997 S. 11). Der Widerstand gegen Sonntagsarbeit ist ebenfalls religiös motiviert. Van der Ven überträgt die niederländischen Verhältnisse auf das Ausland: Er meint, die dortige Ablehnung von Ehescheidung, Rotlichtbezirk, weichen Drogen und aktiver Sterbehilfe sei religiös begründet. Deshalb wundert er sich über den lockeren Umgang mit der Sonntagsruhe. Tatsächlich ist in anderen europäischen Ländern die Verknüpfung zwischen christlichem Glauben und Ablehnung der aktiven Sterbehilfe nicht so ausgeprägt wie in den Niederlanden. Aktive Sterbehilfe wird dort meist nicht schwerpunktmäßig aus religiösen Gründen abgelehnt.

Die Groninger Rechtstheoretikerin Heleen Weyers rezensierte am 31. Januar 1997 in Medisch Contact Herbert Hendins Buch „De dood als verleider“ („Der Tod als Verführer“). Ihre Rezension mit dem Titel „Weinig overtuigende verwoording van een bekend standpunt tegen liberalisering van euthanasie“ („Wenig überzeugende Fassung eines bekannten Standpunktes gegen die Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe“) ist an dieser Stelle insofern interessant, als sie darin auf viele Argumente Hendins gegen die aktive Sterbehilfe eingeht, die ähnlich in deutschen Medien häufig auftauchen. In der Einleitung von Weyers wird deutlich, dass die Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe für sie nicht nur eine staatliche Regelung ist. Die Kritik Hendins an dieser Regelung empfindet sie als Kritik an den Niederlanden und der niederländischen Kultur:

Im Folgenden werde ich nicht eingehen auf die vielen verletzenden Bemerkungen, die Hendin über seine niederländischen Gesprächspartner macht, noch werde ich mich beschäftigen mit den schweren Beschuldigungen, die er äußert und anschließend wieder größtenteils zurücknimmt, und ich werde auch nichts sagen über seine manchmal allerdings absonderlichen Auffassungen über die Niederlande (Weyers 1997 S. 174).⁹¹

Die Beweise, die Hendin anführt für negative Konsequenzen der aktiven Sterbehilfe, hält Weyers für dürftig. Als Leser müsse man Hendin glauben, dass Menschen mit dem Wunsch zu sterben depressiv und durch antidepressive Behandlung von ihrer Bitte um aktive Sterbehilfe abzubringen seien.

Hendin behaupte, die niederländische Sterbehilfepolitik stärke nicht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sondern vergrößere die Macht des Arztes. Als Beweis dafür ziehe er die Tötung nicht-einwilligungsfähiger Patienten heran. Diesen Beweis lässt Weyers nicht gelten (Weyers 1997 S. 174).

⁹¹ In het onderstaande zal ik niet ingaan op de vele kwetsende opmerkingen die Hendin maakt over zijn Nederlandse gesprekspartners, noch zal ik een punt maken van de zware beschuldigingen die hij uit en vervolgens weer grotendeels terugneemt en ik zal ook niets zeggen over zijn soms wel buitenissige opvattingen over Nederland (Weyers 1997 S. 174).

Hendins hier von Weyers angesprochene Behauptung, der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe beruhe stets auf einer behandlungsbedürftigen Depression, wird in FAZ und Deutschem Ärzteblatt häufig als Argument gegen die Lebensbeendigung auf Wunsch angeführt. Ein Artikel in der FAZ mit dem Titel „Depressive Krebskranke verlangen Sterbehilfe“ vom 10.7.1996 stützt sich auf eine Studie, die nachgewiesen habe, dass Schwerkranke mit Todeswunsch oft unter psychischen Störungen litten. Bei dieser Studie handelte es sich allerdings um eine Umfrage unter auf Krebstherapie spezialisierten Ärzten, nicht um eine systematische psychiatrische Untersuchung der betroffenen Patienten selbst (Editorial FAZ 1996a S. N1). Ansonsten werden meist keine Studien als Belege für diese These angeführt. Stattdessen wird darauf verwiesen, Schmerzen seien ein seltener Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Die Angst vor einem Würdeverlust sei dagegen häufig. Insofern könnte Weyers ihre Bemerkung, dass depressive Erkrankungen die Ursache für Todeswünsche seien, müsse man glauben, auch den in der FAZ und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichenden Autoren entgegenhalten. Dass ein Patient keine Depression habe, muss in den Niederlanden vor der Durchführung der aktiven Sterbehilfe allerdings nicht bewiesen werden. Die Patienten werden normalerweise nicht psychiatrisch untersucht. Die Behauptung, die betroffenen Patienten hätten keine Depression, muss man also ebenso glauben.

Im Weiteren beschäftigt sich Weyers mit Hendins Argument, die Niederlande seien mit ihrer Sterbehilfe-Politik auf eine schiefe Ebene geraten. Die Niederlande seien von assistiertem Suizid übergegangen zur aktiven Sterbehilfe. Sie hätten sich von der aktiven Sterbehilfe für Menschen in der letzten Lebensphase zur aktiven Sterbehilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen begeben. Sie hätten begonnen bei der aktiven Sterbehilfe für körperlich kranke Menschen und hätten weitergemacht mit der aktiven Sterbehilfe für psychisch kranke Patienten. Außerdem seien sie von der freiwilligen zur unfreiwilligen Lebensbeendigung übergegangen. Diese Überzeugungen Hendins zeugen laut Weyers davon, dass Hendin nicht informiert sei über die Entwicklungen in den Niederlanden seit den 1960er Jahren. In den Niederlanden habe sich eine Diskussion um assistierten Suizid erst später ergeben als eine Diskussion um aktive Sterbehilfe. Außerdem seien aktive Sterbehilfe außerhalb der letzten Lebensphase und bei psychischem Leiden bereits früh zumindest durch Gerichte akzeptiert worden. Auch die Frage nach Handlungsoptionen bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten werde heute nicht deutlich anders beantwortet als vor der Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe (Weyers 1997 S. 173–174).

Mit der Diskussion um aktive Sterbehilfe in den Niederlanden und im Ausland beschäftigt sich ebenfalls ein Artikel des Soziologie-Professors C. J. M. Schuyt. Er war am 21. Februar 1997 unter dem Titel „Regulering van euthanasie vanuit maatschappelijk perspectief“ („Regulierung von aktiver Sterbehilfe aus gesellschaftlicher Perspektive“) in der Zeitschrift Medisch Contact erschienen. Schuyt stellt sich darin die Frage, warum die Niederlande in der aktiven Sterbehilfe einen Weg beschritten hätten, der von den meisten anderen Ländern (noch) nicht

gewählt worden sei. Er kann diese Frage nicht beantworten. Als eine Möglichkeit stellt er eine größere Toleranz der Niederländer dar (Schuyt 1997 S. 251).

Mit Blick auf das Ausland mahnt er zu Besonnenheit in der Debatte.

Es ist von größter Wichtigkeit, dass diese Diskussion ein bißchen sauber verläuft, im In- und Ausland. Keine groben Verdrehungen von Tatsachen, keine falschen Vergleiche mit den 30er Jahren, keine verallgemeinernden Verdächtigungen und am liebsten so wenige Andeutungen von Begriffen, die zu unterschiedlich verstanden werden können, wie möglich (Schuyt 1997 S. 150).⁹²

Mit diesem Zitat haben wir erneut ein Beispiel dafür vor Augen, dass in den Niederlanden in Bezug auf aktive Sterbehilfe der friedliche und offene Verlauf der Diskussion ein wichtiger Wert an sich ist. Neu ist, dass Schuyt diese gute Diskussion nicht in erster Linie mit Offenheit, der niederländischen „bespreekbaarheid“, sondern mit „Sauberkeit“ verknüpft. Während er an anderer Stelle seines Textes betont, wie wichtig sorgfältiges Handeln der Ärzte sei, ist ihm anscheinend das „sorgfältige Diskutieren“ beinahe ebenso wichtig.

Einen kritischen Blick auf den Umgang mit der aktiven Sterbehilfe und mit Patientenautonomie im Allgemeinen im Ausland warf J. M. Minderhoud, damals neuer Vorsitzender der Ärzteorganisation KNMG, in einem Artikel von Aldert Schipper mit dem Titel „Artsen gaan korter werken doordat veel vrouwen dat in deeltijd doen“ („Ärzte werden kürzer arbeiten, weil viele Frauen Teilzeitstellen annehmen“):

„Vor einigen Jahren war ich als Abgesandter bei einem Kongress der britischen Ärztereinigung BMA. Da wurde in einer Versammlung des Plenums davon ausgegangen, dass die niederländische Praxis aktiver Sterbehilfe nicht besprochen werden dürfe. Ich fand das unangenehm und habe kurz den Saal verlassen. Aber der Wind dreht sich langsam.“ [...] (Schipper 1997 S. 8).⁹³

Die Meinung, aktive Sterbehilfe dürfe nicht offen besprochen werden, stößt nicht nur bei Minderhoud, sondern in den Niederlanden im Allgemeinen auf Unverständnis. Nach Meinung von Minderhoud wird in England nicht nur über aktive Sterbehilfe zu wenig gesprochen. Es werde in englischen Hospizen gute Palliativmedizin betrieben. Aber viele der dortigen Patienten wüssten nicht einmal, an welcher Krankheit sie litten. So etwas sei in den Niederlanden unvorstellbar. Dort gebe es mündige Patienten (Schipper 1997 S. 8).

⁹² Het is van het grootste belang dat deze discussie een beetje zindelijk blijft verlopen, in binnen- en buitenland. Geen grove verdraaiingen van feiten, geen valse vergelijkingen met de jaren dertig, geen gegeneraliseerde verdachtmakingen en liefst zo weinig mogelijk uiteenlopende begripsaanduidingen (Schuyt 1997 S. 150).

⁹³ „Een paar jaar geleden was ik als afgevaardigde op het congres van de Britse artsvereniging BMA. Daar werd de Nederlandse euthanasiepraktijk in een plenaire vergadering onbespreekbaar gedeut. Ik vond het pijnlijk en ben even de zaal uitgegaan. Maar de wind draait langzamerhand.“ [...] (Schipper 1997 S. 8).

Hier stellt Minderhoud die niederländische Haltung zur aktiven Sterbehilfe als Teil eines besonderen Arzt-Patienten-Verhältnisses in den Niederlanden dar. Selbstbestimmung ist für niederländische Patienten seiner Meinung nach besonders wichtig.

Die niederländischen Medien stellen nicht nur fest, dass aktive Sterbehilfe in anderen Ländern tabuisiert werde, sondern fragen auch, warum dies so sein könnte. An der Beantwortung dieser Frage versuchte sich am 29. März 2002 der Direktor der NVVE und Arzt Rob Jonquière in Medisch Contact unter dem Titel „Euthanasie als exportproduct, Nederlandse debat voedt de discussie in het buitenland“ („Aktive Sterbehilfe als Exportprodukt, Die niederländische Debatte speist die Diskussion im Ausland“). Ausländische Medien hätten die Debatten über aktive Sterbehilfe im niederländischen Parlament mit bemerkenswert viel Interesse, Überraschung und manchmal Bestürzung verfolgt. Jonquière glaubt trotzdem nicht, dass sich die aktive Sterbehilfe ausgehend von den Niederlanden in anderen Ländern verbreiten werde.

Die niederländische Kultur, in der alles besprochen können werden muss, und in der Transparenz und „regulierte“ Toleranz angestrebt werden, hat dafür gesorgt, dass dieses Gesetz hier entstehen konnte (Jonquière 1996 S. 505).⁹⁴

Jonquière sieht in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Gründe, aus denen aktive Sterbehilfe nicht akzeptiert werde. Für Spanien, Portugal, Italien und Polen nennt er den starken gesellschaftlichen Einfluss der römisch-katholischen Kirche als Grund für die Ablehnung. Insbesondere in Polen wisse die Bevölkerung nicht genau, worum es in der Debatte um aktive Sterbehilfe gehe. Sie sei Opfer der Propaganda der katholischen Kirche, die Vergleiche ziehe zwischen den Niederlanden und der Zeit des Nationalsozialismus. Deshalb spreche sich die polnische Bevölkerung gegen aktive Sterbehilfe aus. In Großbritannien beobachtet der Autor ein Kleben an konservativem Gedankengut, das die Niederlande hinter sich gelassen hätten. Schmerzbekämpfung und Palliativmedizin würden dort als Antwort auf die Frage nach aktiver Sterbehilfe angesehen. Die Überdosierung von Schmerzmedikamenten sei die einzige Möglichkeit, auf Patientenwünsche nach aktiver Sterbehilfe einzugehen. Dass dies ebenso von Ärzten in Frankreich gemacht werde, sei ein offenes Geheimnis.

Der breite Widerstand gegen aktive Sterbehilfe in Deutschland sei durch die Geschichte bestimmt. Er komme nicht nur aus den Reihen der Christdemokraten. Auch die Sozialdemokraten seien gegen die niederländische Sterbehilfepolitik. Sie würden argumentieren, jede Mensch sei Teil der Gesellschaft. Autonome Entscheidungen seien deshalb immer auch Entscheidungen der Gesellschaft. Die Bundesärztekammer als Vertretung der deutschen Ärzteschaft sei

⁹⁴ De Nederlandse cultuur, waarin alles bespreekbaar moet zijn en waarin wordt gestreefd naar transparentie en geregleerde tolerantie, heeft ervoor gezorgd dat deze wet hier kon ontstaan (Jonquière 1996 S. 505).

gegen aktive Sterbehilfe. Nach Debatten mit deutschen Ärzten hat Jonquière nach eigenen Angaben des Öfteren Folgendes erlebt:

Es überrascht mich [...] jedes Mal wieder, dass Kollegen, die sich während der Podiumsdiskussion strikt gegen aktive Sterbehilfe aussprechen, mir nach der Veranstaltung (im Gegensatz zu ihrem offiziellen Standpunkt) auf dem Gang anvertrauen, dass sie „es“ auch manchmal tun, aber dass sie darüber natürlich nicht sprechen können; damit verdeutlichen sie die Bedeutung des niederländischen Poldermodells als Element unserer Kultur (Jonquière 1996 S. 506).⁹⁵

Der Begriff „Poldermodell“ wird unterschiedlich eng definiert, meint aber im weitesten Sinn eine Zusammenarbeit gesellschaftlicher Gruppen, die den Staat außen vor lässt. Hier ist offensichtlich gemeint, durch den Mangel an dieser Art der Zusammenarbeit in Deutschland würden die Interessen einiger Gruppen ignoriert, mit der Folge einer Tabuisierung bestimmter Themen.

Neu ist mir in diesem Artikel das von Jonquière aufgeführte „sozialdemokratische“ Argument gegen aktive Sterbehilfe. Es mag in Deutschland verwendet worden sein. Meiner Meinung nach ist es aber nicht typisch für die deutsche Debatte.

Abschließend urteilt Jonquière, die niederländische Sterbehilfepolitik rufe auf der ganzen Welt Debatten hervor. Die Diskussionen seien oft beherrscht von Emotionen. Die Kenntnisse der niederländischen Praxis seien gering. Wichtige Aufgabe von NVVE, niederländischen Politikern und KNMG sei es deshalb, die niederländische Sterbehilfegesetzgebung im Ausland immer wieder zu erklären (Jonquière 1996 S. 507).

Einer, der im Ausland aufklären will, war im Jahr 2002 Jaap Visser vom niederländischen Gesundheitsministerium. Mit ihm sprach Irene van Geest-Jacobs, Autorin des Artikels „Nederland bezoekland, Beleidstoeristen leren van onze gezondheidszorg“ („Reiseland Niederlande, Politische Touristen lernen von unserem Gesundheitssystem“), erschienen ebenfalls am 29. März 2002 in der Medisch Contact:

An der Wand des Arbeitszimmer von Visser hängt die Kopie einer Zeitungsschlagzeile: „Verwirrung über aktive Sterbehilfe in Deutschland“. Das erscheint als ziemlich euphemistische Formulierung angesichts des oft emotional getönten Interesses, das an diesem Thema besteht (van Geest-Jacobs 1996 S. 487).⁹⁶

⁹⁵ Het verrast me [...] steeds weer dat collega's die zich tijdens de podiumdiscussies fel tegen euthanasie uitspreken, mij na afloop (in tegenstelling tot het officiële standpunt) in de wandelgangen toevertrouwen dat zij „het“ ook wel eens doen, maar dat ze er natuurlijk niet over kunnen praten; hiermee in elk geval het cultuurelement van het Nederlandse poldermodel nog weer eens benadrukkend (Jonquière 1996 S. 506).

⁹⁶ Aan de muur van zijn werkkamer heeft Visser een kopie hangen van een krantenkop: „Geroezemoes in Duitsland over euthanasie“. Dat lijkt een tamelijk euphemistische uitdrukking gezien de vaak emotioneel gekleurde belangstelling die er voor dit onderwerp bestaat (van Geest-Jacobs 1996 S. 487).

Laut Visser sei Offenheit ein wesentliches Merkmal der niederländischen Mentalität. Diese rufe einerseits Kritik hervor. Andererseits mache sie die Niederlande interessant, auch als beliebtes Reiseziel. Die Niederlande machten sich angreifbar, indem sie kontrovers diskutierte Fragen in Angriff nahmen. Aber im Ausland komme deutlich an, dass die Niederländer wüssten, worüber sie sprächen, und in ihrer Politik von der Praxis ausgingen.

Visser meint damit Folgendes: Die Niederländer hätten die aktive Sterbehilfe politisch akzeptiert, nachdem sie in der Praxis längst gängig gewesen sei. Diese in den Niederlanden verbreitete Überzeugung ist in FAZ und Deutschem Ärzteblatt nicht präsent. Das könnte einerseits daran liegen, dass den deutschen Autoren diese niederländische Sichtweise nicht bekannt ist. Andererseits wäre es möglich, dass es viele Autoren in FAZ und Deutschem Ärzteblatt nicht interessiert, ob die politische Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden von Praxisorientierung getragen war oder nicht. Letzteres halte ich für wahrscheinlicher.

Niederländer suchen im Ausland nicht nur die Spuren ihrer eigenen Sterbehilfe-Politik. Manche sehen das Ausland auch als Beweis an, dass ein anderer Umgang mit der aktiven Sterbehilfe möglich ist, als er in ihrem eigenen Land praktiziert wird. So schrieb Willem Breedveld in seinem Artikel „Hulp om te sterven“ („Hilfe zum Sterben“) am 2. Oktober 2002 über Deutschland, dort sei aktive Sterbehilfe nicht vorstellbar. Damit sei er beispielsweise auf einem ökumenischen Dorfkirchentag in Dussel und Wulfrat konfrontiert worden. Für die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe habe man in Deutschland gute Gründe. Man halte sie unter anderem wegen guter Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung für überflüssig:

Wegen der früheren Nazi-Praktiken ist allein das Wort Euthanasie tabu. Man spricht von Sterbehilfe, wobei höchstens passive Sterbehilfe erlaubt ist. Kein Arzt ist zu einem aktiven Eingreifen bereit (Breedveld 2002 S. 18).⁹⁷

Mit seiner Behauptung, kein Arzt sei in Deutschland zur aktiven Sterbehilfe bereit, widerspricht Breedveld Jonquière, der die aktive Sterbehilfe als unter dem Deckmantel der Verschwiegenheit von deutschen Ärzten praktiziert erlebt. Auch Umfragen unter deutschen Ärzten sprechen gegen diese Behauptung (Klinkhammer 1997 S. A-1172; Editorial Trouw 1996b S. 10).

Wie Jonquière hebt Breedveld hervor, dass der Umgang mit aktiver Sterbehilfe in Deutschland von der kollektiven Erinnerung an die sogenannte Euthanasie während der Zeit des Nationalsozialismus geprägt sei. Er empfindet die Tabuisierung aber eher als positiv. Für die Andersartigkeit der Verhältnisse in den Niederlanden trotz der aus seiner Sicht ausreichenden Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie hat er folgende Erklärung: In den Niederlanden habe

⁹⁷ Vanwege de vroegere nazi-praktijken is alleen al het woord euthanasie taboe. Men spreekt over Sterbehilfe waarbij hooguit passieve euthanasie toegestaan is. Geen arts is tot een actieve ingreep bereid (Breedveld 2002 S. 18).

sich eine Diskussion über aktive Sterbehilfe entwickelt, als die Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung noch kaum entwickelt gewesen seien (Breedveld 2002 S. 18).

Widerspruch bekam Breedveld am 4. Oktober von Hans van Dam, der in der Zeitung Trouw Folgendes schrieb: Breedveld suggeriere zu Unrecht, die Schmerzbekämpfung in den Niederlanden sei unzureichend. Dies sei eine Beleidigung für alle, die am Krankenbett täglich das Gegenteil verwirklichen würden. Darüber hinaus ignoriere Breedveld, dass Schmerzen nicht der einzige Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe seien.

Breedveld nimmt einen Kirchentag in Deutschland als Referenz. Dort wagt man sich nicht (offen) an aktive Sterbehilfe. Das Trauma von Hitlers „Euthanasieprogramm“ steht dem noch im Weg (van Dam 2002 S. 19).⁹⁸

Wie viele Autoren in Trouw und Medisch Contact findet es van Dam akzeptabel, dass Schmerzen häufig nicht der Hauptgrund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sind. Er weist, wie Jonquière, durch sein in Klammern stehendes „offen“ auf eine mögliche heimliche Praxis aktiver Sterbehilfe in Deutschland hin.

Unter dem Titel „,Waarom is de vraag zo groot?“ („Warum ist die Frage so wichtig?“) berichtete Bert Schampers am 9. September 2002 über den vierzehnten Weltkongress der Organisationen, die sich für das Recht eines selbstbestimmten Todes einsetzen, in Brüssel.

Der Artikel beschreibt, dass es laut verschiedenen Teilnehmern des Kongresses in vielen Ländern eine Bevölkerungsmehrheit für die aktive Sterbehilfe gebe. In den USA seien 70 Prozent der Bevölkerung dafür. Auch in Luxemburg und selbst im katholischen Polen gebe es eine solche Mehrheit für die Lebensbeendigung auf Wunsch.

In Deutschland ist das Thema viel heikler wegen der Verbindung, die zu Nazi-Deutschland gezogen wird. „Deutsche Ärzte denken wirklich viel differenzierter über die Frage“, weiß Jacob Kohnstamm (Schampers 2002 S. 5).⁹⁹

Schampers schreibt im Anschluss an die Aufzählung der Bevölkerungsmehrheiten für aktive Sterbehilfe in verschiedenen Ländern, in Deutschland sei das Thema heikler. Dies suggeriert, es gebe in Deutschland keine Mehrheit für aktive Sterbehilfe. Eine mir vorliegende Umfrage aus dem Jahr 2001 bestätigt das

⁹⁸ Breedveld kiest een Kirchentag in Duitsland als referentie. Daar begint men niet (openlijk) aan euthanasie. Het trauma van Hitlers „euthanasieprogramma“ staat nog in de weg (van Dam 2002 S. 19).

⁹⁹ In Duitsland ligt het thema veel gevoeliger vanwege de link die wordt gelegd met Nazi-Duitsland. „Duitse artsen denken echter veel genuanceerder over de kwestie“, weet Jacob Kohnstamm (Schampers 2002 S. 5).

Gegenteil (siehe das Kapitel „Die aktuelle Debatte um aktive Sterbehilfe in Deutschland“).

Die von Bert Schampers gegebenen Informationen widersprechen in zwei Punkten dem Artikel „Aktive Sterbehilfe als Exportprodukt“ von Rob Jonquière. Dieser hatte geschrieben, die meisten Polen würden „die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe strikt“ ablehnen (Jonquière 1996 S. 506).

Dagegen hatte er den deutschen Ärzten eine Differenz zwischen Denken und Handeln in Bezug auf aktive Sterbehilfe vorgeworfen, während im Schampers-Artikel der NVVE-Vorsitzende Kohnmann die deutschen Ärzte „differenzierter“ nennt. Dieser Artikel zeigt, ebenso wie der Artikel von Willem Breedveeld, dass es in den Niederlanden durchaus eine Fraktion gibt, die einen zurückhaltenderen Umgang mit der aktiven Sterbehilfe für ein Bedürfnis der deutschen Ärzte hält, und nicht nur für eine von ihnen aufrechterhaltene Fassade.

In der FAZ berichtete Achim Bahnen am 4. März 2002 unter dem Titel „Seht doch hin! Fischers Klone: Niederländer und Deutsche im Bioethik-Dialog“ über bioethische Positionen bei der sechsten Deutsch-Niederländischen Konferenz in Potsdam mit dem Thema „Beginn und Ende des menschlichen Lebens“. Der niederländische Außenminister van Aartsen habe für ethische Diskussionen auf nationaler Ebene plädiert. Sein deutscher Kollege Joschka Fischer habe sich dagegen eine globale Debatte über bioethische Fragen gewünscht:

Im Bereich der Gen- und Biotechnik seien „möglichst universal rechtlich verbindliche Regeln“ erforderlich, denn die Debatten rührten an „die Wurzeln unserer Zivilisation“. Vielleicht ist es kein Zufall, daß das harmlos scheinende botanische Bild besser zur deutschen Eiche paßt als zur Flora unserer Nachbarn. Tulpen schlagen nicht so tiefe Wurzeln, und eine Gesellschaft, die ihr Glück im Handel gesucht und gefunden, die ebenso im Umgang mit dem Meer den Tausch zur Überlebenskunst gebracht hat, mag der Warnung vor Erosionsgefahren auch ethischer Natur aus guter Erfahrung heraus gelassener begegnen (Bahnen 2002 S. 46).

Bahnen spart auch im Weiteren nicht mit landeskundlichen Bildern: In den Niederlanden sei es das Motto der Biopolitik, den biomedizinischen Fortschritt zu kanalisieren, anstatt Dämme zu errichten.

In Bezug auf die Diskussion der aktiven Sterbehilfe während der Konferenz führt er aus:

Die Niederländer verteidigten ihre begrenzte Zulassung der aktiven Sterbehilfe und wurden von den deutschen Teilnehmern mit kritischen Fragen bedrängt. Erst als im Plenum gefragt wurde, warum in Umfragen auch viele Deutsche für die Sterbehilfe seien, sich auf Tagungen wie dieser aber niemand entsprechend äußern wolle, meldete sich der Düsseldorfer Philosoph Dieter Birnbacher, der seit langem für eine begrenzte Freigabe aktiver Sterbehilfe argumentiert, als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (Bahnen 2002 S. 46).

Die grüne Biopolitikerin Andrea Fischer habe im Folgenden die deutsche Debatte über aktive Sterbehilfe als zu wenig offen und teilweise „zu reflexhaft“ kritisiert. Sie habe aber zu bedenken gegeben, dass Bevölkerungsmehrheiten, wie bei der aktiven Sterbehilfe, nicht immer ein guter Ratgeber seien. Ein Beispiel hierfür sei die Todesstrafe (Bahnen 2002 S. 46).

Die niederländische Gesundheitsministerin Borst habe geäußert, in Deutschland eine der niederländischen vergleichbare Regelung der aktiven Sterbehilfe zu vermissen:

Ihre auf Deutsch vorgetragene Beteuerung, man habe bei den getroffenen Entscheidungen „die Volksseele durchklingen lassen“, wirkte in deutschen Ohren nicht unbedingt beruhigend (Bahnen 2002 S. 46).

Dieser Artikel versucht, unterschiedliche Mentalitäten im Umgang mit biopolitischen Themen in Deutschland und in den Niederlanden herauszuarbeiten.

Mit seiner Metapher, in der niederländischen Biopolitik werde Kanalisierung statt Dämmebau betrieben, deutet Bahnen Zustimmung zu einer in den von mir untersuchten niederländischen Medien oft gemachten Behauptung an: In der Sterbehilfepolitik habe man sich an der ärztlichen Praxis orientiert.

Obwohl der Autor sich hiermit indirekt positiv über den niederländischen Umgang mit aktiver Sterbehilfe äußert, schreckt er vor Borsts Bemerkung vom Klang der Volksseele zurück. Handelt es sich dabei um einen der von Andrea Fischer erwähnten Reflexe? Jedenfalls bleibt das Lob für die Niederlande zaghaft. Bahnen beobachtet die Politik des Nachbarlandes mit viel Distanz. Die niederländische „Gelassenheit“ im Umgang mit biopolitischen Themen, die er beschreibt, kann er sich für Deutschland nicht vorstellen.

Schritte in Richtung Legalisierung – Diskussion um die Einführung von Prüfkommisionen und um eine Änderung des Strafgesetzbuches

Ein Vorschlag der NVVE zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe

Erik Jurgens, Hochschullehrer für Staatsrecht und Mitglied der Ersten Kammer des niederländischen Parlamentes für die PvdA, schrieb am 14. Februar 1996 in der Zeitung Trouw einen Artikel mit dem Titel „Ons aller openbaar gewetensonderzoek over euthanasie moet nooit ophouden“ („Unser aller öffentliche Gewissenserforschung in Bezug auf aktive Sterbehilfe darf niemals aufhören“). Anlass war ein Vorschlag der „Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie“ („Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie, NVVE“) zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, in dem die Vereinigung unter anderem forderte, nicht mehr der Arzt solle beweisen müssen, dass er keine unzulässige Tötung begangen habe. Der Arzt dürfe die Beweislast nicht länger tragen.

Jurgens hält die Frage, ob aktive Sterbehilfe legal oder außerhalb des Strafgesetzbuches geregelt sein sollte, für zweitrangig. Andere Fragen sind für ihn wichtiger:

Als Beitrag zur weiteren Debatte ist der Vorschlag in jeder Hinsicht wertvoll. Ob es vernünftig ist, so viel Druck zu machen, ist allerdings die Frage. Unser aller öffentliche Gewissenserforschung, was die Zulässigkeit von aktiver Sterbehilfe und ihre Grenzen betrifft, darf vor allem niemals aufhören. Auch eine gesetzliche Regelung, selbst die bestmögliche, darf nicht dazu führen, dass wir die moralischen Aspekte dieser Frage und die Probleme bei der Anwendung des Gesetzes nicht mehr diskutieren (Jurgens 1996).¹⁰⁰

Wie auch in anderen Artikeln aus den betrachteten niederländischen Medien wird die Wichtigkeit ständiger Diskussion um aktive Sterbehilfe betont. Der Vorschlag der NVVE wird zwar inhaltlich abgelehnt, hat aber aus Sicht des Autors als Diskussionsbeitrag einen von seinem Inhalt unabhängigen Wert.

Für Govert den Hartogh, Hochschullehrer für Ethik an der Universität in Amsterdam, ist eine Änderung des Strafgesetzbuches bezüglich aktiver Sterbehilfe wichtig. Den Vorschlag der NVVE lehnt er in einem Artikel vom 21. Februar 1996 dennoch ab.¹⁰¹

Den Hartogh schreibt, es sei für einen Nichtjuristen und selbst für manche Juristen schwer zu begreifen, wie eine Handlungsweise verboten und trotzdem nicht strafbar sein könne, in Tausenden von vorhersehbaren Ausnahmefällen pro Jahr. Deshalb müsse eine Änderung des Strafgesetzbuches vorgenommen werden. Seine Ablehnung des NVVE-Vorschlags fußt vor allem auf den seiner Meinung nach falschen ethischen Annahmen, die diesem zugrunde lägen. Der Arzt bleibe aus seiner Sicht straffrei, weil er aus einem Konflikt heraus gehandelt habe. Die Bitte des Patienten sei notwendig, aber nicht hinreichend.

Die NVVE sieht jedoch den letzten Rechtfertigungsgrund ausschließlich darin, dass ein Mensch über sein eigenes Lebensende bestimmen kann. Der Arzt wird nur als ausführendes Organ des Selbstbestimmungsrechtes angesehen (den Hartogh 1996).¹⁰²

¹⁰⁰ Als bijdrage tot het verdergaande debat is het voorstel alleszins waardevol. Of het verstandig is zoveel druk op de ketel te houden is wel de vraag. Ons aller openbaar gewetensonderzoek over de toelaatbaarheid van euthanasie en over de grenzen daarvan moet vooral nooit ophouden. Ook een wettelijke regeling, zelfs de best mogelijke, mag niet betekenen dat we de morele aspecten van deze kwestie en de problemen bij de toepassing van de wet niet meer bespreken (Jurgens 1996).

¹⁰¹ Der Titel des Artikels lautete „Liever geen wet dan die van de vereniging voor euthanasie“ („Lieber kein Gesetz als das von der Vereinigung für aktive Sterbehilfe“).

¹⁰² De NVVE ziet echter de fundamentele rechtvaardigingsgrond uitsluitend daarin dat een mens over zijn eigen levenseinde kan beslissen. De arts wordt slechts gezien als een uitvoerend orgaan van dat zelfbeschikkingsrecht (den Hartogh 1996).

Diesen Unterschied in den Rechtfertigungsgründen für aktive Sterbehilfe zwischen Rechtsprechung und NVVE-Vorschlag führt den Hartogh am Beispiel der Frage nach der Subjektivität des unerträglichen Leidens weiter aus. Die NVVE meine, die Entscheidung, ob er unerträglich leide, sei allein Sache des Patienten. Der Arzt prüfe nach dieser Vorstellung nur, ob der Patient entscheidungsfähig und vollständig über seine Situation informiert sei.

Dieses Argument geht aus von einem falschen Gegensatz zwischen „vollständig objektivierbar“ und „rein subjektiv“. Es ist nicht wahr, dass das Leiden von jemandem immer unerträglich ist, wenn er denkt, dass es so ist; das ist eine Interpretation seiner heutigen und zukünftigen Situation vor dem Hintergrund seiner Wertvorstellungen, seiner Lebensgeschichte und medizinischer Fakten, die durch andere in Frage gestellt werden kann (den Hartogh 1996).¹⁰³

Den Hartogh verfolgt einen ähnlichen Ansatz wie Kenter in seinem Artikel zur Intersubjektivität des unerträglichen Leidens. Die beiden Autoren halten die Unerträglichkeit des Leidens nicht für objektiv messbar. Sie sehen aber die Möglichkeit, sich einer Objektivierung im Dialog mit dem Patienten anzunähern (Kenter 1996 S. 482).

Sollten Prüfkommisionen für die aktive Sterbehilfe eingeführt werden?

Die heute verwirklichte Idee der Prüfkommisionen war schon im Jahr 1996 im Gespräch. Sie wurde in unterschiedlichen Versionen diskutiert. Der Hausarzt Ben Crul erläuterte seine Sicht dieses Modells in der Zeitung Trouw am 3. Februar 1996 in dem Artikel „Verplichte vertrouwenscommissie bij euthanasie overbodig en tijdrovend“ („Verpflichtende Vertrauenskommissionen sind überflüssig und zeitraubend“). Crul sieht solche Kommissionen zwar einerseits als Möglichkeit, die aktive Sterbehilfe durch Ärzte aus der kriminellen Ecke zu holen. Andererseits lehnt er eine verpflichtende Konsultation dieser Kommissionen vor der Durchführung der aktiven Sterbehilfe ab. (Diese Konsultationspflicht im Voraus wurde tatsächlich nicht eingeführt.)

Ich kann mich an keinen einzigen Fall von aktiver Sterbehilfe erinnern, in dem ich auf diese zeitraubende, Verantwortung abschiebende Methode zurückgegriffen hätte, wenn es möglich gewesen wäre. „Nein, tut mir Leid, meine Dame, Sie werden noch eine weitere Woche unnötig und aussichtslos leiden müssen, denn dann erst tagt die Kommission...“ [...]

In diesem ganzen Prozess ist überhaupt kein Raum für die verpflichtende Konsultation einer Vertrauenskommission. Vielleicht gibt es diesen Raum in Situa-

¹⁰³ Dit argument gaat uit van een valse tegenstelling tussen „volledig objectiveerbaar“ en „puur subjectief“. Het is niet waar dat iemands lijden altijd ondraaglijk is als hij denkt dat het dat is; dat is een interpretatie van zijn huidige en toekomstige situatie in het licht van zijn waardenpatroon, zijn levensgeschiedenis en de medische feiten, die door anderen ter discussie gesteld kan worden (den Hartogh 1996).

tionen, in denen, wie bei nicht-entscheidungsfähigen Patienten, das Dilemma besonders groß ist und der Zeitfaktor etwas mehr Spielraum lässt (Crul 1996).¹⁰⁴

Ich finde auffällig, dass dieser Hausarzt die nicht-entscheidungsfähigen Patienten wie selbstverständlich einbezieht. Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch ist für ihn kein Tabu, sondern nur ein besonders großes Dilemma.

E. M. H. Hirsch Ballin, damals Mitglied der Ersten Kammer des niederländischen Parlamentes für die CDA, schilderte seine Sicht am 30. November 1996.¹⁰⁵ Aktive Sterbehilfe sei immer das letzte Glied in einer Kette früherer Behandlungsentscheidungen. Möglicherweise seien in dieser Kette Fehler gemacht worden. Manchmal würden Therapien zu lange fortgesetzt worden oder strapaziöse Behandlungen mit sehr geringen Erfolgsaussichten durchgeführt. Vor diesem Hintergrund könne eine aktuell verständliche Entscheidung für aktive Sterbehilfe das Ergebnis falscher Entscheidungen in der Vorgeschichte sein.

Wenn man sorgfältig ausgeführte aktive Sterbehilfe allzu unproblematisch gestaltet, läuft man Gefahr, die Vorgeschichte einer Diskussion und der Kritik zu entziehen. In diesem Sinne kann – wie der amerikanische Psychiater Herbert Hendin schreibt – der Tod in der Tat ein gefährlicher Verführer werden, ohne dass irgendjemand böse Absichten hat (Ballin 1996 S. 11).¹⁰⁶

Deshalb dürfe die Staatsanwaltschaft bei Entscheidungen über die Strafbarkeit aktiver Sterbehilfe nicht außen vor bleiben.

Überlegungen zu einer Sonderregelung für die aktive Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch

In einem kurzen Artikel mit dem Titel „Euthanasie: Künftig zwei Fallgruppen in den Niederlanden“, erschienen im Februar 1997 im Deutschen Ärzteblatt, hieß es, die niederländische Gesundheitsministerin Els Borst und die niederländische Justizministerin Winnie Sorgdrager planten zwei verschiedene Regelun-

¹⁰⁴ [...] ik kan geen enkele euthanasie in mijn herinnering terughalen waarbij ik deze tijdrovende, verantwoordelijkheid afschuivende methode zou hebben gebruikt. „Nee sorry mevrouw, u zult nog een weekje langer nodeloos en uitzichtloos moeten lijden, want dan vergadert de commissie pas. . .“ [...]

In dit hele proces is helemaal geen plaats voor nog eens een verplichte vertrouwenscommissie. Misschien wel in situaties waar, zoals bij wilsonbekwame patienten, het dilemma extra groot is en de tijdsfactor wat meer ruimte laat (Crul 1996).

¹⁰⁵ Der Titel des Artikels lautete, „Verbetering van stervenshulp is vooral verbetering van levenshulp“ („Verbesserung der Hilfe beim Sterben ist vor allem Hilfe zum Leben“).

¹⁰⁶ Een risico van een teveel probleemloos maken van zorgvuldig uitgevoerde euthanasie is dan ook, dat daarmee de voorgeschiedenis aan discussie en kritiek onttrokken blijft. In die zin kan – zoals de Amerikaanse psychiater Herbert Hendin schrijft – de dood inderdaad een gevaarlijke verleider worden zonder dat ook maar iemand daar boze bedoelingen mee heeft (Ballin 1996 S. 11).

gen zur Bearbeitung von Fällen von aktiver Lebensbeendigung. Fälle von aktiver Sterbehilfe sollten relativ rasch genehmigt werden können.

Euthanasie-Entscheidungen ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten blieben dagegen eine „extrem schwerwiegende, im Grunde verbotene“ Praxis. In zu genehmigenden Sonderfällen müsse gewährleistet sein, daß die Entscheidung dem Arzt nicht leichtfalle (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1997a S. A-280).

Unter dem Titel „KNMG-congres ‚Euthanasie: praktijk en regulering‘, Kabinettsvorstel euthanasie behoefte verdere uitwerking“ („KNMG-Kongress ‚Aktive Sterbehilfe: Praxis und Regulierung‘, Kabinettsvorschlag aktive Sterbehilfe bedarf genauerer Ausarbeitung“) berichtete Medisch Contact am 31. Januar 1997 über dieselben Äußerungen der Regierung, insbesondere der Gesundheitsministerin Els Borst. Im Artikel hieß es, das Kabinett sehe in den Ergebnissen der Van-der-Maas-Studie keinen Anlass, aktive Sterbehilfe bereits jetzt zu legalisieren. Zu gegebener Zeit werde eine Legalisierung vielleicht möglich sein. Zuvor müssten sich aber die Meldezahlen erhöhen. Die Ärzte müssten sich an die Meldeprozedur aus dem Jahr 1994 gewöhnen. Die der aktiven Sterbehilfe vorausgehende Konsultation eines zweiten Arztes könne noch verbessert werden. Außerdem müsse das Niveau der Palliativmedizin erhöht werden. Die Diskussion um eine Legalisierung sei noch im vollen Gang.

Das Kabinett schlägt vor, die Prozeduren für aktive Sterbehilfe bei Einwilligungsfähigen und aktive Sterbehilfe bei Nicht-Einwilligungsfähigen zu trennen (Otten 1997 S. 150).¹⁰⁷

Im Folgenden werden die Details dieser Trennung genauer erläutert: Möglicherweise werde es zu einem Einsatz verschiedener Meldekommissionen kommen. Roel Otten, Autor des Artikels, schilderte die Reaktion der KNMG als gemäßigt positiv. Die Vereinigung sei aber enttäuscht über die fehlende Änderung des Strafgesetzbuches:

Das Strafrecht ist nun zwar auf Abstand, aber es ist zweifelhaft, ob dieser Abstand groß genug ist, um die Meldebereitschaft von Ärzten zu erhöhen (Otten 1997 S. 150).¹⁰⁸

Während die Meldung im Deutschen Ärzteblatt sich auf die Idee von zwei Fallgruppen konzentriert und diese als Ankündigung der Minister beschreibt, ist in Medisch Contact von einem Vorschlag der Regierung die Rede. Letztere Darstellung muss als richtiger bezeichnet werden. Denn zu einer speziellen Regelung des Umgangs mit der ärztlichen Lebensbeendigung ohne Wunsch ist es bis heute nicht gekommen. Der Vorschlag wurde nicht umgesetzt.

¹⁰⁷ Het kabinet stelt voor, de procedures voor euthanasie bij wilsbekwamen en euthanasie bij wilsonbekwamen te scheiden (Otten 1997 S. 150).

¹⁰⁸ Het strafrecht staat nu wel op enige afstand, maar het is twijfelachtig of die afstand groot genoeg is om de meldingsbereidheid onder artsen te vergroten (Otten 1997 S. 150).

Darüber hinaus liegt ein Schwerpunkt des Medisch-Contact-Artikels auf den Hürden, die nach Meinung der niederländischen Regierung vor einer Änderung des Strafgesetzes genommen werden müssen. Auf diese Hürden und eine mögliche Änderung des Strafgesetzes geht die Meldung im Deutschen Ärzteblatt gar nicht ein.

Das Deutsche Ärzteblatt interessiert sich besonders für den Umgang mit der nicht-freiwilligen Lebensbeendigung. Medisch Contact behandelt die nicht-freiwillige Lebensbeendigung als einen Punkt unter mehreren. Über die Strafrechtsfrage berichtet der Autor wahrscheinlich deswegen ausführlich, weil die KNMG sich zu diesem Zeitpunkt eine Änderung des Strafgesetzbuches wünschte.

Die Änderung des Strafgesetzbuches zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Jahren 2001/2002

Im Rahmen ihrer in der Medisch Contact veröffentlichten Verbandsnachrichten stellte die KNMG den niederländischen Ärzten das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe vor, welches am 1. April 2002 in Kraft getreten war.

Die KNMG machte deutlich, dass sie dieses Gesetz nicht als Schlusspunkt der Debatte um aktive Sterbehilfe ansah:

Dass das Gesetz in Kraft getreten ist, bedeutet nicht, dass die Diskussion über lebensbeendigende Handlungen aufhört. Es geht weiterhin um Handlungen, die nicht als normale, medizinische Handlungen angesehen werden (Editorial Medisch Contact 2002 S. 599).¹⁰⁹

Deshalb sollte nach Meinung der KNMG jeder Arzt aus Gewissensgründen die Durchführung von aktiver Sterbehilfe ablehnen können. Diese Gewissensgründe sollten dem Patienten aber rechtzeitig mitgeteilt werden. Es könne von dem betroffenen Arzt, obwohl es hierzu keine Pflicht gebe, eine Verweisung an einen anderen Arzt ohne grundsätzliche Bedenken erwartet werden.

Besonderes Gewicht legt dieser Artikel auf die Erfüllung der Meldepflicht. Das Melden sei nicht nur aus rechtlichen Gründen sinnvoll, sondern es mache den Prozess der Entscheidungsfindung überprüfbar und transparent. Müssten Angehörige ein Geheimnis bewahren, könne dies die Trauerarbeit stören. Der Arzt mache sich durch Nicht-Melden erpressbar (Editorial Medisch Contact 2002 S. 599).

Auch in Bezug auf andere Punkte erläutert der Artikel hauptsächlich schon vor der Gesetzesänderung bekannte Probleme. Die KNMG nutzt an dieser Stelle anscheinend das neue Gesetz, um den Informationsstand der Ärzte über den Um-

¹⁰⁹ Dat de wet in werking is getreden, betekent niet dat de discussie over levensbeëindigend handelen ophoudt. Het blijft gaan om handelen dat niet als normaal medisch handelen wordt beschouwd (Editorial *Medisch Contact* 2002 S. 599).

gang mit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden zu verbessern. Es wird nicht als Sensation begrüßt, sondern als formale Veränderung beschrieben.

Willem Breedveld ließ im Oktober 2002 in einem Artikel mit dem Titel „Hulp om te sterven“ („Hilfe zum Sterben“) kritische Töne in Bezug auf das niederländische Gesetz hören. Das Gesetz überlasse Ärzten einen Spielraum, in dem sie aktive Sterbehilfe leisten könnten. Die letzte Lebensphase müsse noch nicht begonnen haben. Unklar sei, ob Lebensmüdigkeit und psychische Erkrankungen durch das Gesetz als Gründe für aktive Sterbehilfe akzeptiert würden. Zwar könne man sich auf das sorgfältige Handeln der Ärzte verlassen. Trotzdem gehe das Gesetz möglicherweise einen Schritt zu weit (Breedveld 2002 S. 18).

Hans van Dam reagierte auf diesen Artikel von Breedveld. Das Gesetz sei nicht unklar. Wichtig sei nicht, ob die Ursache eines Leidens körperlich oder psychisch sei. Das Ausmaß des Leidens sei entscheidend dafür, ob aktive Sterbehilfe in einer bestimmten Situation akzeptabel sei (van Dam 2002 S. 19).

Das Gesetz fordert in der Tat Aussichtslosigkeit und Unerträglichkeit des Leidens. Es fordert nicht ausdrücklich ein nahes Lebensende als Bedingung für die Straflosigkeit. Eine Diskussion kann sich an der Frage entzünden, ob bei einer verbleibenden Lebensspanne von Jahren oder Jahrzehnten die Entwicklung des betroffenen Patienten so präzise vorhergesagt werden kann, dass die Aussichtslosigkeit seines Leidens feststeht. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen, deren Verlauf sehr individuell und von zahlreichen Faktoren abhängig ist.

Im Mai 2002 berichtete das Deutsche Ärzteblatt in einem kurzen Artikel mit dem Titel „Sterbehilfe erlaubt“ von dem niederländischen Sterbehilfe-Gesetz:

Am 1. April trat in den Niederlanden als weltweit erstem Land ein Gesetz in Kraft, das die Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen zulässt. So müssen sich Ärzte davon überzeugen, dass ihre Patienten an „unerträglichen“ Schmerzen leiden, keine Überlebenschance haben und ernsthaft zu sterben wünschen (Editorial Deutsches Ärzteblatt 2002 S. 197).

In diesen Zeilen stecken drei Ungenauigkeiten:

Erstens ist in den Niederlanden nicht die Sterbehilfe, sondern die aktive Sterbehilfe legalisiert worden. In Deutschland ist es üblich, zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zu unterscheiden. Passive Sterbehilfe ist hierzulande akzeptiert, abgesehen vom Streit um einige Grenzfragen. Diese verkürzte Formulierung macht den Artikel missverständlich.

Zweitens wird als Bedingung für die aktive Sterbehilfe genannt, dass der Patient an „unerträglichen“ Schmerzen leiden müsse. Richtig ist, dass die Sorgfaltskriterien ein unerträgliches Leiden des Patienten fordern. Dass dieses Leiden die Form von Schmerzen haben müsse, steht nicht im Gesetz. In deutschen Artikeln über Palliativmedizin wird häufig erwähnt, dass Schmerzen statistisch gesehen nicht der Hauptgrund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden seien. Dies wird als Argument für die Überflüssigkeit der aktiven Ster-

beihilfe ins Feld geführt. In den Niederlanden ist die Bereitschaft größer, andere Formen des Leidens als Grund zu akzeptieren. Wann jemand unerträglich leidet und die Möglichkeiten der Palliativmedizin ausgeschöpft sind, ist dort aber ebenfalls umstritten.

Drittens steht nicht im Gesetz, dass der Patient „keine Überlebenschance“ haben dürfe. Wie ich bereits im Zusammenhang mit den Artikeln von Breedveld und van Dam erläutert habe, wird lediglich eine „Aussichtslosigkeit“ des Leidens gefordert.

Der Artikel bietet eine weitere Ungenauigkeit:

Seit 1997 wurde in den Niederlanden Sterbehilfe unter den jetzt gesetzlich verankerten Bedingungen toleriert (Editorial Deutsches Ärzteblatt 2002 S. 197).

Das ist falsch. Tatsächlich war die aktive Sterbehilfe seit November 1990 toleriert worden und meldepflichtig gewesen. Im Jahr 1998 war die Prüfung der Fälle von aktiver Sterbehilfe durch Kommissionen eingeführt worden. Keine mir bekannten Veränderungen im Umgang mit der aktiven Sterbehilfe gab es im Jahr 1997.

Auffällig ist außerdem, dass das Deutsche Ärzteblatt eine Tatsache erwähnt, die in der wesentlich längeren Stellungnahme der KNMG in Medisch Contact nicht vorkommt:

Das Gesetz ermöglicht Sterbehilfe auch für Jugendliche ab 16 Jahren ohne Einwilligung der Eltern (Editorial Deutsches Ärzteblatt 2002 S. 197).

Dies wird anscheinend von der KNMG als nicht so erwähnenswert empfunden.

Der Medizinrechtler Wilhelm Uhlenbruck schrieb in der FAZ am 3. April 2002 unter dem Titel „Der Wille des Sterbenden, Menschenwürdige Hilfe zwischen Tun und Unterlassen“ über das Gesetz. Nach dessen Verabschiedung im Jahr 2001 habe es in Deutschland eine Welle der Entrüstung gegeben. Die damalige Bundesjustizministerin Herta Däubler-Gmelin habe das Gesetz als „Tabubruch“ bezeichnet. Ebenso habe die Landesjustizministerkonferenz das Gesetz abgelehnt. Auch in den Niederlanden sei das Gesetz umstritten. Es habe inzwischen Fälle des Missbrauchs gegeben. Viele niederländische Ärzte hielten sich nicht an die im Gesetz vorgesehenen Formalitäten (Uhlenbruck 2002 S. 13).

Welche Fälle dem Autor vorschweben, wenn er von Missbrauch schreibt, ist mir nicht klar. Meint Uhlenbruck Fälle, in denen Ärzte die Sorgfaltskriterien nicht beachtet haben? Meiner Meinung nach ist es problematisch, solche Fälle als Missbrauch des Gesetzes darzustellen. Es ist möglich, dass diese Fälle auch ohne das Gesetz vorgekommen wären. Aktive Sterbehilfe ohne Beachtung der Sorgfaltskriterien wird durch das Gesetz nicht erleichtert. Dies wäre nur der Fall, wenn sich Ärzte durch die Legalisierung emotional leichter täten mit aktiver Sterbehilfe, auch in vom Gesetz nicht eingeschlossenen Fällen. Diese Vorstellung ist häufig im Spiel, wenn von der Gefahr eines Dammbrochs die Rede ist.

Uhlenbruck sieht die in Deutschland mit der aktiven Sterbehilfe verbundenen Ängste als Hemmnis für einen angemessenen Umgang mit todkranken Menschen. Die Bestimmungen des deutschen Betäubungsmittelgesetzes würden den Umgang mit schmerzstillenden Medikamenten erschweren. Manche Patienten bekämen deshalb keine ausreichende Schmerzmedikation (Uhlenbruck 2002 S. 13).

Uhlenbruck schildert, in mehreren Ländern sei aktive Sterbehilfe bereits auf die eine oder andere Weise akzeptiert worden. So sei im Juli 1996 in einem australischen Bundesstaat das erste Gesetz zur aktiven Sterbehilfe in Kraft getreten, jedoch zwei Jahre später wieder aufgehoben worden. In Dänemark könne Mitleid als Motiv einer Tötung sich strafmildernd auswirken bis hin zur völligen Straffreiheit. In Großbritannien seien Ärzte, die tödliche Injektionen verabreicht hätten, freigesprochen worden. Uhlenbruck erwähnt in diesem Zusammenhang auch den belgischen Gesetzentwurf zur aktiven Sterbehilfe und die Aufhebung des Verbots der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Im Anschluss an diese Aufzählung schreibt er, in Deutschland sei die Erfüllung des Wunsches nach einem würdigen Lebensende nicht gewährleistet:

Glücklich kann sich allenfalls preisen, wer als Schwerkranker oder Sterbender in vorzüglich ausgestattete und umsichtig betreute Palliativ-Stationen oder in ein Hospiz aufgenommen wird, wo er Fürsorge und Geborgenheit erfährt und alle Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Sterben vorfindet (Uhlenbruck 2002 S. 13).

Abschließend kritisiert Uhlenbruck vor allem den Umgang mit der passiven Sterbehilfe in Deutschland. Seit Anfang des Jahres 1999 dürften auch Personen mit Vorsorgevollmacht über einen Behandlungsabbruch oder ein Absetzen der künstlichen Ernährung nicht mehr selbst entscheiden. Sie müssten eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes einholen.

Wenn der Staat das Selbstbestimmungsrecht immer weiter durch bürokratische Regelungen aushöhlt, statt für die alten und pflegebedürftigen Menschen besser zu sorgen, wird man die Forderung nach einem Sterbehilfegesetz in Deutschland nicht länger überhören können (Uhlenbruck 2002 S. 13).

Unklar bleibt, was Uhlenbruck sich für ein Sterbehilfegesetz vorstellt. Es fehlt ihm in Deutschland vor allem an einer ausreichenden Berücksichtigung des Patientenwunsches. Gleichzeitig erkennt er anscheinend die von ihm beschriebenen Ansätze zur aktiven Sterbehilfe in einigen Ländern als akzeptable Möglichkeiten für die Linderung des Leidens todkranker Menschen an. Eindeutig Stellung für oder gegen die aktive Sterbehilfe bezieht Uhlenbruck nicht. Worauf zielt also der letzte Satz seines Artikels über das Sterbehilfegesetz? Welche Forderung wird nicht länger überhört werden können? Geht es hier um aktive Sterbehilfe oder um passive Sterbehilfe? Uhlenbruck äußert vor allem sein Ge-

Die Debatte in FAZ und Trouw sowie Deutschen Ärzteblatt und Medisch Contact 193

fühl, die Ablehnung jeglicher Form von Sterbehilfe in Deutschland sei zu vehement. Er macht sich nicht an die Ausgestaltung der Alternativen.

Fazit

Ist die niederländische Gesetzgebung Folge einer Praxis aktiver Sterbehilfe oder umgekehrt die Praxis aktiver Sterbehilfe Ergebnis der Gesetzgebung?

Auf diese Frage geben die niederländischen Medien *Medisch Contact* und *Trouw* eine andere Antwort als die deutschen Medien *Deutsches Ärzteblatt* und *FAZ*. Meiner Meinung nach handelt es sich hierbei um den wichtigsten Unterschied zwischen den untersuchten Medien beider Länder. Er ist die Grundlage für weitere Unterschiede.

In *Medisch Contact* und *Trouw* ist die Meinung vorherrschend, aktive Sterbehilfe habe es in den Niederlanden bereits gegeben, bevor sie straffrei wurde. So wird der Staatsanwalt Josephus Jitta in *Trouw* mit den Worten zitiert, die Strafverfolgung eines Arztes würde Ärzte dazu bringen, bei aktiver Sterbehilfe wieder wie früher eine natürliche Todesursache anzugeben. Dass Ärzte aus Angst vor Strafverfolgung auf aktive Sterbehilfe verzichten könnten, kann er sich nicht vorstellen (Schipper 1996). Dasselbe gilt für Govert den Hartogh. Wenn nicht alle Ärzte sich vom Melden überzeugen ließen, müsse man entweder auf die Kontrollausübung über die aktive Sterbehilfe verzichten oder nachlässiges Melden stärker verfolgen und ahnden, schreibt er (den Hartogh 2002 S. 1193). Das Zurückdrängen der aktiven Sterbehilfe durch ein Verbot als dritte Möglichkeit sieht er nicht. In einem *Trouw*-Artikel von Wybo Algra wird schon aus dem Titel „*Het bestaat, dus moeten we er over kunnen praten*“; Euthanasie“ („Es kommt vor, also müssen wir darüber sprechen können“; aktive Sterbehilfe“) deutlich, dass dieser Autor die Existenz der aktiven Sterbehilfe für unvermeidlich hält (Algra 2002 S. 4).

Bewiesen sind einige Fälle von aktiver Sterbehilfe in der Zeit, bevor diese in den Niederlanden offiziell für straffrei erklärt wurde. Im Jahr 1989 wurden bereits 338 Fälle gemeldet. Diese Meldezahl war in den 1980er Jahren kontinuierlich angestiegen (van der Wal et al. 1996 S. 1609). Zur tatsächlichen Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in dieser Zeit gibt es keine Angaben. Den Fällen waren eine öffentliche Debatte und vor allem der Präzedenzfall der Ärztin Gertruda Postma vorausgegangen, die für das Leisten von aktiver Sterbehilfe nur eine geringe Strafe erhalten hatte (Duin et al. 1998 S. 7). Es ist nicht auszuschließen, dass Ärzte in den Niederlanden durch dieses Beispiel zur aktiven Sterbehilfe ermutigt worden sind. Das Vorkommen der aktiven Sterbehilfe in anderen Ländern ohne vergleichbare Debatte und Präzedenzfälle spricht allerdings dagegen, dass alle Fälle von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden darauf zurückzuführen sind. Die größere Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden legt wiederum nahe, dass entweder die offene Debatte und/oder die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe für einen zusätzlichen Anstieg gesorgt haben (van der Heide et al. 2003 S. 349).

Die niederländische Debatte und Gesetzgebung hat also wahrscheinlich in erster Linie ein bestehendes Phänomen aufgegriffen. Sie hat aber darüber hinaus zu dessen Verbreitung beigetragen.

Beim Lesen des Deutschen Ärzteblattes und der FAZ entsteht der Eindruck, die Praxis der aktiven Sterbehilfe sei durch ihre Straffreiheit in den Niederlanden entstanden. Auch das Vorkommen von Lebensbeendigungen ohne Wunsch in den Niederlanden wird für das Ergebnis dieser Straffreiheit gehalten. Die FAZ veröffentlichte im Jahr 2003 Berechnungen der Deutschen Hospizstiftung. Diese sollten voraussagen, wie sich die Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe und Lebensbeendigung ohne Wunsch in Europa bei einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wie in den Niederlanden entwickeln würden. Basis für die Berechnungen waren die niederländischen Zahlen. Für aktive Sterbehilfe und für die Lebensbeendigung ohne Wunsch sagte die Deutsche Hospizstiftung einen Anstieg der Häufigkeit bei einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe voraus. Diese Voraussage beruht auf dem Vorurteil, die Häufigkeit dieser beiden Entscheidungen am Lebensende sei davon abhängig, ob aktive Sterbehilfe straffrei sei oder nicht (Schilder 2003 S. 12). Stephan Sahm behauptete in der FAZ, die Niederländer hätten ihre Praxis kürzlich um die Lebensbeendigung ohne Wunsch erweitert. Er stellte dies als bewusste Entscheidung des niederländischen Volkes dar (Sahm 2002 S. 51). In einem Artikel von Thomas Fuchs und Hans Lauter im Deutschen Ärzteblatt heißt es, der Damm zur ärztlich verordneten Lebensbeendigung ohne Wunsch müsse angesichts der 1000 Fälle pro Jahr als gebrochen angesehen werden (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220–A-221). Auch diese Betrachtungsweise setzt voraus, die Lebensbeendigung ohne Wunsch habe sich in den Niederlanden nach der aktiven Sterbehilfe entwickelt.

Lebensbeendigung ohne Wunsch ist in den Niederlanden nicht häufiger als in anderen europäischen Ländern. Sie ist teilweise seltener als in Ländern, in denen aktive Sterbehilfe nicht legal ist. Im Vergleich mit mehreren anderen europäischen Ländern lagen die Niederlande im Mittelfeld (van der Heide et al. 2003 S. 349). Die Verknüpfung zwischen der Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe und der Häufigkeit der aktiven Lebensbeendigung ohne Wunsch entbehrt somit bisher jeder statistischen Grundlage. Die Niederlande unterscheiden sich nur darin von ihren Nachbarländern, dass van der Maas und seine Mitarbeitern in drei Studien die Häufigkeit der Lebensbeendigung ohne Wunsch ermittelt haben. Diese gründliche epidemiologische Forschung und der bewusste Umgang mit dem Problem wird ihnen im Deutschen Ärzteblatt und in der FAZ vielfach zum Verhängnis. Die deutschen Autoren lassen dadurch erkennen, wo sich ihr blinder Fleck befindet: Nicht einer stellt die berechtigte Frage, wie hoch angesichts der niederländischen Zahlen die Dunkelziffer der Lebensbeendigung ohne Wunsch in Deutschland sein könnte. Diese Ignoranz ermöglicht eine Untermuerung der Dammbrech-Hypothese mit den niederländischen Zahlen. Richtiger wäre es, die Niederlande in erster Linie als ein Land anzusehen, in dem die Entscheidungen am Lebensende gründlich untersucht sind. Nur in

zweiter Linie ist interessant, ob durch die besondere Gesetzgebung aktive Sterbehilfe möglicherweise häufiger vorkommt als in anderen Ländern.

Die Rolle des Arztes bei der aktiven Sterbehilfe

Die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe bietet in den Niederlanden Ärzten Schutz vor Strafe im Tausch gegen Transparenz. Über Fälle von aktiver Sterbehilfe müssen Ärzte Rechenschaft ablegen. Im Gegenzug werden sie bei Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien für die Tötung eines anderen Menschen auf dessen Wunsch hin nicht bestraft.

In vielen Artikeln in den von mir betrachteten Medien wird die Rolle des Arztes bei der aktiven Sterbehilfe thematisiert. Insbesondere in *Medisch Contact* steht der Arzt im Mittelpunkt mehrerer Texte. Dies verwundert nicht, da es sich um eine Fachzeitschrift für Ärzte handelt. Die Diskussion um die Rolle des Arztes steht im engen Zusammenhang mit Überlegungen zu den Meldezahlen. Oft wird an die niederländischen Ärzte appelliert, sie möchten mehr melden. Ein solcher Appell findet sich z. B. in einem *Medisch-Contact*-Artikel von Legemaate und Spreeuwenberg (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195). Auch Govert den Hartogh mahnt in *Medisch Contact* mehr zu melden (den Hartogh 2002 S. 1193). Darüber hinaus geht es in vielen Artikeln in *Trouw* und *Medisch Contact* um die Fragen, wie man Ärzte davon überzeugen könne, mehr zu melden, und durch welche Umstände Ärzte sich möglicherweise vom Melden abhalten lassen. Als wichtiges Problem wurde dabei vor der Änderung des Strafgesetzbuches im Jahr 2002 die Angst der Ärzte vor Strafverfolgung angesehen. Mehrere Artikel aus diesem Zeitraum kritisieren die damalige Regelung der aktiven Sterbehilfe: Vor allem wird hervorgehoben, das Meldeverfahren für die dem Strafgesetzbuch nach verbotene aktive Sterbehilfe komme einer Selbstanzeige gleich. Diese dürfe man Ärzten nicht zumuten (Legemaate 1996 S. 517; Kastelein 1996 S. 525; Crul 1996; Feber 1996 S. 1616).

Außerdem wurden weitere Faktoren diskutiert: Eine Überprüfung der Fälle von aktiver Sterbehilfe durch andere Stellen als den Staatsanwalt war im Gespräch; es gab in verschiedenen Varianten Vorschläge für die später tatsächlich eingeführten regionalen Prüfkommisionen. Auch sollten Ärzte nach Meinung mancher Autoren besser über die Seltenheit von Strafverfahren und weitere Hintergründe des Meldeverfahrens informiert werden. Daneben wurden oft Bürokratieabbau und eine Verkürzung des Prüfverfahrens gefordert (van der Wal et al. 1996 S. 1612; Visser 1996 S. 1614–1615; Crul 1996).

Diese Punkte finden sich zum Teil auch in einem Artikel zur Van-der-Maas-Studie aus dem Jahr 1995 im *Deutschen Ärzteblatt* wieder. Offensichtlich seien Scheu vor dem langen, bürokratischen Prüfverfahren und „Angst vor Konsequenzen“ Gründe für Ärzte nicht zu melden, heißt es darin. Auch die Überlegungen zur Einführung von regionalen Prüfkommisionen werden erwähnt (Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996b S. A-3334). Die Formulierung „Angst

vor Konsequenzen“ erweckt den Eindruck, diese Angst sei gerechtfertigt. Allerdings wird an anderer Stelle des Artikels deutlich, dass die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden straffrei ist.

Abgesehen von diesem Text spielen die niederländischen Diskussionen und Bemühungen rund um die Erhöhung der Melderate in FAZ und Deutschem Ärzteblatt kaum eine Rolle. Zum einen handelt es sich hierbei um Details der Diskussion um aktive Sterbehilfe. Diese sind möglicherweise im Inland von mehr Interesse als im Ausland. Zum anderen lehnen die allermeisten Autoren in FAZ und Deutschem Ärzteblatt die aktive Sterbehilfe ab. Vermutlich sehen sie aus dieser Ablehnung heraus keinen Sinn darin, sich mit der Verbesserung der Transparenz zu beschäftigen.

In Medisch Contact wird die Entscheidungsfreiheit des Arztes in mehreren Artikeln als besonders hohes Gut bewertet. Das gilt teilweise auch im Übergangsbereich zur Lebensbeendigung ohne Wunsch des Patienten. Nach Ansicht des Arztes Postmes sollten Ärzte auch bei Irrtümern, Fehlern oder fehlender Sorgfalt aktive Sterbehilfe ohne Angst vor Strafverfolgung melden dürfen (Spreeuwenberg 1996 S. 107). Nimmt man diese Forderung von Postmes wörtlich, hätten Ärzte in den Niederlanden weitgehend uneingeschränkte Möglichkeiten, Patienten zu töten. Das wäre sicherlich nicht im Sinn des Arztes, der sich selbst als Gegner der aktiven Sterbehilfe bezeichnet. Vielmehr steckt hinter seinem Wunsch ein großes Vertrauen in die niederländische Ärzteschaft und deren Willen zur Sorgfalt. Dieses Vertrauen findet sich in mehreren Artikeln in Trouw und Medisch Contact wieder (Breedveld 2002 S. 18; van der Wal et al. 1996 S. 1610; Editorial Trouw 1996j S. 1; Algra 2003 S. 16). Postmes kann sich bewusste Nachlässigkeit oder gar Bösartigkeit der Ärzte nicht vorstellen. Jene Fehler und Fälle mangelnder Sorgfalt, die trotzdem vorkommen, sind seiner Meinung nach unvermeidbar und dürfen nicht bestraft werden. Eine ähnliche Sicht vertreten Legemaate und Spreeuwenberg in einem weiteren Medisch-Contact-Artikel. Anlass für diesen Text waren Gerichtsverfahren gegen die Ärzte Prins und Kadijk, die beide schwerkranke Säuglinge getötet hatten. Zwar werde das Strafrecht bei Lebensbeendigung ohne Wunsch immer eine Rolle spielen müssen. Eine stärkere Verzahnung mit anderen Möglichkeiten der Überprüfung in diesem Bereich sei aber wünschenswert (Legemaate und Spreeuwenberg 1996 S. 195). Darauf, wie diese Verzahnung aussehen könnte, gehen die Autoren nicht ein. Ihr Vorschlag bleibt vage. Trotzdem wird Folgendes deutlich: Sie haben keine Angst, dass eine weitere Lockerung des Strafrechts leichtfertige Lebensbeendigungen durch Ärzte hervorrufen könne. Wie Postmes vertrauen sie den niederländischen Ärzten und sind überzeugt von deren guten Absichten. Dieselbe Meinung vertreten Ben Crul in Medisch Contact und der Autor eines Trouw-Artikels aus dem Jahr 1996. Beide kritisieren die Anklagen gegen Kadijk und Prins. Sie sehen die Ärzte als Versuchskaninchen missbraucht (Editorial Trouw 1996; Crul 1996). Dabei hatten Kadijk und Prins bewusst strafbare Handlungen begangen und diese anschließend gemeldet. Mit einer Strafverfolgung hatten sie rechnen müssen, auch wenn die niederländische

Regierung zuvor zum Melden der Fälle von Lebensbeendigung ohne Wunsch aufgefordert hatte. Trotzdem ist diese Verfolgung zweier Ärzte, die durch Melden zur allgemein gewünschten Transparenz beigetragen haben, aus Sicht der Autoren das falsche Signal. Um Ärzte zum Melden zu bewegen, sind sie bereit, ihnen einen sehr großen Entscheidungsspielraum einzuräumen.

Insgesamt ist die Diskussion um die Rolle des Arztes bei der aktiven Sterbehilfe in *Medisch Contact* und *Trouw* geprägt von zwei Faktoren: Einerseits ist das Vertrauen in das Verantwortungsbewusstsein und die Sorgfalt der Ärzte groß. Andererseits wird Transparenz als wichtigstes Ziel der niederländischen Sterbehilfe-Politik erachtet. Beides hängt miteinander zusammen. Da es wenig Misstrauen und Ängste in Bezug auf die Ärzte gibt, sorgt sich kaum jemand um die Qualität von deren Entscheidungen am Lebensende. Die Diskussion kann sich deshalb auf die Möglichkeiten, mehr Transparenz zu erreichen, konzentrieren. Als eine dieser Möglichkeiten sehen viele eine größere Zurückhaltung des Strafrechts, um meldende Ärzte für ihre Offenheit zu belohnen. Einige denken dabei sogar an die Lebensbeendigung ohne Bitte des Patienten. Ängste vor leichtfertigen Entscheidungen der Ärzte oder einer schleichenden Ausweitung der Praxis würden solche Gedankenspiele im Keim ersticken.

Auszuschließen ist nicht, dass neben dem Vertrauen in die Ärzteschaft ein Gefühl der Hilflosigkeit bei einigen Beteiligten mitverantwortlich für die Forderungen nach weniger Strafrecht ist. Im Jahr 1990 beziehungsweise 1995 hatte es in den Niederlanden 1000 beziehungsweise 900 Fälle von Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten gegeben (van der Maas et al. 1996 S. 1699–1705). Nur vereinzelt waren solche Fälle gemeldet worden. Mir ist kein Fall bekannt, der ohne Meldung durch den Arzt zur strafrechtlichen Verfolgung gekommen wäre. Wenn der Arzt die Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch nicht selbst meldet, ist sein Risiko, deswegen angeklagt zu werden, verschwindend gering. Es gibt neben dem Versuch, Ärzte zum Melden zu motivieren, kaum Handlungsalternativen, um mit diesen Lebensbeendigungen ohne Wunsch umzugehen. Trotzdem vertrauen die niederländischen Autoren in *Trouw* und *Medisch Contact* meiner Meinung nach ihren Ärzten nicht nur zwangsweise. Ansonsten würden sie in ihren Texten zumindest ab und zu nachdenken über mehr Obduktionen, stichprobenartigen Überprüfungen von Todesfällen oder ähnliche, von freiwilligen Meldungen unabhängigen Kontrollmaßnahmen.

In den betrachteten niederländischen Medien gehen die meisten Autoren davon aus, dass Ärzte Lebensbeendigungen mit und ohne Wunsch bereits durchführten, bevor die aktive Sterbehilfe straffrei wurde. Sie übernahmen nach dieser Ansicht die Aufgabe gewissermaßen aus ihrer Arbeitssituation heraus.

In den deutschen Medien *Deutsches Ärzteblatt* und *FAZ* klingt dagegen eher die Vorstellung an, den Ärzten sei diese Aufgabe übertragen worden. So kritisiert Stephan Sahm in der *FAZ*, es sei nicht überzeugend zu erklären, warum in den Niederlanden Ärzte mit der Aufgabe der aktiven Sterbehilfe betraut worden sei-

en. Möglicherweise seien Apotheker mit ihren pharmakologischen Kenntnissen dafür besser geeignet (Sahm 2002 S. 51). In *Medisch Contact* und *Trouw* wird dagegen wiederholt beschrieben, wie aktive Sterbehilfe als gemeinsamer Entschluss aus einer Arzt-Patienten-Beziehung heraus entstehen soll. So stellen es sich beispielsweise Martine Cornelisse in *Trouw* (Cornelisse 1996 S. 11) und der *Medisch-Contact*-Autor Kenter vor (Kenter 1996 S. 482). So lässt es auch die *Trouw*-Autorin Monic Slingerland den Arzt Hertogh beschreiben (Slingerland 1996 S. 9).

Sahms Titel „Ganzgott in Weiß“ macht deutlich, dass die niederländische Sterbehilfe-Gesetzgebung die Ärzte aus seiner Sicht mit zu viel Macht ausgestattet hat.

Ein Artikel von Thomas Fuchs und Hans Lauter im *Deutschen Ärzteblatt* sieht dies einerseits ähnlich. Eine Straffreiheit auch von Lebensbeendigungen ohne Wunsch wird als von langer Hand geplantes Endziel „hochrangiger niederländischer Ärztevertreter“ dargestellt. Andererseits sehen die Autoren die niederländischen Ärzte als Opfer der Sterbehilfegesetzgebung. Die Übertragung dieser Aufgabe auf die Ärzte sei eine Zumutung (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222).

Ein anderer Artikel im *Deutschen Ärzteblatt* bezeichnet es als paradox, dass die niederländische Sterbehilfebewegung mit ihrem Ziel der Stärkung der Patientenautonomie in Wirklichkeit die Macht der Ärzte über Leben und Tod erweitert habe (Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996a S. A-1715). Vor dem Hintergrund der in *Trouw* und *Medisch Contact* verbreiteten Auffassung könnte man entgegenhalten, die niederländische Sterbehilfegesetzgebung ermögliche mehr Kontrolle über von Ärzten ohnehin ausgeübte Handlungen zur Lebensbeendigung. Damit schwäche sie sogar die Machtposition der Ärzte.

Ein FAZ-Artikel von Martin Thommes lobt einen Beitrag zum Buch „Töten oder sterben lassen?“ von Thomas Fuchs und Robert Spaemann. Darin werde das Verlangen von Ärzten, aktive Sterbehilfe zu leisten, tiefenpsychologisch analysiert. Ursächlich sei die Kränkung des auf Heilung ausgerichteten Arztes durch den unheilbar Erkrankten. Diese wecke in ihm das Bedürfnis, etwas gegen die Situation zu unternehmen. Derselbe psychische Mechanismus habe bei den NS-Ärzten gegriffen (Thoemmes 1997 S. 15).

Wieder wird der Arzt als derjenige charakterisiert, der im Rahmen der aktiven Sterbehilfe seine Macht missbraucht. Zusätzlich wird erklärt, warum Ärzte ein Bedürfnis haben könnten, im Zuge der aktiven Sterbehilfe Macht auszuüben. Dieser Erklärung ist meiner Meinung nach Folgendes entgegen zu setzen: Bei der so genannten Euthanasie zur Zeit des Nationalsozialismus handelte es sich vorwiegend um Massentötungen. Die Patienten wurden dafür an bestimmte Orte gebracht, wo bestimmte Ärzte sie töteten. Hätte sich ein Arzt aufgrund ihres unheilbaren Zustands gekränkt gefühlt, wäre das der behandelnde Mediziner gewesen. Dieser entschied aber in der Regel nicht über die Tötung und führte sie auch nicht aus. Darüber hinaus wurden die Tötungen von einem diktatorischen Regime gefordert, das ein Klima der Angst verbreitete. Es ist schwer

vorstellbar, dass ein Arzt sich in einer solchen Situation vor allem um seinen durch unheilbar kranke Patienten gekränkten Stolz kümmert. Die Ärzte dürften eher versucht haben, sich opportunistisch an die Erfordernisse der Situation anzupassen.

Für moderne Ärzte sind aufgrund des heute erreichbaren hohen Lebensalters multimorbide, chronisch kranke und unheilbare Patienten eher der Regelfall als die Ausnahme. Würde sie das kränken, und wollten sie etwas dagegen unternehmen, müssten sie täglich mehrmals zur Todesspritze greifen.

Einfluss der Palliativmedizin auf den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

Ein häufiges Argument der Gegner aktiver Sterbehilfe ist, diese sei bei guter palliativmedizinischer Behandlung überflüssig. Dieses Argument spielt vor allem unter den Gegnern im Deutschen Ärzteblatt eine Rolle. Beispiele sind Artikel aus dem Jahr 1996 von Andreas Dehne (Dehne 1996 S. A-1432) und Thomas Fuchs (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220) sowie ein Artikel aus dem Jahr 2002 von Andreas Zieger. (Zieger 2002 S. A-2027). Nicht alle Vertreter dieses Arguments behaupten, mit guter Palliativmedizin könne jedem schwer kranken Patienten befriedigend geholfen werden. Vielmehr heben sie hervor, bei Ausschöpfung der palliativmedizinischen Möglichkeiten würden Bitten um aktive Sterbehilfe in der „Mehrzahl der Fälle“ (Dehne 1996 S. A-1432) keine Rolle mehr spielen. Gute Palliativmedizin könne den Sterbewunsch eines Patienten „in hohem Maße“ (Fuchs und Lauter 1997S. A-220) beeinflussen. Gemeinsam ist diesen Autoren Folgendes: Sie beschäftigen sich nicht mit den wenigen Fällen, in denen möglicherweise trotz Palliativmedizin die Bitte um aktive Sterbehilfe aufkommt. Dieses Versäumnis lässt zwei Interpretationen zu: Entweder tun die Autoren sich aus philosophischen Gründen schwer damit, die Möglichkeit solcher Fälle völlig auszuschließen. Sie gehen aber davon aus, dass diese Fälle praktisch nicht vorkommen. Oder die Autoren gehen davon aus, dass es solche Fälle tatsächlich gibt. Sie sind aber dagegen, für diese wenigen Fälle aktive Sterbehilfe zu zulassen, weil aus ihrer Sicht wichtige Gründe dagegen sprechen. Dann wäre es sinnvoll, diese Gründe zu erläutern, statt sich nur auf die Palliativmedizin zu berufen.

In Trouw findet sich ebenfalls der Gedanke, eine optimale Palliativtherapie könne die Häufigkeit der aktiven Sterbehilfe reduzieren. Die aktive Sterbehilfe wird aber ausdrücklich als letztes Mittel bei Versagen aller palliativmedizinischen Möglichkeiten begrüßt. Beispiele für diese Vorstellung bilden Trouw-Artikel von Gonny ten Haaft aus dem Jahr 1996 (ten Haaft 1996a) und von Hans van Dam aus dem Jahr 1997 (van Dam 1997 S. 11).

Ließe sich zeigen, dass bei optimaler Symptomlinderung und menschlicher Zuwendung kein Patient mehr nach Sterbehilfe verlangt, wäre das entscheidende Argument für aktive Sterbehilfe hinfällig. Könnte umgekehrt gezeigt werden, dass manche Menschen trotz guter Palliativmedizin lange Leidenswege auf sich

nehmen müssen, wäre die Position der Sterbehilfe-Befürworter gestärkt. Diese Frage lässt sich in klinischen Studien untersuchen. Diese hätten aber zahlreiche Limitationen, die es meiner Ansicht nach unmöglich machen würden, einen Schluss aus ihnen zu ziehen.

Erstens ist der Satz „Es gibt Patienten, deren Leiden durch Palliativmedizin nicht zu beseitigen ist“, der Wissenschaftstheorie von Karl Raimund Popper folgend, ein Existenzsatz. Es kann verifiziert werden durch Existenz eines Patienten, dessen Leiden mit allen palliativmedizinischen Versuchen nicht zu beseitigen ist. Falsifiziert werden kann er nicht. Wenn man trotz gründlichen Suchens keinen Patienten findet, dessen Leiden durch palliative Maßnahmen nicht beseitigt werden konnte, könnte man den entscheidenden Patienten verpasst haben (Merten 1999 S. 37).

Zweitens aber sagt bei diesem Satz auch die theoretisch mögliche Verifikation wenig aus. Menschen haben eine unterschiedliche Frustrationstoleranz. Nehmen wir an, die Beschwerden eines Patienten wären aus palliativmedizinischer Sicht in äußerst befriedigendem Maße zurückgedrängt worden. Er könnte seine Situation subjektiv dennoch als unbefriedigend empfinden und sterben wollen.

Motive für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

Laut den Untersuchungen von van der Maas und seinen Mitarbeitern sind zwei sehr häufige Gründe für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe das Gefühl eines Würdeverlustes und die Angst, nicht in Würde sterben zu können (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 45). Was sollte man aus dem Wissen um diese Gründe schlussfolgern? Was verstehen diese Patienten unter Würde? Muss man aktive Sterbehilfe vor diesem Hintergrund zulassen, weil Würdelosigkeit kein Symptom ist, das sich palliativmedizinisch behandeln ließe? Oder muss man aktive Sterbehilfe erst recht verbieten, weil Würde dem Menschen an sich unabhängig von seiner Situation eigen ist, und diese Tatsache den Patienten nur in geeigneter Weise durch Ärzte, Pfleger und Angehörige vermittelt werden muss?

Mit diesen zentralen Fragen beschäftigen sich die in dieser Arbeit betrachteten Medien nicht. Vielmehr setzen die meisten Autoren ihre persönliche Interpretation des Gefühls von Würdeverlust bei weiteren Überlegungen einfach voraus.

Ein Ansatz zur Reflexion über Schwierigkeiten bei der Interpretation des Würdebegriffs findet sich nur in einem Artikel von Gonny ten Haaft aus dem Jahr 1996. Ein englischer Arzt in einem Hospiz habe zu ihr gesagt, man könne auch Patienten mit dem Gefühl des Würdeverlustes noch Würde geben. Darunter könne sie sich kaum etwas vorstellen. Sie habe aber begriffen, dass die Haltung von Freunden, Familienmitgliedern und medizinischem Personal Einfluss habe auf das Befinden der Patienten. Ten Haaft fragt sich außerdem, was Verfall sei und worin das Gefühl eines Würdeverlustes bestehe (ten Haaft 1996g). Antworten auf diese Fragen gibt sie nicht.

Ansonsten fällt Folgendes auf: Autoren, die aktive Sterbehilfe ablehnen, bringen das Gefühl des Würdeverlustes eher mit behandelbaren Problemen in Zusammenhang. Autoren, die für aktive Sterbehilfe sind, sehen hinter dem Gefühl des Würdeverlustes eher durch palliativmedizinische Maßnahmen nicht beherrschbare Schwierigkeiten.

Laut einer Dokumentation des 99. Deutschen Ärztetages im Deutschen Ärzteblatt sind

Angst vor Abhängigkeit, Entstellung und Würdelosigkeit (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715)

häufige Motive für aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. Diese Motive, so behauptet der Artikel, betreffen das Verhältnis des Patienten zu seiner Umgebung. Deshalb sieht er sie als Domäne der Palliativmedizin. Die Frage, ob und wie man der Angst vor Würdelosigkeit therapeutisch und menschlich begegnen kann, ist damit aus meiner Sicht nicht beantwortet. Laut Thomas Fuchs sind

Angst vor unerträglichem Leiden, Depression, Einsamkeit, das Bedürfnis nach Nähe und Verständnis oder auch der Wunsch nach Entlastung der Umgebung (Fuchs 1996 S. 30–31)

Motive, die hinter einem Sterbewunsch stehen können. Man kann sich vorstellen, dass menschliche Zuwendung bei der Bewältigung dieser Probleme helfen würde. Sie sind besser fassbar als das abstrakte und von niederländischen Patienten häufig genannte Gefühl der Würdelosigkeit. Ob es aber tatsächlich solche Probleme sind, die dieses Gefühl hervorrufen, ist damit nicht geklärt.

Medisch Contact und Trouw gehen selten auf die Details der Gründe für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ein. Gonny ten Haaft nennt in ihrem Trouw-Artikel aus dem Jahr 1996

Verfall, [...] starke Erschöpfung, das Echt-nicht-mehr-leben-Können (ten Haaft 1996g).¹

Diese Beschwerden sind weniger konkret als die von Fuchs und dem Autor der Dokumentation genannten und werden von ten Haaft nicht mit einer Behandelbarkeit durch Palliativmedizin in Verbindung gebracht. Auf das Gefühl des Würdeverlustes geht Ten Haaft, wie oben gezeigt, an einer anderen Stelle ihres Textes ein. Das von mir mit „Verfall“ übersetzte, niederländische Wort „ontluistering“ bedeutet wörtlich „Entglorifizierung“ und ist damit in seiner Bedeutung dem deutschen „Würdeverlust“ nahe.

Ein Artikel von Kenter aus dem Jahr 1996 beschäftigt sich mit der Objektivierbarkeit des unerträglichen Leidens. Bestehe ein Verlust mehrerer Lebensfunk-

¹ ontluistering, of intense vermoeidheid, het echt-niet-meer-verder-kunnen (ten Haaft 1996g).

tionen, sei die Unerträglichkeit des Leidens für jeden leicht erkennbar. Dies gelte etwa für das Zusammenkommen von

Inkontinenz, Bettlägerigkeit, Beklemmungsgefühl und Passageproblemen im Magen-Darm-Bereich [...] (Kenter 1996 S. 481).²

Wie Fuchs und der Autor der Dokumentation des 99. Ärztetags stellt Kenter sich den eigentlichen Problemen nicht: Warum sollte ausgerechnet diese Kombination von Beschwerden unerträglich sein? Wo verläuft die Grenze zu erträglichem Leiden? Sind solche Beschwerden ursächlich für das Gefühl des Würdeverlustes bei vielen Patienten am Lebensende? Sind sie nicht durch palliativmedizinische Bemühungen zu behandeln?

Es fällt auf, dass Fuchs und der Autor der Dokumentation des 99. Ärztetages emotionale Probleme aufzählen, Kenter dagegen körperliche. Realistischer wäre es aus meiner Sicht, im Regelfall von einer Kombination körperlicher und seelischer Faktoren auszugehen, die das schwere oder unerträgliche Leiden ausmacht. Außerdem setzen Fuchs und der Autor der Dokumentation leichtfertig die Behandelbarkeit der von ihnen genannten seelischen Probleme voraus. Kenter dagegen geht ohne Weiteres davon aus, die von ihm genannten körperlichen Probleme seien nicht zu lindern.

Objektivierbarkeit versus Subjektivität des unerträglichen Leidens

Brauchbarer ist Kenters zweiter Versuch, sich der Objektivierung des unerträglichen Leidens zu nähern. Er schlägt wiederholte Gespräche mit dem Patienten und Menschen in seiner Umgebung vor (Kenter 1996 S. 482). Damit ist zwar keine echte Objektivierung möglich, aber zumindest eine Überprüfung der Persistenz, Konsistenz und Nachvollziehbarkeit des Wunsches. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Govert den Hartogh in einem Trouw-Artikel aus dem Jahr 1996. Er spricht sich gegen einen harten Gegensatz von Subjektivität und Objektivierbarkeit des unerträglichen Leidens aus (den Hartogh 1996). Die subjektive Wahrnehmung des Patienten müsse in einen Gesamtkontext und in Frage gestellt werden. Erwähnenswert ist der Anlass dieses Artikels von den Hartogh: Er wendet sich damit gegen einen Gesetzesvorschlag der NVVE. Die Vereinigung sehe zu Unrecht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als einzig maßgeblich für die Erfüllung des Wunsches nach aktiver Sterbehilfe. Den Hartoghs Argumentation könnte genauso eine Entgegnung auf einen Artikel von Thomas Fuchs und Hans Lauter aus dem Jahr 1997 sein. Die beiden Autoren hatten das individuelle Leiden für nicht objektivierbar erklärt und dies als Argument gegen die aktive Sterbehilfe gebraucht (Fuchs und Lauter 1997S. A-220). Genauso argumentiert Stephan Sahn in einem jüngeren FAZ-Artikel (Sahn 2002 S. 51).

² zoals incontinentie, gedwongen verblijf in bed, benauwdheid, passageproblemen van voedsel en faeces [...] (Kenter 1996 S. 481).

Folgendes wird deutlich: Kenter und den Hartogh sind Befürworter eines Mittelwegs. Sie möchten Entscheidungen für aktive Sterbehilfe durch eine Kombination aus subjektiven und objektiven Gründen gestützt wissen. Dieser Mittelweg ist in der niederländischen Regelung der aktiven Sterbehilfe, bei der zwei Ärzte und der Patient einwilligen müssen, verwirklicht. Es ist ein Kompromiss zwischen Selbstbestimmung und Verbot der aktiven Sterbehilfe: Drei Menschen treffen eine schwere Entscheidung gemeinsam, weil deren Tragweite möglicherweise für einen Einzelnen nicht überschaubar ist. Eine eindeutige Antwort auf die Frage nach dem Recht auf Selbstbestimmung sieht anders aus. Das macht diesen Mittelweg zu einer geeigneten Zielscheibe für die Angriffe der Befürworter einer radikaleren Selbstbestimmung einerseits und der Gegner aktiver Sterbehilfe andererseits.

Ein Recht auf aktive Sterbehilfe?

Während die einen ein Recht auf aktive Sterbehilfe vermissen, sehen die anderen die niederländischen Ärzte durch die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe unter Druck von Patientenseite. Ein Trouw-Artikel von Wybo Algra aus dem Jahr 2002 schildert eine Informationsveranstaltung der NVVE: Eine Frau beschwert sich, in einem konservativen Dorf sei es schwierig, einen Arzt zu finden, der zur aktiven Sterbehilfe bereit sei. Ein Mann zieht die Schlussfolgerung, das Gesetz sei also eigentlich nutzlos (Algra 2002 S. 4). Aus Sicht dieser Niederländer geht das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe nicht weit genug. Es steht ihrem Wunsch nach Selbstbestimmung im Weg. Dagegen fürchten Thomas Fuchs und Hans Lauter in ihrem Artikel aus dem Jahr 1997, ein Recht der Patienten auf Selbstbestimmung könne zur Verpflichtung für den Arzt werden, diesem zu entsprechen. Zwar beziehen sie diese Befürchtung nicht ausdrücklich auf die Niederlande, grenzen sie aber auch nicht von der dortigen Regelung ab (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222). Anscheinend sind die beiden Autoren sich des Unterschieds zwischen der niederländischen Regelung und einer auf einem Patientenrecht basierenden Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe nicht bewusst. Bundesärztekammerpräsident Hoppe wurde im Jahr 2002 im Deutschen Ärzteblatt mit den Worten zitiert, der Mensch habe kein Recht getötet zu werden (Klinkhammer 2002 S. A-1558). Der Artikel bezog sich auf die Regelungen zur aktiven Sterbehilfe in Belgien und in den Niederlanden. In beiden Ländern gibt es kein gesetzlich festgeschriebenes Recht auf aktive Sterbehilfe. Deshalb wäre auch an dieser Stelle eine Abgrenzung zwischen Hoppes Argument und der Wirklichkeit angemessen gewesen.

Trouw-Artikel von Gonny ten Haaft aus dem Jahr 1996 und Doeke Post aus dem Jahr 2002 liefern allerdings Anhaltspunkte dafür, dass einige Ärzte sich möglicherweise auch in Abwesenheit eines Patientenrechtes auf aktive Sterbehilfe unter Druck gesetzt fühlen. Manche Ärzte, so ten Haaft, empfinden es als Belastung, dass Patienten zunehmend direkt nach ihrer Aufnahme in ein Krankenhaus über aktive Sterbehilfe sprechen wollten (ten Haaft 1996g). Einige

Amsterdamer Ärzte sähen Forderungen eines Rechts auf aktive Sterbehilfe durch Patienten als unangenehme Folge der Legalisierung, heißt es bei Post (Post 2002 S. 17).

Zu demselben Thema steuerte Robert Pool in *Medisch Contact* seine Beobachtungen aus einem westniederländischen Krankenhaus Anfang der 1990er Jahre bei. Manche Patienten in diesem Krankenhaus hätten geglaubt, durch eine Patientenverfügung oder eine Mitgliedschaft in der NVVE ein Recht auf aktive Sterbehilfe zu haben (Pool 1996 S. 706). Insgesamt legen diese Beispiele aus den niederländischen Medien Folgendes nahe: Einige Patienten in den Niederlanden treten in Bezug auf aktive Sterbehilfe fordernd auf und glauben oder wünschen, ein Recht darauf zu haben. Den Autoren in *Trouw* und *Medisch Contact* fällt es aber nicht schwer, diese Vorstellungen der Patienten von der tatsächlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden abzugrenzen. In den zwei Artikeln im *Deutschen Ärzteblatt* zu diesem Thema wird eine solche Abgrenzung dagegen nicht vorgenommen. Ihre Beschäftigung mit dem Patientenrecht auf aktive Sterbehilfe bleibt auf eine abstrakte Ebene beschränkt. Ein Bezug zu den Niederlanden wird zwar an anderen Stellen in den Artikeln hergestellt. Beim Thema „Patientenrecht“ fehlt dieser Bezug jedoch. Auch andere Artikel aus *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* über aktive Sterbehilfe berichten nicht über Details aus dem Spannungsfeld zwischen gesetzlicher Regelung und Erwartungen der Patienten in den Niederlanden. Natürlich kann in Berichten über ein Nachbarland kein so großer Detailreichtum erwartet werden wie in Artikeln über das eigene Land. Aber angesichts des großen Interesses an der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden könnte man aus meiner Sicht mehr Informationen erwarten. Denn in den deutschen Medien werden zum Teil weitreichende Schlussfolgerungen aus den niederländischen Entwicklungen gezogen.

Schmerzen als Motiv für die Bitte um aktive Sterbehilfe

Zwei Symptome stehen in der Diskussion um das Verhältnis von aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin in allen vier betrachteten Medien besonders im Vordergrund: Es handelt sich um Schmerzen und um Depression.

Sowohl in der *FAZ* als auch im *Deutschen Ärzteblatt* wird erwähnt, unerträgliche Schmerzen seien nicht der häufigste Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe (Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996a S. A-1715; Editorial *FAZ* 1996a S. N1; Fuchs 1996 S. 30–31). Diese Behauptung deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von van der Maas und van der Wal aus dem Jahr 1990 (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 45). Alle drei Artikel in *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* schlussfolgern, aktive Sterbehilfe sei überflüssig. Die Ursachen für Bitten um aktive Sterbehilfe sehen sie im Bereich emotionaler Probleme. Diese können nach Meinung der Autoren durch (palliativ-)medizinische Maßnahmen behandelt werden.

Schmerzen waren in der Van-der-Maas-Studie der zweithäufigste Grund für die Bitte um aktive Sterbehilfe. In knapp der Hälfte der Fälle hatten sie eine Rolle gespielt (van der Maas, van Delden, Pijnenborg 1992 S. 45). Diese Tatsache erwähnt keiner der Artikel. Der FAZ-Autor behauptet sogar, in den Niederlanden habe man bei Patienten mit starken Schmerzen ein geringes Interesse an aktiver Sterbehilfe beobachtet (Editorial FAZ 1996a S. N1). Das ist falsch. Wenn alle anderen typischen Beschwerden am Lebensende bis auf Schmerzen problemlos zu behandeln wären und auch behandelt würden, könnte man auf Basis dieser Van-der-Maas-Studie nicht von einem Verschwinden der Bitten um aktive Sterbehilfe ausgehen. Insofern erzeugt die Betonung der Tatsache, Schmerzen seien nicht der Hauptgrund für aktive Sterbehilfe, ein falsches Bild beim Leser. Gonny ten Haaft hebt in ihrem Artikel aus dem Jahr 1996 in *Trouw* hervor: Schmerzen seien für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zwar von geringerer Bedeutung als andere Beschwerden. 10 bis 20 Prozent der Krebspatienten hätten jedoch schwere, therapieresistente Schmerzen (ten Haaft 1996g).

Auch manche Artikel aus den beiden deutschen Medien sehen Schmerzen als Ursache für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Die Schmerzbekämpfung sei

weithin unzulänglich, selbst in den Niederlanden (Editorial FAZ 1997b S. N1)

heißt es in einem Artikel in der FAZ zum Thema aktive Sterbehilfe. Voraussetzung für aktive Sterbehilfe in den Niederlanden seien „unerträgliche Schmerzen“ (Editorial Deutsches Ärzteblatt 2002 S. 197) schreibt das Deutsche Ärzteblatt. Letztere Aussage ist falsch. Beide Artikel erwecken den Eindruck einer sehr oberflächlichen Beschäftigung mit dem Verhältnis von Schmerzen und aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden. Man kann die Meinung vertreten, die Schmerzbekämpfung in den Niederlanden sei nicht ausreichend. Wenn man dies im Zusammenhang mit der Praxis der aktiven Sterbehilfe tut, sollte man aber erwähnen, dass Schmerzen in den Niederlanden nicht der einzige Grund für aktive Lebensbeendigungen sind. Ansonsten entsteht ein falsches Bild. Erstaunlich ist dieses Versäumnis vor allem vor dem Hintergrund des anderen, ein Jahr früher erschienenen FAZ-Artikels, der Schmerzen als rares Motiv für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe darstellt.

Insgesamt besteht in Artikeln in FAZ und Deutschem Ärzteblatt die Tendenz, sich entweder nur auf emotionale Motive oder nur auf Schmerzen als Ursachen für aktive Sterbehilfe zu konzentrieren.

Depressive und andere psychische Erkrankungen als Motive für die Bitte um aktive Sterbehilfe

Das emotionale Motiv, das die meiste Aufmerksamkeit erhält, ist die depressive Erkrankung. Ein Artikel in der FAZ und zwei im Deutschen Ärzteblatt erwähnen, in den Niederlanden sei eine körperlich gesunde Frau wegen Depressionen von ihrem Arzt getötet worden (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222; Editorial FAZ 1996d S. 63; Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715). Die zwei Artikel

im Deutschen Ärzteblatt erwähnen eine Behandelbarkeit der für die aktive Sterbehilfe ursächlichen Depression.

Tatsächlich gibt es in den Niederlanden keinen Konsens darüber, dass psychische Erkrankungen keine Ursache sein dürfen für aktive Sterbehilfe. In allen bisher gültigen Sorgfaltskriterien war aber die Aussichtslosigkeit der Erkrankung Voraussetzung für die Strafflosigkeit der aktiven Sterbehilfe.

Der Fall, auf den die drei Artikel sich wahrscheinlich beziehen, ist der Fall des Psychiaters Chabot. Die betroffene Patientin hatte in der Vorgeschichte eine schwere Traumatisierung erlitten. Bisherige Behandlungsversuche waren ohne Erfolg gewesen. Chabot wurde der Beihilfe zum Suizid für schuldig befunden, weil er die Aussichtslosigkeit weiterer psychiatrischer Behandlungsversuche bei dieser Patientin vor Gericht nicht hatte beweisen können. Er bekam keine Strafe auferlegt (Griffiths, Bood, Weyers 1998 S. 81–82). Wenn das Deutsche Ärzteblatt erwähnt, die Depression der Betroffenen sei behandelbar gewesen, müsste es auch erwähnen, dass diese Tatsache zum Schuldspruch für den Arzt geführt hatte. Außerdem müsste es darauf hinweisen, dass die Behandelbarkeit angesichts erfolgloser Behandlungsversuche fraglich war.

Das Gericht hatte die Forderung des Staatsanwaltes zurückgewiesen, Chabot wegen des Fehlens einer schweren körperlichen, lebensbedrohlichen Erkrankung bei der Patientin schuldig zu sprechen. Insofern ist vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid aufgrund psychischer Erkrankungen in den Niederlanden eine Möglichkeit. Praktisch dürfte bei diesen Erkrankungen die Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten schwer zu beweisen sein. Wie viele psychotherapeutische Sitzungen und welche Therapieverfahren muss ein Patient durchlaufen, bevor seine psychische Erkrankung als therapieresistent gilt? Diese Frage wird in den von mir betrachteten Medien nicht diskutiert.

Warum ist der Chabot-Fall in FAZ und Deutschem Ärzteblatt so beliebt? Die drei genannten Artikel versuchen mit seinem Beispiel ihren Verdacht einer Fehlentwicklung beziehungsweise eines Dammbrochs in den Niederlanden zu untermauern (Fuchs und Lauter 1997 S. A-222; Editorial FAZ 1996d S. 63; Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996a S. A-1715).

Dieser Argumentation setzt Heleen Weyers in *Medisch Contact* entgegen, die Rechtsprechung in den Niederlanden habe schon kurz nach Beginn der Debatte um aktive Sterbehilfe psychische Erkrankungen als Grund für aktive Sterbehilfe anerkannt. Von einer Aufweichung einer früheren Ablehnung könne deshalb keine Rede sein (Weyers 1997 S. 174).

In nur einem der von mir untersuchten Texten aus *Trouw* und *Medisch Contact* wird die Meinung vertreten, aktive Sterbehilfe sei grundsätzlich in Ordnung, bei Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch bedenklich. Auch dieser Artikel ist zögerlich formuliert. Der Autor Willem Breedveld moniert in *Trouw*, das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe eröffne eine Grauzone. Mit der Ermöglichung

aktiver Sterbehilfe bei psychischen Erkrankungen gehe es vielleicht einen Schritt zu weit. Gleichzeitig betont er, auf die Sorgfalt der niederländischen Ärzte sei Verlass (Breedveld 2002 S. 18).

Die frühe Integration der psychischen Erkrankungen in die Praxis der aktiven Sterbehilfe erregt in den niederländischen Medien kaum spezielle Aufmerksamkeit. Sie wird nicht als Anzeichen für eine Fehlentwicklung gesehen:

Aktive Lebensbeendigungen bei dementen Patienten und Menschen ohne ernsthafte körperliche oder psychische Erkrankungen seien in den Niederlanden weiterhin selten, stellte Wybo Algra in Trouw im Jahr 2003 anlässlich einer Vander-Maas-Studie fest. Er schlussfolgerte, die Niederlande befänden sich nicht auf einer schiefen Ebene (Algra 2003 S. 16). Ein anderer Trouw-Artikel griff die NVVE an, weil diese aus Sicht des Autors eine Entkoppelung der Selbsttötung von psychischem und physischem Leiden gefordert hatte (Editorial Trouw 2002b S. 2).

Folgendes wird deutlich: Potentielle Grenzüberschreitungen sehen die beiden Autoren in einem Bereich von Lebensbeendigungen, der über die aktive Sterbehilfe bei schwerem psychischem Leiden hinausgeht.

Abgrenzen von der aktiven Sterbehilfe aufgrund einer nicht behandelbaren psychischen Erkrankung muss man behandelbare psychische Erkrankungen als versteckte Ursache für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Dieses Problem ist Gegenstand von Diskussionen in Trouw und Medisch Contact. Einige, wie der Leidener Psychiatrieprofessor Hengeveld, meinen, das Erkennen von psychischen Erkrankungen als Ursache für den Sterbewunsch überfordere Hausärzte (Editorial Trouw 1996n). Andere wie die Trouw-Autorin Cornelisse (Cornelisse 1996 S. 11) und der Medisch-Contact-Autor Kenter (Kenter 1996 S. 482) sehen diese mit ihrer langjährigen Kenntnis ganzer Familien als für die Aufgabe besonders geeignet an. Basis für diese Diskussion ist die Grundannahme, es gebe Patienten mit Sterbewunsch mit und ohne psychische Erkrankung. Dagegen legt ein FAZ-Artikel aus dem Jahr 1996 nahe, eine depressive Erkrankung sei bei nahezu allen Patienten mit beispielsweise einer Krebserkrankung der Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe (Editorial FAZ 1996a S. N1). Wie oben ausgeführt, spielt die Vermutung, emotionale Motive seien hauptverantwortlich für Wünsche nach aktiver Sterbehilfe, in FAZ und Deutschem Ärzteblatt eine große Rolle.

Die fehlende Diskussion um einen ethischen Unterschied zwischen ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe

Es hatte sich bei dem Chabot-Fall um einen Fall von ärztlich assistiertem Suizid gehandelt und nicht von aktiver Sterbehilfe. Dies wird in keinem der Artikel in FAZ und Deutschem Ärzteblatt, die sich mit diesem Fall beschäftigen, deutlich. Es gibt auch darüber hinaus keine (auf die Niederlande bezogenen) Artikel in Ärzteblatt und FAZ zum Unterschied zwischen ärztlich assistiertem Suizid und

aktiver Sterbehilfe. Dasselbe gilt für Trouw und Medisch Contact. Ob der ärztlich assistierte Suizid der aktiven Sterbehilfe vorzuziehen sei, ist aus meiner Sicht eine diskussionswürdige medizinethische Frage. Warum wird sie in allen vier betrachteten Medien keines Artikels gewürdigt? Darauf lässt sich keine abschließende Antwort geben. Man kann folgende Überlegungen anstellen: In den Niederlanden gibt es eine Tradition der aktiven Sterbehilfe. Sie findet breite Zustimmung. Die Minderheit radikaler Sterbehilfegegner ist auch gegen assistierten Suizid. Gemäßigte Sterbehilfegegner geben oft an, Toleranz zu üben und andere nicht bevormunden zu wollen. So äußern sich etwa die beiden Ärzte Postmes und Zuidema (Spreeuwenberg 1996 S. 107) in Medisch Contact, die freiwillige Mitarbeiterin im Hospiz Ge Klein (Brandt 2002 S. 11) und die Pfarrerstochter Anne Lize van der Stoel (Drayer 2002 S. 14) in Trouw. Durch die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden fühlen sie sich nicht bedroht. Sie möchten die Entscheidungsfreiheit anderer nicht einschränken. Postmes und Zuidema beziehen sich dabei auf die Entscheidungsfreiheit der Ärzte (Spreeuwenberg 1996 S. 107). Klein und van der Stoel sprechen über die Entscheidungsfreiheit der Patienten (Brandt 2002 S. 11; Drayer 2002 S. 14). Sie alle sehen trotz ihrer Ablehnung der aktiven Sterbehilfe keine Notwendigkeit, diese zu verbieten. Es ist unwahrscheinlich, dass Menschen mit dieser Haltung ein Verbot der aktiven Sterbehilfe zugunsten einer Legalisierung des assistierten Suizids vorschlagen oder propagieren. Dazu müssten sie sich einmischen. Davon halten sie nichts.

Darüber hinaus offenbart sich in mehreren Artikeln in Trouw und Medisch Contact die Ansicht, die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden habe nur der Regulierung einer ohnehin bestehenden Praxis gedient. Die aktive Sterbehilfe kommt sowieso vor, und zwar deutlich häufiger als der ärztlich assistierte Suizid. Viele Niederländer haben anscheinend das Gefühl, dies nicht ändern zu können, selbst wenn sie wollten. Insofern werden Diskussionen über eventuelle Vorzüge des assistierten Suizids als nicht sinnvoll erachtet.

Die beiden deutschen Medien sind von einer Ablehnung der aktiven Sterbehilfe geprägt. Diese ist zum Teil sehr ausgeprägt. Deshalb gilt Ähnliches wie für die radikalen niederländischen Sterbehilfegegner. Darüber hinaus ist die Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid ein relativ differenziertes Problem. Vermutlich scheuen sich Trouw und FAZ als Tageszeitungen, diese Frage in ihrer Komplexität in Angriff zu nehmen. Von den ärztlichen Fachzeitschriften Medisch Contact und Deutsches Ärzteblatt könnte man dies allerdings erwarten.

Bewertung und Auswirkungen der offenen Diskussion um aktive Sterbehilfe

Manchen Gegnern zufolge sollte die aktive Sterbehilfe nicht nur aus dem Spektrum der Möglichkeiten, sondern auch aus aller Munde verschwinden. So heißt es im Deutschen Ärzteblatt über den Hartmannbund und den Niederländischen

Ärztebund, nach Meinung beider Verbände seien allein durch das intensive Diskutieren über aktive Sterbehilfe zu viele Tabus gebrochen worden. Palliativmedizin und aktive Sterbehilfe schlossen einander aus (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996c S. A-1509). Aus einer FAZ-Rezension des Buches „Töten oder Sterben lassen?“ von Thomas Fuchs und Robert Spaemann ist zu erfahren, laut den beiden Autoren bringe schon eine lebhaftere Debatte über aktive Sterbehilfe eine Bruchgefahr für den gegen Massenvernichtungen schützenden Damm mit sich (Thoemmes 1997 S. 15).

Dagegen begrüßen Autoren und Befragte in *Medisch Contact* und *Trouw* gerade die Enttabuisierung und das offene Gespräch über aktive Sterbehilfe als großen Erfolg. Diese Freude über die Enttabuisierung geht nicht zwangsläufig mit einem Lob der aktiven Sterbehilfe einher. Das gilt beispielsweise für den Vorsitzenden eines im Jahr 1996 neu gegründeten „Niederländischen Netzwerkes für Palliativmedizin“ (Editorial *Trouw* 1996o). Auch ein *Trouw*-Artikel zur *Vander-Maas*-Studie lobt die Enttabuisierung als großen Gewinn, obwohl der Autor die aktive Sterbehilfe selbst mit gemischten Gefühlen betrachtet (Editorial *Trouw* 1996e S. 1).

In den Niederlanden ist die Möglichkeit, offen über aktive Sterbehilfe zu sprechen, eng verknüpft mit der Möglichkeit, aktive Sterbehilfe offen zu praktizieren. An dieser Praxis Kritik zu üben ist legitim und sogar wünschenswert. Sich aber gegen die Diskussion zu wenden ist meiner Meinung nach falsch. Erstens möchten hier Menschen nach eigenen Angaben eine Diskussion unterbunden wissen, die sie gleichzeitig mit großen Aktionen (wie der *Hartmannbund*) beziehungsweise mit Büchern (wie *Fuchs* und *Spaemann*) mitbetreiben und möglicherweise sogar anheizen. Das ist paradox. Zweitens ist der wirkungsvollste Damm gegen Massenvernichtung aus meiner Sicht eine funktionierende Demokratie. Zu dieser gehören offene Diskussionen. Deren Themenspektrum darf nicht eingeschränkt werden. Drittens haben nach einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Umfrage 7,8 Prozent der deutschen Hausärzte bereits aktive Sterbehilfe geleistet (*Klinkhammer* 1997 S. A-1172). Unabhängig davon, ob jemand diese Zahl kennt oder nicht, stellt sich die Frage: Warum sorgen sich deutsche Medien um die niederländische Debatte, statt sich für die deutsche Praxis zu interessieren? Sehen sie diese Praxis bereits als Folge der Debatte an? Dafür gibt es keine Beweise. Oder meinen sie, durch das Unterbinden der Debatte eine Ausweitung dieser Praxis verhindern zu können? Es ist schwerlich ein Arzt vorstellbar, der gegen ein Gesetz verstößt, weil er in der Zeitung gelesen hat, dass manche Menschen eine Aufhebung dieses Gesetzes befürworten. Eher könnte diese Zeitungslektüre den Arzt daran erinnern, was erlaubt ist und was nicht.

Eine offene Debatte über aktive Sterbehilfe wäre eine Gelegenheit für die über 90 Prozent der Hausärzte in Deutschland, die nach eigenen Angaben noch nie aktive Sterbehilfe geleistet haben, zu erklären, auf welche alternative Art und Weise sie Patienten mit Todeswunsch helfen. Würde sich herausstellen, dass sie

nur mit palliativmedizinischen Maßnahmen die allermeisten Patienten zufrieden stellen, könnten sich die 7,8 Prozent Ärzte mit Sterbehilfe-Vergangenheit daran ein Beispiel nehmen. Wären massenhaft Schmerzmittelüberdosierungen mit Hintergedanken oder zahlreiche unbefriedigend behandelte Patienten das Ergebnis einer offenen Debatte, wäre deutlich, was der Preis eines Verbots der aktiven Sterbehilfe ist.

In der Buchkritik von Thoemmes ist die Warnung vor der Diskussion verbunden mit der Warnung vor einem Dammbuch. Das im Deutschen Ärzteblatt dem Hartmannbund und dem Niederländischen Ärztebund zugeschriebene Argument bleibt dagegen abstrakt. Worin besteht der Schaden, den Diskussion und Enttabuisierung auslösen? Warum ist aktive Sterbehilfe nicht mit Palliativmedizin vereinbar?

Fuat Oduncu, ärztlich tätig am Münchener Klinikum Innenstadt, schreibt in seinem Artikel „Euthanasia: Killing as Due Care?“:

As long as euthanasia is regarded and provided as an alternative within medical practice, the stimulus for improving palliative medicine will remain weak (Oduncu 2003 S. 389).

Diese Behauptung halte ich für falsch. Aktive Sterbehilfe wird von ihren Befürwortern in der Regel nicht als Alternative zur Palliativmedizin propagiert. Sie wird gefordert als letztes Mittel bei Versagen aller anderen Möglichkeiten, das Leid eines Patienten zu lindern. Die aktive Sterbehilfe als kostengünstige Alternative zur Palliativmedizin ist eine Zukunftsbefürchtung der Sterbehilfegegner, kein aktueller Vorschlag ihrer Befürworter. Selbst wenn wir vorübergehend die Aussage akzeptieren, aktive Sterbehilfe werde als Alternative zur Palliativmedizin diskutiert, macht dies das Argument nicht besser. Die aktive Sterbehilfe ist in den meisten Ländern höchstens eine theoretische Alternative zur Palliativmedizin. In Deutschland beispielsweise hat aktive Sterbehilfe kaum eine kurz- oder mittelfristige Chance auf Legalisierung. Wie kann diese theoretische Alternative der Entwicklung der Palliativmedizin im Weg stehen? Warum sollte die bessere Alternative sich nicht entwickeln können, weil es eine nur theoretisch vorhandene und schlechtere Alternative gibt? Man könnte den Eindruck gewinnen, dass manche Sterbehilfegegner ihrer eigenen Behauptung nicht trauen, gute Palliativmedizin mache aktive Sterbehilfe (nahezu) überflüssig.

Umgang mit Begriffen

In FAZ und Deutschem Ärzteblatt wird darauf hingewiesen, das Wort „Euthanasie“ sei in den Niederlanden im Gegensatz zu Deutschland nicht negativ besetzt. Das erwähnen Ludger Fittkau in der FAZ (Fittkau 2003 S. 38) und ein Artikel über die Van-der-Maas-Studie des Jahres 1995 im Deutschen Ärzteblatt (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996b S. A-3334). Auch ein Trouw-Autor erläutert, das Wort „Euthanasie“ sei in Deutschland tabu (Breedveld 2002 S. 18).

Trotzdem benutzen einige Artikel in den beiden deutschen Medien das Wort bewusst im Zusammenhang mit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Möglicherweise besteht hier der Wille, bei den deutschen Lesern unangenehme Assoziationen hervorzurufen. Besonders deutlich wird dies im Titel der FAZ-Buchkritik von Martin Thoemmes „Nur keine Sentimentalitäten. Manche nennen es Tötung auf Verlangen, andere sprechen von Euthanasie“ (Thoemmes 1997 S. 15). Ein anderer Artikel beschäftigt sich im Deutschen Ärzteblatt mit „aktiver Euthanasie“ und „Euthanasiefällen“ in den Niederlanden (Editorial Deutsches Ärzteblatt 1996e S. A-944). „Euthanasie. Kein Recht auf Tötung“ titelten Thomas Fuchs und Hans Lauter in derselben Zeitschrift (Fuchs und Lauter 1997 S. A-220). Dieser letzte Artikel erwähnt im Weiteren die „unfreiwillige Euthanasie“ (Fuchs und Lauter 1997S. A-222). Der Begriff taucht auch in einem FAZ-Artikel von Stephan Sahn auf (Sahn 2002 S. 51).

Gemeint ist offensichtlich die Lebensbeendigung ohne Wunsch. Die Autoren versäumen zu erläutern, dass ein Teil der ohne ausdrückliche Bitte getöteten Patienten zu einem früheren Zeitpunkt seinen Wunsch nach aktiver Sterbehilfe artikuliert hatte. Das Wort „unfreiwillig“ suggeriert, die Patienten seien gegen ihren Willen getötet worden. Dabei konnte der aktuelle Wille in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht mehr ermittelt werden (ten Haaft 1996c). In den beiden niederländischen Medien wird in der Regel auf diese Fakten hingewiesen.

Einordnung der Ergebnisse in den Kontext der Theorien von Gordijn und Kennedy

In den niederländischen Medien Trouw und Medisch Contact wird die Enttabuisierung der aktiven Sterbehilfe überwiegend als große Errungenschaft dargestellt. Die Wichtigkeit dieser Errungenschaft wird unabhängig von moralischen Einschätzungen der aktiven Sterbehilfe und auch von ihren Gegnern anerkannt (Editorial Trouw 1996e S. 1; Spreeuwenberg 1996 S. 107; Algra 2002 S. 4; Editorial Trouw 1996o). Insofern stützen die in dieser Arbeit betrachteten Artikel die These Kennedys, ein zentrales Motiv für die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden sei der Wunsch nach „bespreekbaarheid“, d. h. nach der Möglichkeit zum offenen Gespräch (Kennedy 2002 S. 16–18). Artikel aus FAZ und Deutschem Ärzteblatt lassen vermuten, dass es sich hierbei um ein niederländisches Phänomen handelt: Die Enttabuisierung der aktiven Sterbehilfe wird in ihnen nicht als Wert an sich anerkannt. Die Vorzüge der offenen Debatte werden negiert. In einigen Artikeln wird die offene Diskussion sogar als gefährlicher erster Schritt in Richtung eines Dammbrochs angesehen. (Damit setzt sich diese Arbeit im Unterkapitel „Bewertung und Auswirkungen der offenen Diskussion um aktive Sterbehilfe“ auseinander.)

Gordijns These, nach der die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden nur geduldet ist, (Gordijn 2000 S. 318) entspricht nicht der Vorstellung aller Niederländer, die in Trouw und Medisch Contact zu Wort kommen. Vertreter der NVVE

wünschen sich sogar mehr Fälle von aktiver Sterbehilfe. Auch W. J. C Swildens-Rozendaal, Mitglied der Partij van de Arbeid, setzt sich dafür ein, dass diese Patienten in bestimmten Situationen nicht verwehrt bleibt (Visser 1996 S. 1614–1615). Allerdings wird deutlich, dass viele Autoren in Trouw und Medisch Contact die Gesetzesänderungen als Folge einer Praxis der aktiven Sterbehilfe sehen. Als Alternative zu diesen Anpassungen des Gesetzes können sie sich nur eine weiter bestehende heimliche Praxis vorstellen. (Genauer gehe ich auf diesen Punkt im Unterkapitel „Ist die niederländische Gesetzgebung Folge einer Praxis der aktiven Sterbehilfe oder umgekehrt die Praxis aktiver Sterbehilfe Ergebnis der Gesetzgebung?“ ein.) Viele Niederländer sehen also die Notwendigkeit einer Duldung im Sinne von Gordijn, wenn ihre Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe auch über diese Duldung hinausgeht.

Gordijn unterscheidet verschiedene Stadien des gesellschaftlichen Umgangs mit aktiver Sterbehilfe. Die Niederlande befänden sich im letzten Stadium und hätten die aktive Sterbehilfe in ihre Gesellschaft integriert. Deutschland sieht Gordijn im Stadium der Auseinandersetzung, gekennzeichnet durch eine heftige Debatte in der Gesellschaft. Darauf werde entweder Ablehnung oder Akzeptanz des Phänomens folgen (Gordijn 2000 S. 303).

Die von mir betrachteten Artikel aus *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* lassen Zweifel daran aufkommen: Kaum ein Autor stellt sich vor dem Hintergrund der niederländischen Zahlen die Frage, wie es um die deutsche Dunkelziffer von Lebensbeendigungen durch Ärzte bestellt sein mag. Nicht einmal in einem *FAZ*-Text über die europaweite Studie zu Entscheidungen am Lebensende wird eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland diskutiert (Editorial *FAZ* 2003 S. 8). Darüber hinaus finden sich in *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* zahlreiche Ungenauigkeiten und Fehler im Umgang mit den niederländischen Zahlen (Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996a S. A-1715; Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996f S. A-1343; Editorial *Deutsches Ärzteblatt* 1996b S. A-3334). Das spricht nicht für eine intensive Beschäftigung mit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Die *FAZ* behandelt Themen wie Selbsttötungsbroschüre und Letztwillenspille auf ironische Weise (Editorial *FAZ* 1996e S. 11; Fittkau 2003 S. 38). Es kommt nicht zu einer ernsthaften Auseinandersetzung. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass diese Arbeit sich nur mit Artikeln über die niederländische Situation der aktiven Sterbehilfe beschäftigt. Artikel, in denen es ausschließlich um die aktive Sterbehilfe in Deutschland geht, wurden nicht betrachtet. Trotzdem bleibt der Eindruck, dass die von Gordijn diagnostizierte heftige Auseinandersetzung zumindest nicht im von mir betrachteten Zeitraum in *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* stattfindet.

Aussagekraft der Ergebnisse

Die Betrachtungen dieser Arbeit sind auf zwei niederländische und zwei deutsche Medien sowie einen Zeitraum von wenigen Jahren begrenzt. Ist es trotzdem zulässig, in den Ergebnissen Anhaltspunkte für einen Vergleich zwischen

beiden Ländern zu sehen? Meiner Meinung nach ist das der Fall. Auffällig ist, dass die Inhalte der Artikel in *Medisch Contact* und *Trouw* einander ähneln, sowohl in Bezug auf gegebene Informationen als auch auf abgegebene Stellungnahmen. Dasselbe gilt für das *Deutsche Ärzteblatt* und die *FAZ*. Im Vergleich sind die Unterschiede zwischen *Medisch Contact* und *Deutschem Ärzteblatt* deutlich größer, obwohl es sich in beiden Fällen um ärztliche Fachzeitschriften handelt. Das spricht dafür, dass die festgestellten Gemeinsamkeiten durch das Erscheinungsland bedingt sind. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass diese Erkenntnis subjektiv ist und die Gemeinsamkeiten nicht quantifizierbar sind. Diese Arbeit hat sich jedoch bemüht, gerade Artikel, die – zumindest auf den ersten Blick – in Informationsgehalt, Aussage oder Stil vom Durchschnitt der Texte aus dem jeweiligen Medium abwichen, besonders gründlich zu analysieren. Oft stellte sich dabei heraus, dass die Kernaussagen anderer Artikel aus demselben Medium doch sehr verwandt waren.

Gestärkt wird die Aussagekraft der Arbeit außerdem durch die vorhandenen Thesen Kennedys und Gordijns als Bezugspunkte. Einige der von Gordijn und Kennedy beschriebenen „niederländischen“ Einstellungen finden sich in *Medisch Contact* und *Trouw* wieder, nicht jedoch in *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt*. Diese Arbeit wiederum ist der meines Wissens erste Versuch, die Thesen der beiden Autoren durch eine systematische Betrachtung aller Artikel eines Printmediums aus einem bestimmten Zeitraum zu untermauern oder zu widerlegen.

Selbstverständlich gibt es viele Anteile der Debatte in beiden Ländern, die durch diese Arbeit nicht erfasst werden. So ist in Deutschland eine Bevölkerungsmehrheit für aktive Sterbehilfe (Institut für Demoskopie Allensbach 2001). Nahezu alle Kommentare in *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* sprechen sich dagegen aus. Wahrscheinlich läuft die Diskussion um aktive Sterbehilfe in deutschen Wohnzimmern dementsprechend anders ab als in den betrachteten Printmedien. Viele Niederländer wissen wenig über Details und Besonderheiten ihrer Sterbehilfe-Gesetzgebung (Pool 1996 S. 706). Wenn sie aktive Sterbehilfe befürworten, tun sie dies möglicherweise aus anderen Gründen als in *Trouw* und *Medisch Contact* zu Wort kommende Experten, die sich mit den neusten Zahlen und Entwicklungen beschäftigt haben. Die Kenntnisse, Einstellungen und Argumente der deutschen und niederländischen Bevölkerung bezüglich aktiver Sterbehilfe genauer zu ergründen, bleibt eine spannende Aufgabe für zukünftige Forschung. Interessant ist auch die Frage, warum sich die Meinung der Bevölkerungsmehrheit in wichtigen Medien wie *FAZ* und *Deutschem Ärzteblatt* nicht niederschlägt.

Natürlich ist es möglich, dass diese Mehrheitsmeinung in anderen deutschen Zeitungen stärker vertreten ist und somit meine Medienauswahl das Bild verfälscht. Auch für die niederländischen Medien sind solche Verzerrungen nicht ausgeschlossen. Die öffentliche Debatte um aktive Sterbehilfe ist jedoch ein so komplexes Phänomen, dass ihre Erfassung und Abbildung immer nur in Aus-

schnitten möglich ist. Daher erscheint eine Annäherung in der vorliegenden Form berechtigt und sinnvoll.

Aktuelle wissenschaftliche Forschung zur aktiven Sterbehilfe bis 2011

Während Journalisten in der von mir untersuchten Mediendebatte hauptsächlich auf die Studien des Epidemiologen Paul van der Maas zurückgriffen, umfasst die empirische Forschung mittlerweile eine ganze Reihe von Arbeiten zur aktiven Sterbehilfe. Aktuellere Untersuchungen versuchen, nicht nur die Prävalenz und die Übereinstimmung der Fälle mit juristischen und ethischen Normen zu erfassen. Sie wollen mehr wissen über die Motive von Patienten und Ärzten, Genaueres über die Beschwerden der Betroffenen und den Ablauf von der Bitte bis zur Durchführung der Tötung auf Verlangen. Hintergrund dieser neuesten Forschung sind oft altbekannte Fragen: Ist der Damm gebrochen? In welchem Verhältnis steht die aktive Sterbehilfe zur Palliativmedizin? Ist depressiv, wer bittet, getötet zu werden?

Zu dieser letzten Frage gibt es inzwischen mehrere wissenschaftliche Untersuchungen. Ein Review aus dem Januar 2011 von den britischen Bioethikern Ilana Levene und Michael Parker schließt Studien ein, in denen die erfassten Patienten um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid gebeten hatten und depressive Symptome erfragt worden waren. Insgesamt erfüllten 21 Studien die Kriterien. Acht wurden von den Autoren als qualitativ hochwertig eingestuft. Vier davon waren in den Niederlanden durchgeführt worden. In diesen niederländischen Studien waren zwischen acht und 47% der Menschen, die um aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid gebeten, als depressiv erkrankt eingeschätzt worden. Dagegen hatten nur zwischen 0 und 17% vergleichbar erkrankter Patienten, die nicht um aktive Sterbehilfe gebeten hatten, ähnlich ausgeprägte depressive Symptome. Teilweise waren die depressiven Symptome systematisch mit Fragebögen (Hospital Anxiety and Depression Scale oder Composite International Diagnostic Interview) erfasst worden. Zwei dieser Studien fanden keinen signifikanten Unterschiede in der Prävalenz von Depression zwischen Patienten mit und ohne Sterbewunsch. Eine dritte Studie fand nur dann signifikant mehr depressive Symptome bei Patienten mit Sterbewunsch, wenn die Hospital Anxiety and Depression Scale als Maßstab herangezogen wurde.

Insgesamt wurden von den Patienten, deren Bitte abgelehnt wurde, je nach Studie zwischen 12 und 39% als depressiv eingestuft oder hatten eine andere psychische Erkrankung. Dasselbe galt für zwei bis 10 % der Patienten, deren Wunsch erfüllt wurde. Im direkten Vergleich fanden alle vier Studien eine signifikante höhere Depressionsrate bei den Patienten, deren Bitte um aktive Sterbehilfe nicht gewährt worden war. (Levene und Parker 2012 S. 2-3)

Insgesamt schlussfolgern die Autoren aus diesen und anderen, qualitativ schlechteren sowie nicht-niederländischen Studien, die Frage, ob depressive Patienten häufiger um aktive Sterbehilfe bäten, bleibe offen und weitere Studien seien erforderlich. Die untersuchten Studien zeigten jedoch, dass depressive Beschwerden in der Praxis eine wichtige Rolle bei der Ablehnung von Bitten um aktive Sterbehilfe spielten. Gerade das niederländische System zeige sich effek-

tiv dabei, Bitten aus einer Depression heraus zu erkennen und nicht zu gewähren. Trotzdem würden auch Bitten von depressiven Patienten um aktive Sterbehilfe erfüllt. Es sei umstritten, ob dies in jedem Fall als ethisch falsch zu bewerten sei. Die Autoren geben zu bedenken, dass allein das Erfassen von depressiven Symptomen bei Menschen mit einer schweren körperlichen Erkrankung schwierig sei. Diese Patienten hätten typische Symptome einer Depression wie Erschöpfung und Schlafstörungen allein aufgrund ihrer Grunderkrankung. Außerdem gebe es zu wenig Forschung zu der Frage, ob depressive Beschwerden schwer und terminal erkrankter Patienten gut zu behandeln seien. (Levene und Parker 2012 S. 5-6)

Ich möchte dem folgende Überlegung hinzufügen: Die leitliniengerechte Behandlung einer Depression mit Psychotherapie und Antidepressiva führt erst nach mehreren Wochen zu einer Besserung. Tatsächlich hat das Kollektiv, das in den Niederlanden aktive Sterbehilfe erhält, in der Mehrheit eine Lebenserwartung von Stunden oder Tagen. Der behandelnde Arzt ist auf Beruhigungsmittel als Akutmaßnahme begrenzt. Einerseits erschwert das die Behandlung der Depression am Lebensende. Andererseits ist weitere Forschung zur Depression bei lebensbedrohlichen Erkrankungen erforderlich. Möglicherweise lässt sich eine Depression bei sterbenden Patienten durch frühzeitige psychotherapeutische Betreuung und adäquate medikamentöse Therapie in den Monaten vor Beginn der letzten Lebensphase verhindern oder zumindest abmildern.

Ist unerträgliches Leiden objektiv zu erfassen? In den von mir untersuchten niederländischen Artikeln aus den Jahren 1996 bis 2004 wurde diese Frage pragmatisch beantwortet: Ärzte müssten viel mit den Patienten und ihren Familien reden. Eine Objektivierung des unerträglichen Leidens gebe es nicht. Heute wollen es niederländische Forscher genauer wissen. Der Medizinethiker Van Tol und seine Mitautoren untersuchten im Jahr 2010 erstmals empirisch, wie Allgemeinmediziner entscheiden, ob jemand „unerträglich“ leidet und damit dieses Sorgfaltskriterium erfüllt ist. Sie verschickten einen Fragebogen an 300 Hausärzte, der sieben Fallbeispiele umfasste. In diesen ging es um verschiedene Aspekte des Leidens. Die Autoren konstruierten einerseits einen „Standardfall“: Eine 54jährige Frau mit metastasiertem Brustkrebs leidet an starker Erschöpfung, Übelkeit und therapieresistenten Schmerzen. Aus Sicht der Autoren war dies ein typischer Fall, der den Fällen, in denen real häufig aktive Sterbehilfe geleistet wird, ähnelte. Andererseits wurden sechs Grenzfälle erfunden, in denen verschiedene Formen des nicht-physischen Leidens ausschlaggebend für den Sterbewunsch waren: „(i) fear of future decay; (ii) extreme dependence; (iii) loss of dignity; (iv) loss of personal integrity (early stage of Alzheimer’s disease); (v) ‚Tired of living‘ [...]; (vi) imposing a burden on relatives.“ (Tol et al. 2010 S. 167)

Die befragten Ärzte sollten angeben, ob sie die „Unerträglichkeit“ des Leidens nachvollziehen könnten, und ob sie in den geschilderten Fällen bereit wären, aktive Sterbehilfe zu leisten.

Die Rücksenderate war mit 38% deutlich niedriger als in früheren Studien mit niederländischen Ärzten.

Wie von den Autoren erwartet, gestanden fast alle befragten Allgemeinmediziner (99%) der als „Standardfall“ beschriebenen Patientin unerträgliches Leiden zu. Die anderen Fälle wurden von zwischen zwei und 49% der Ärzte als „unerträglich“ eingestuft. Wenn die Ärzte diese Einordnung vornahmen, waren sie meist auch bereit, aktive Sterbehilfe zu leisten. 18% der Befragten waren nur im Standardfall mit der Tötung auf Verlangen einverstanden. Alle anderen gaben bei mindestens einem weiteren Fall ihre Zustimmung. Im Mittel fanden die Ärzte 2,8 Fälle unerträglich und waren in 2,9 Fällen bereit, aktive Sterbehilfe zu leisten. Die Autoren konnten jedoch kein Muster entdecken, wann und für welchen Fall Ärzte bereit sind, Ausnahmen von der Koppelung der Unerträglichkeit an physisches Leiden zu machen. Es gab nur einen Fall, in dem fast alle Ärzte (98%) die Unerträglichkeit des Leidens bezweifelten: Dies war der Fall eines Alzheimer-Patienten im frühen Krankheitsstadium, der bisher noch gut im Alltag zurecht kommt, aber Angst vor dem zukünftigen Verlust seiner geistigen Fähigkeiten hat. (Tol et al. 2010 S. 170-171)

Eine Schwäche der Studie ist, dass die Autoren die Details ihrer Fälle abgesehen vom „Standardfall“ nicht veröffentlicht haben. Der Leser kann sich kein eigenes Bild davon machen, welche Merkmale eines Falls für die ärztliche Entscheidung ausschlaggebend gewesen sein könnten.

Insgesamt zeigen die Autoren, dass Ärzte unterschiedlich beurteilen, ob jemand unerträglich leidet oder nicht. Es hängt auch von der Persönlichkeit des Arztes ab, ob jemand aktive Sterbehilfe erhält oder nicht. Das ist wenig überraschend. Das niederländische Gesetz trägt dem Rechnung, indem es zwei Ärzte an der Entscheidung beteiligt und dadurch den Einfluss des Einzelnen verkleinert. Damit sind dem Spielraum des einzelnen Arztes bei der aktiven Sterbehilfe engere Grenzen gesetzt als in anderen Bereich der Medizin: Auch andere Entscheidungen am Lebensende fallen von Arzt zu Arzt unterschiedlich aus. Wo der eine noch aggressive experimentelle Chemotherapie vorschlägt, geht der andere zur Palliativtherapie über. Wo einer die riskante Operation wagt, setzt der andere auf eine konservative Behandlung. Auch diese Entscheidungen haben mit dem ärztlichen Urteil zu tun, ob etwas unerträglich ist (z. B. die Folgen der Chemotherapie oder die Beschwerden, die nach der Operation möglicherweise gebessert sind). Und auch diese Entscheidungen können Leben oder Tod zur Folge haben.

Wenn Ärzte von unerträglichem Leiden ausgehen, sind sie mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu aktiver Sterbehilfe bereit. Das zeigt, wie wichtig dieses Kriterium aus ärztlicher Sicht ist. Das ist aus meiner Sicht das interessanteste Ergebnis der Untersuchung. Weitere Forschung sollte sich der Frage widmen, ob dieses Kriterium für Ärzte so entscheidend ist, dass andere Kriterien aus dem niederländischen Gesetz dahinter zurücktreten.

Auch ein Artikel aus dem Journal of Neurology der Ärztin Maud Maessen widmet sich den Beschwerden, die zum Sterbewunsch führen. In den Niederlanden sterben 20% der Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) an aktiver Sterbehilfe, 5% der Krebspatienten und 0,5% der Patienten mit Herzinsuffizienz. Maessen und ihre Mitautoren wollten herausfinden, warum die Tötung auf Verlangen bei der ALS so häufig ist. Ihre Daten erhoben sie durch Befragung von Ärzten, die bei der staatlichen niederländischen Gesundheitsorganisation SCEN arbeiten. SCEN steht für Support and Consultation in Euthanasia in The Netherlands. Die Ärzte der Organisation werden für eine zweite Meinung von Behandlern herangezogen, deren Patienten um aktive Sterbehilfe gebeten haben. Sie haben eine spezielle Weiterbildung in Palliativmedizin erhalten. Unter anderem zur Evaluation der Organisation, die ab dem Jahr 1999 ihre Arbeit aufgenommen hatte, wurde eine Studie durchgeführt. Die SCEN-Ärzte äußerten ihre Zweitmeinung schriftlich, nachdem sie mit dem behandelnden Arzt und dem betroffenen Patienten gesprochen sowie die Krankenakte gelesen hatten. Kurz nach diesem Besuch füllten sie einen Fragebogen aus und schickten ihn zusammen mit dem Bericht an die Forscher. Auch der Arzt, der um die Konsultation gebeten hatte, bekam einen Fragebogen. Beide Bögen wurden anonym ausgewertet, konnten aber über eine Nummer als zueinander gehörig identifiziert werden.

Im Zeitraum zwischen April 2000 und Dezember 2003 schickten die 495 SCEN-Ärzte insgesamt 3891 Fragebögen an die Forscher. Die Ärzte, die um Konsultation gebeten hatten, sandten 3337 Bögen ein. Für die vorliegende Untersuchung wurden alle Patienten mit der Diagnose einer ALS (52 Patienten) und mit Herzinsuffizienz (68 Patienten) ausgewählt. Zusätzlich wurden nach dem Zufallsprinzip 80 Patienten aus der Gruppe der Krebspatienten eingeschlossen. Das Studienkollektiv umfasste Patienten, deren Bitte um aktive Sterbehilfe gewährt worden war, und solche, bei denen das nicht der Fall war.

ALS-Patienten zeigten nicht häufiger als Patienten mit Krebs oder Herzinsuffizienz depressive Symptome. ALS-Patienten hatten gegenüber den SCEN-Ärzten signifikant seltener darüber geklagt, dass körperliche Symptome unerträglich seien. Dagegen hatten sie häufiger Abhängigkeit, begrenzte Kommunikationsmöglichkeiten und Angst als Gründe für den Sterbewunsch genannt. Die Angst vor dem Erstickten wurde von ALS-Patienten als häufigste Ursache des unerträglichen Leidens angegeben.

Die Autoren schlussfolgern, dass psychosoziale Faktoren beim Sterbewunsch von ALS-Patienten eine größere Rolle spielen als bei Krebs- und Herzinsuffizienz-Patienten. Deshalb halten sie bei diesen Patienten die psychologische Betreuung und Aufklärung (z. B. darüber, dass das Risiko eines Todes durch Erstickten sehr gering ist) für besonders wichtig. (Maessen et al. 2010)

Eine andere Studie aus dem Jahr 2010, an der teilweise dieselben Autoren beteiligt waren, widmete sich der Frage: „Who Requests and Who Receives Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?“ (Onwuteaka-Philipsen 2010) Grund-

lage waren Daten, die im Jahr 2005 im Rahmen der letzten niederländischen Totenschein-Studie zur Prävalenz der aktiven Sterbehilfe und anderer Entscheidungen am Lebensende erhoben worden waren. Aus allen in den Niederlanden zwischen August und November 2005 eingetretenen Todesfällen war eine Stichprobe gezogen worden. 6860 Fragebögen waren an die Ärzte, die den Totenschein ausgefüllt hatten, verschickt worden. 5342 Fragebögen wurden zurückgesandt, entsprechend einer Rücklaufquote von 78%. Die Autoren der hier vorgestellten Studie untersuchten vor allem jene Fälle, in den Patienten um aktive Sterbehilfe gebeten hatten, die Bitte aber nicht gewährt worden war. In 7% aller erwarteten, nicht plötzlich aufgetretenen Todesfälle hatten die Betroffenen vor ihrem Tod um aktive Sterbehilfe gebeten. In knapp einem Drittel der Fälle war daraufhin aktive Sterbehilfe geleistet worden. 39% der Patienten waren verstorben, bevor die Sterbehilfe hatte durchgeführt werden können. 38% der Bitten waren abgelehnt worden, weil die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt gewesen waren.

Die Autoren untersuchten, was Patienten auszeichnet, die um aktive Sterbehilfe bitten. Menschen, die älter als 80 Jahre waren, baten seltener um aktive Sterbehilfe als jüngere, Patienten mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung seltener als Krebspatienten. Patienten, die zuhause oder in einem Altenheim wohnten, wollten häufiger aktive Sterbehilfe als Patienten im Krankenhaus. Menschen, in deren Behandlung ein Palliativmediziner einbezogen war, baten häufiger (23% der Fälle) um aktive Sterbehilfe, als wenn das nicht der Fall war (6%). Auch wenn ein Psychiater oder Psychologe mitbehandelt hatte, waren Bitten um aktive Sterbehilfe etwas häufiger (10% gegenüber 7%). Die Autoren vermuten einerseits, dass die behandelnden Ärzte z. T. als Folge des Sterbewunsches einen Palliativmediziner oder Psychiater hinzugezogen hatten, weil sich ihnen durch den Wunsch des Patienten diese Notwendigkeit offenbart hatte. Andererseits waren die Fälle von Patienten mit Sterbewunsch möglicherweise komplexer und schwieriger zu behandeln. Patienten mit Sterbewunsch litten in den letzten 24 Stunden ihres Lebens häufiger als andere an Müdigkeit, Schmerzen und Erbrechen. 83% von ihnen, aber nur 63% der Patienten ohne Sterbewunsch, hatten in den letzten 24 Stunden Opioide erhalten. Auch diese ausgeprägteren Symptome und der erhöhte Medikamentenbedarf könnten die Mitbehandlung durch einen Palliativmediziner erklären.

Im nächsten Schritt wurde untersucht, welche Bitten um aktive Sterbehilfe tatsächlich erfüllt werden.

Vor allem Patienten mit einer Erkrankung des Nervensystems – darunter fällt z. B. die oben diskutierte ALS – hatten eine deutlich höhere Chance als andere, dass ihr Sterbewunsch umgesetzt wurde. In 63% der Fälle wurde ihre Bitte gewährt, während dies nur bei 38% der Krebspatienten und bei 27% der Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Fall war. Der Sterbewunsch von Patienten im Krankenhaus wurde häufiger gewährt als im Altenheim (20% gegenüber 8%), aber seltener als zuhause (46%).

Patienten, die aktive Sterbehilfe erhielten, litten in den letzten 24 Stunden häufiger als Patienten, deren Sterbewunsch nicht berücksichtigt wurde, an Müdigkeit, Schmerzen und Erbrechen und waren seltener bewusstseinsgetrübt, verwirrt, ängstlich oder depressiv.

Die Autoren haben keine eindeutige Antwort auf die Frage, warum Patienten in der häuslichen Umgebung erstens häufiger um aktive Sterbehilfe bitten und diese Bitte zweitens auch häufiger gewährt wird. Sie vermuten eine besonders enge Beziehung zwischen Patient und Hausarzt, die ein vertrauensvolles Gespräch über dieses Thema erst ermöglicht. Außerdem würden manche Patienten nach Hause entlassen, wenn der Tod näher komme. Gerade diesen Patienten sei der nahe Tod oft sehr bewusst.

Ob eine Bitte um aktive Sterbehilfe gewährt wurde, war in der Studie nicht abhängig von Geschlecht, Alter oder Lebenssituation (verheiratet/unverheiratet). Das wurde von den Autoren als positiv bewertet, da es offensichtlich zu keiner Diskriminierung kommt. (Gemeint ist damit wahrscheinlich, dass der Sterbewunsch von Frauen genauso ernst genommen wird wie der von Männern, ältere Menschen nicht leichtfertiger getötet werden als jüngere usw.)

Eine weitere niederländische, im Jahr 2009 veröffentlichte Studie untersuchte, mit welchen Argumenten niederländische Ärzte zu untermauern versuchen, dass sie gemäß den Sorgfaltskriterien gehandelt haben. Darüber hinaus ging es darum, in welchen Fällen und aus welchen Gründen die niederländischen Sterbehilfe-Kommissionen Bedenken gegenüber der Sorgfältigkeit der Ärzte äußern.

Die Autoren untersuchten alle 115 Fälle von aktiver Sterbehilfe, in denen die Kommissionen im Jahr 2005 Rückfragen gehabt oder Zweifel an der Sorgfältigkeit der Ärzte angemeldet hatten. Zusätzlich wurden die letzten 117 Fälle, die im Jahr 2005 gemeldet worden waren, untersucht. Diese wurden von den Autoren als repräsentativ für alle Fälle aus dem Jahr 2005 angesehen. Da die Studie sich auf Fälle beschränkte, in den die neueste Version des staatlichen Meldeformulars verwendet worden war, schlossen die Autoren nur 75 Fälle aus der ersten und 83 Fälle aus der zweiten Gruppe ein. Die Meldeformulare wurden anhand einer von den Autoren entwickelten Checkliste ausgewertet. Eine große Schwäche der Studie ist, dass die Autoren im Folgenden nicht mehr zwischen der ersten und der zweiten Fallgruppe unterscheiden, sondern beide gemeinsam analysieren, weitgehend ohne auf Unterschiede zwischen den Gruppen einzugehen.

Mit einer Ausnahme waren die betroffenen Patienten sich in allen Fällen ihres Gesundheitszustandes bewusst gewesen. Die Ärzte untermauerten dies in ihrem Bericht meist, indem sie darauf verwiesen, dass die Patienten bei klarem Verstand gewesen seien (65% der Fälle), und/oder dass die Patienten ihrem Wunsch nach Sterbehilfe mehrfach Ausdruck verliehen hätten.

Das Leiden des Patienten muss laut den niederländischen Sorgfaltskriterien „unerträglich“ sein. Die meisten Ärzte (62%) begründeten die Unerträglichkeit des Leidens mit dem Vorhandensein körperlicher Beschwerden: Am häufigsten wurden Schmerz (32%), Atemnot (22%), Erschöpfung (15%) und Übelkeit (15%) genannt. 63% der Ärzte nannten darüber hinaus Beschwerden, die von den Autoren als „other aspects“ gewertet, d. h. von ihnen nicht als körperliche Symptome im engeren Sinne angesehen wurden. Darunter waren die Abhängigkeit von anderen (28%) und allgemeiner Verfall („deterioration“, 15%) die häufigsten. Die Autoren vermuten, dass Ärzte die körperlichen Beschwerden besonders in den Vordergrund rücken, weil sie sich als Ärzte in der Beurteilung körperlicher Beschwerden sicherer fühlen als in der Beurteilung anderer Aspekte unerträgliches Leidens.

In 35% der Fälle erwähnten die Ärzte, es hätte weitere Möglichkeiten gegeben, das Leiden des Patienten zu lindern, die aber nicht angewendet wurden. Meist handelte es sich dabei um die Gabe von Schmerzmedikamenten (11%) oder Beruhigungsmitteln (10%). In 81% der Fälle waren diese nicht zum Einsatz gekommen, weil die Patienten es abgelehnt hatten. Es ist fraglich, ob sich die Ärzte dabei im Einklang mit den niederländischen Sorgfaltskriterien bewegen. Dort wird gefordert, dass Arzt und Patient vor Durchführung der aktiven Sterbehilfe zu der Erkenntnis gekommen sind, dass es keine „vernünftige“ Alternative gibt. Die Autoren schlussfolgern, dass die Ärzte es auch von der Meinung des Patienten abhängig machen, ob sie eine alternative Behandlung als „vernünftig“ im Sinne des Strafgesetzbuches bewerten. Sie verweisen auf eine frühere Studie, basierend auf Interviews mit Mitgliedern von Prüfkommisionen. Daraus geht hervor, dass die Kommissionen dieses Thema häufig diskutierten, aber die Ablehnung der alternativen Therapie durch die Patienten und die anschließende Sterbehilfe meist trotzdem akzeptierten. Aus meiner Sicht ist weitere Forschung zu der Frage erforderlich, warum Patienten das Angebot weiterer Symptomtherapie in so vielen Fällen ablehnen. Aktuell können wir darüber nur spekulieren: Trifft das Angebot vielleicht nicht die entscheidenden Symptome? So könnten die Patienten möglicherweise eine zusätzliche Schmerztherapie oder die Verabreichung von Beruhigungsmitteln ablehnen, weil Schmerzen bzw. Unruhe nicht ihr Hauptproblem sind. Oder befürchten die Patienten – vielleicht zu Unrecht – Nebenwirkungen der Medikamente? Schmerz- und Beruhigungsmittel können hochdosiert die Wachheit, die geistige Leistungsfähigkeit und die Möglichkeit zur Teilhabe am Leben stark einschränken. Haben die Betroffenen Angst vor einem Leben im Dämmerzustand? Trotz dieser möglichen Erklärungen bleibt für mich dieses Thema besonders problematisch: Warum werden die Alternativen nicht wenigstens ausprobiert? Können Patienten deren Wert überhaupt angemessen einschätzen? Ist es nicht Aufgabe des Arztes, zu beurteilen, ob eine Therapie „vernünftig“ ist?

Zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe hatten 76% der Ärzte ein Barbiturat und anschließend ein Muskelrelaxans verabreicht und 19% nur ein Barbiturat. Letzteres betraf unter anderem alle Fälle von assistiertem Suizid. In 3% der Fäl-

le war nur ein Muskelrelaxans verabreicht worden. In 3% der Fälle hatten die Ärzte hierzu keine Angaben gemacht.

Wenn die Prüfkommisionen von den Ärzten zusätzliche Informationen eingefordert hatten, betraf das meist den zur Rate gezogenen zweiten Arzt (41%). Insbesondere ging es dabei um die Unabhängigkeit dieses Arztes (19%) und um die Qualität von dessen Bericht (12%). Weitere Begründungen für die „Unerträglichkeit“ und „Aussichtslosigkeit“ des Leidens wurden ebenfalls häufig eingefordert (32%). (Buiting et al. 2009)

Dass das Einholen der Zweitmeinung eine mögliche Schwachstelle der niederländischen Prozedur darstellt, ist leicht vorstellbar. Arzt und Patient, möglicherweise unter Einbeziehung von Familie und Pflegepersonal, haben den Entschluss zur aktiven Sterbehilfe bereits getroffen. Dem Pat. geht es schlecht. Die anderen Beteiligten sind angespannt. In dieser Situation kann die Notwendigkeit eines weiteren ärztlichen Berichtes als lästig und zeitraubend empfunden werden. Patient und Familie fühlen sich möglicherweise der Willkür des bisher unbekanntem ärztlichen Gutachters ausgeliefert. Alle Beteiligten wünschen sich, dieser möge schnell zustimmen. Die Verführung, es mit der Unabhängigkeit der Zweitmeinung nicht so genau zu nehmen, ist groß. Der zu Rate gezogene Arzt könnte sich unter Druck fühlen, die Beurteilung und das Verfassen des Berichtes wenig ausführlich zu gestalten.

Die Studie zeigt wie die von Tol et al., dass die „Unerträglichkeit“ des Leidens für viele Beteiligte – auch für die Kommissionen – im Mittelpunkt der Entscheidung für aktive Sterbehilfe steht.

Die bisher vorgestellten aktuellen Studien versuchen sich den komplexen Entscheidungen am Lebensende überwiegend durch statistische Daten zu nähern. Einen anderen Ansatz verfolgt der amerikanische Forscher Frances Norwood in Kooperation mit seinem niederländischen Kollegen Gerrit Kimsma. Ziel der Autoren war es, eine qualitative Untersuchung der Entscheidungen am Lebensende durchzuführen. Deshalb interviewten sie 15 Ärzte (13 davon Hausärzte, 2 Ärzte in Pflegeheimen) und 650 von deren Patienten; 192 dieser Patienten hatten eine lebensbedrohliche Erkrankung. Ein besonderes Augenmerk richteten die Autoren dabei auf die Frage, ob die insbesondere außerhalb der Niederlande geäußerte Sorge vor einem Dambruch berechtigt ist. Die Daten für die im Jahr 2009 erschienene Studie waren bereits in den Jahren 2000 und 2001 über insgesamt 15 Monate in der Region um Amsterdam erhoben worden. 25 der lebensbedrohlich erkrankten Patienten wurden intensiver beobachtet. Das beinhaltete regelmäßige Hausbesuche durch die Untersucher gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und Interviews mit Familienmitgliedern. (Norwood et al. 2009 S. 473) Von den 192 lebensbedrohlich erkrankten Patienten befanden sich 67 in der letzten Lebensphase, 18 davon hatten um aktive Sterbehilfe gebeten. (Norwood et al. 2009 S. 474)

Die Autoren beobachteten nach der Bitte eines Patienten typischerweise ausführliche Phasen der Diskussion zwischen Patient, Familie, Pflegepersonal und

Arzt, die in den meisten Fällen nicht in aktive Sterbehilfe mündeten. Bitten um aktive Sterbehilfe seien häufig ein Anlass und gäben einen Rahmen für ausführliche Gespräche über Leben und Sterben. Die meisten Patienten fänden in diesen Gesprächen Gründe, um weiterzuleben. (Norwood et al. 2009 S. 476) Der Entschluss zur aktiven Sterbehilfe sei ein langer Vorgang. In diesen würden die Hausärzte typischerweise Unterbrechungen einbauen und es dem Patienten überlassen, auf das Thema zurück zu kommen und den Prozess immer wieder voranzutreiben. Die Diskussion könne mehrere Jahre oder auch nur mehrere Tage dauern. Von den 18 Fällen, in denen über aktive Sterbehilfe gesprochen worden war, schrieben 12 Patienten ihren Wunsch nieder, wurden sechs von einem zweiten Arzt gesehen, erhielten fünf einen Termin für die aktive Sterbehilfe und starben nur drei tatsächlich auf diese Weise. Von den sechs Patienten, die mit einem zweiten Arzt gesprochen hatten, starb eine Patientin im Schlaf noch am Tag dieser Konsultation, eine stürzte und starb aufgrund der Komplikationen und eine trat von ihrem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe auf Druck ihrer Tochter zurück. (Norwood et al. S. 478)

Die Autoren beschreiben eine Tendenz der niederländischen Gesellschaft zu „overleg“, d. h. zum Überlegen und Beraten. Diese Idee ist eng verwandt mit Kennedys „bespreekbaarheid“. Die Autoren beobachteten außerdem ein enges Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Sehr häufig hätten Ärzte mit ihren Patienten von sich aus über deren Partnerschaft, hohe Belastung auf der Arbeit oder andere nicht-somatische Befindlichkeitsstörungen gesprochen. In mehr als einem Fall hätten Ärzte sterbender Patienten versucht, diese vor dem Tod mit Familienmitgliedern auszusöhnen.

Die erhobenen Daten liefern laut den Autoren keinen Hinweis auf eine Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch bei kommunikationsfähigen Patienten. Beschrieben wird allerdings ein Fall, in dem ein Hausarzt die Morphindosis eines Patienten erhöht hatte, um dessen Leben zu verkürzen. Der krebserkrankte und bewusstseinsgetrübe, 81jährige Patient hatte sich in gesunder Zeit für den Fall schwerer Krankheit einen Tod durch aktive Sterbehilfe gewünscht, dies aber nicht schriftlich niedergelegt. Der Hausarzt sprach vor der Erhöhung der Morphindosis mit sechs Familienmitgliedern, die sich alle für diesen Weg aussprachen. Die Autoren sahen diesen Fall als einzigen möglichen Hinweis auf einen Dambruch. (Norwood et al. S. 476)

Die Autoren fanden keinen Anhalt dafür, dass aktive Sterbehilfe in den Niederlanden als Alternative für palliativmedizinische Maßnahmen eingesetzt wird. Eine häufige Beschwerde der lebensbedrohlich erkrankten Patienten sei gewesen, dass sich „zu viele fremde Leute“ im Haus aufhielten, nämlich sehr viel Pflegepersonal. Nicht ein Patient hätte sich in der Studie über fehlende Versorgung durch mangelnde finanzielle Möglichkeiten beschwert. Die Hausärzte seien in der Endphase der Erkrankung überwiegend alle paar Tage, in einigen Fällen täglich bei dem Erkrankten zuhause gewesen. Mehrere Hausärzte hätten allerdings angegeben, dass sie sich mehr Fortbildung auf den Gebieten der Pal-

liativmedizin und der Behandlung von Depressionen am Lebensende wünsch-
ten. (Norwood et al. S. 476-477)

In diesem Artikel imponieren die Niederlande als Musterland hausärztlicher
Versorgung. Das mag am Blickwinkel des amerikanischen Erstautors liegen,
der aus seinem eigenen Land ein weniger umfassendes Gesundheitssystem
kennt. Es ist auch möglich, dass sich die durch die Studie unter Beobachtung
stehenden Hausärzte besonders ins Zeug legten. Trotzdem sind die Niederlande
ein Land mit günstigen und vielleicht sogar einzigartigen Bedingungen für die
Versorgung am Lebensende: In Deutschland ist es kaum vorstellbar, dass sich
von 192 lebensbedrohlich erkrankten Patienten nicht einer über mangelnde
Pflege zuhause beschwert. (In meinem eigenen Alltag als Ärztin beschwerten
sich fast alle Patienten mit häuslichem Pflegebedarf darüber, dass diese Pflege
aus finanziellen Gründen quantitativ und qualitativ unzureichend ist.) Auch das
Engagement der Hausärzte in Familien- und Lebensfragen ist mit hoher Wahr-
scheinlichkeit eine gewachsene niederländische Besonderheit. Und die von
Kennedy bereits ausführlich beschriebene spezielle Gesprächskultur ist den Au-
toren dieser Studie erneut aufgefallen. Aus meiner Sicht liefert die Untersu-
chung einerseits für einen Dammbbruch oder eine andere Fehlentwicklung kei-
nen Anhalt, zeigt aber andererseits auch, dass sich das niederländische Modell
nicht auf andere Länder übertragen lässt. In einem Land mit höherem Kosten-
druck im Gesundheitswesen oder einem anderen Selbstverständnis der Haus-
ärzte könnte eine größere Dammbbruchgefahr lauern.

Ein gemeinsames Ziel der in diesem Kapitel vorgestellten Studien ist es, den
Vorgang der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden näher zu charakterisieren.
Daraus erwachsen einige Antworten, aber auch neue Fragen.

Depressive Patienten bekommen seltener aktive Sterbehilfe als andere. Depres-
sion ist ein Grund für Ärzte, um die Tötung auf Verlangen abzulehnen. Ist das
moralisch richtig, weil es für diese Patienten sinnvolle Behandlungsalternativen
gibt? Oder wird so gerade den Patienten mit dem höchsten Leidensdruck keine
aktive Sterbehilfe gewährt?

Die „Unerträglichkeit“ des Leidens spielt für Ärzte und Mitglieder der Prüf-
kommissionen eine wichtige Rolle, wenn sie einen Sterbewunsch als angemes-
sen einstufen. Dabei ist „unerträglich“ ein philosophisch problematischer, gera-
dezu paradoxer Begriff. Wer davon spricht, er ertrage eine Situation nicht, der
erträgt sie in demselben Augenblick. Wer sagt „Ich kann das nicht ertragen“,
meint „Ich will das nicht ertragen“. Darüber hinaus gibt es große intersubjektive
Unterschiede, wie viel Leid ein Mensch ertragen möchte und welche Art von
Leiden er als besonders schwer erträglich empfindet (z. B. körperliches, seeli-
sches oder soziales Leid). Das mit „Unerträglichkeit“ assoziierte Gefühl ist
Verzweiflung. Was im Gehirn passieren muss, damit dieses Gefühl aufkommt,
wissen wir nicht. Wird es sich durch zukünftige Forschung klären lassen? Und
wie schaffen es niederländische Ärzte, mit ihren Patienten einen Konsens über
die „Unerträglichkeit“ einer Situation zu erzielen?

Schmerzen spielen in den Niederlanden eine große Rolle, wenn Arzt und Patient sich gemeinsam für aktive Sterbehilfe entscheiden. Andere wichtige Symptome sind Übelkeit, Atemnot und Erschöpfung. Besonders häufig zur Sterbehilfe führt aber die amyotrophe Lateralsklerose, die weder mit Schmerzen noch mit Übelkeit einhergeht. Einerseits haben diese Patienten oft einen Sterbewunsch. Andererseits wird dieser besonders häufig erfüllt. Die Neurologin Maessen findet in ihrer Studie gerade bei diesen Patienten psychosoziale Faktoren, insbesondere eine überwiegend unbegründete Erstickungsangst, als wichtige Gründe für den Sterbewunsch. Während Ärzte vor der Erfüllung des Sterbewunsches bei depressiven Patienten zurückschrecken, gilt diese Angst anscheinend als legitimer Grund sterben zu wollen. Wiederum wird deutlich, wie schwierig es ist, eine Grenze zwischen physischem und psychischem, behandelbarem und nicht-behandelbarem, erträglichem und unerträglichem Leiden zu ziehen. In den Niederlanden spielt der Hausarzt die entscheidende Rolle bei dieser Gratwanderung. Bitten um aktive Sterbehilfe werden am häufigsten ihm gegenüber geäußert und auch besonders häufig von ihm gewährt. Alle Studienergebnisse weisen daraufhin, dass die große Mehrheit der niederländischen Hausärzte dieser Verantwortung mit viel Engagement gerecht wird. Ernsthafte Hinweise auf einen drohenden Dambruch, auf sich einschleichende Lässigkeit, mangelnde Sorgfalt oder einer Aufweichung der Kriterien bei der aktiven Sterbehilfe finden die neuesten Studien nicht. Norwood und seine Kollegen staunen über die besondere niederländische Gesprächskultur und das einzigartige Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Hausarzt. Eines bietet die niederländische Entwicklung deshalb mit Sicherheit nicht: Sie erlaubt keine Aussagen darüber, wie sich eine andere Gesellschaft mit einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe entwickeln würde.

Sollten wir also in Deutschland auf eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe hinwirken? Darauf kann ich keine Antwort geben. Worauf es sich dagegen mit Sicherheit hinzuwirken lohnt, sind eine offene Gesprächskultur, gerade zwischen Arzt und Patient, eine Stärkung der Hausärzte und der häuslichen Pflege – nach dem Vorbild der Niederlande.

Literatuurverzeichnis

- Algra W. (2003) Een gemis aan openheid; euthanasie (Ein Mangel an Offenheit; Aktive Sterbehilfe), *Trouw*, 24. Mai 2003
- Algra W. (2002) „Het bestaat, du moeten we erover kunnen praten“; euthanasie („Es kommt vor, also müssen wir darüber sprechen können“; aktive Sterbehilfe), *Trouw*, 11. Oktober 2002
- Bahnen A. (2002) Seht doch hin! Fischers Klone: Niederländer und Deutsche im Bioethik-Dialog, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 4. März 2002
- Ballin H. (1996) Verbetering van stervenshulp is vooral verbetering van levenshulp (Verbesserung der Sterbehilfe ist vor allem Hilfe zum Leben), *Trouw*, 30. November 1996
- Beauchamp T., Childress J. (2009) Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 6. Aufl.
- Berg J. H. van den (1978) Medical Power and Medical Ethics, Norton & Company, New York
- Bindels P. J., Krol A., Ameijden E. van, Mulder-Folkerts D. K., Hoek J. A. van den, Griensven G. P. van, Coutinho R. A. (1996) Euthanasia and physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS, *Lancet* 347 (9000): 499–504
- Birnbacher D., Dekkers W., Engelhardt D. von, Gordijn B., Have H. ten, Heubel F., Hubben J. (2000) Autorenverzeichnis. In: Gordijn B., Have H. ten (Hrsg.), Medizinethik und Kultur, Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Canstatt, 1. Aufl., S. 495–501
- Bles W. van der, Hesse R. van (1996) Oudkerk: Politiek moet angst voor euthanasie respecteren (Oudkerk: Die Politik muss Angst vor aktiver Sterbehilfe respektieren), *Trouw*, 6. Dezember 1996
- Boer T. (2003) Artsen moeten meldingsplicht serieus nemen (Ärzte müssen ihre Meldepflicht ernst nehmen), *Trouw*, 27. Mai 2003
- Brandt E. (2002) Vrijwilliger naast de dood (Freiwillige in der Nähe des Todes), *Trouw*, 2. Juli 2002
- Breedveld W. (2002) Hulp om te sterven (Hilfe zum Sterben), *Trouw*, 2. Oktober 2002
- Buiting H., Delden J. van, Onwuteaka-Philipsen B., Rietjens J., Rurup M., Tol D. van, Gevers J., Maas P. van der, Heide A. van der, Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study, *BMC Medical Ethics*, 27. Oktober 2009

- Cornelisse M. (1996) Huisarts kan wens om te sterven juist goed beoordelen (Der Hausarzt kann den Sterbewunsch gut einschätzen), *Trouw*, 7. September 1996
- Crul B. (1996) Verplichte vertrouwenscommissie bij euthanasie overbodig en tijdrovend (Verpflichtende Vertrauenskommissionen sind überflüssig und zeitraubend), *Trouw*, 3. Februar 1996
- Daele W. van den (2005) Selbstbestimmung am Lebensende, Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung, *WZB-Mitteilungen* 108
- Dam H. van (1997) Palliatieve zorg en euthanasie: Valse tegenstellingen, (Palliativmedizin und aktive Sterbehilfe: falsche Gegensätze), *Trouw*, 4. April 1997
- Dam H. van (2002) Hulp om te sterven (Hilfe zum Sterben), *Trouw*, 4. Oktober 2002
- Dehne A. (1996) Hospizbewegung, Sterben in Würde, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (22): A-1432
- Deutsche Hospiz Stiftung (2007), www.hospize.de, abgerufen am 10. Juli 2007
- Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme, Nationaler Ethikrat, Berlin
- Drayer E. (2002) „Ik wilde mijn vader geen verdriet doen“; het kind van de dominee („Ich wollte meinem Vater keinen Kummer machen“; das Kind des Pfarrers), *Trouw*, 21. September 2002
- Drechsel K.-P. (1993) Beurteilt – vermessen – ermordet, die Praxis der Euthanasie bis zum Ende des deutschen Faschismus, Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (DISS), Duisburg
- Duin B. J. van, Gevers S., Griffiths J., Have H. ten, Jochemsen H., Klotzko J. A., Kuitert H. (1998) Introduction: Reexamining „Thou shalt not kill“. In: Thomasma D., Kimbrough-Kushner T., Kimsma G., Ciesielski-Carlucci C. (Hrsg.), *Asking to Die, Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London, 1. Aufl., S. 7–15
- Dutch Catholic Bishops' Conference (2002) *Euthanasia and Human Dignity*, Uitgeverij Peeters, Utrecht, Leuven
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996a) Dokumentation 99. Deutscher Ärztetag, Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV, Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (25): A-1715
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996b) Euthanasie in den Niederlanden, 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (50): A-3334

- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996c) Hartmannbund: Nein zur Sterbehilfe, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (23): A-1509
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996d) Neufassung der Sterbehilferichtlinien, Absage an aktive Euthanasie, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (6): A-309
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996e) Niederlande: Zunahme der Euthanasiefälle, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (15): A-944
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1996f) Sterbehilfe bei AIDS, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (19): A-1343
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1997a) Euthanasie: Künftig zwei Fallgruppen in den Niederlanden, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (6): A-280
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (1997b) Sterbehilfe in den Niederlanden, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (8): A-426
- Editorial *Deutsches Ärzteblatt* (2002) Sterbehilfe erlaubt, Sterbehilfe bleibt unter bestimmten Bedingungen straffrei, *Deutsches Ärzteblatt* PP (5): 197
- Editorial *FAZ* (1996a) Depressive Krebskranke verlangen Sterbehilfe, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 10. Juli 1996
- Editorial *FAZ* (1996b) Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 10. Juli 1996
- Editorial *FAZ* (1996c) Freiheit oder Leben, der kurze Weg von der straffreien Selbsttötung zur Euthanasie, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23. Juli 1996
- Editorial *FAZ* (1996d) Gegen 5 Uhr früh dem Zusammenbruch nahe, Mainzer Hospizgesellschaft steht Sterbenden bei und setzt aufs ehrenamtliche Engagement, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 19. Juni 1996
- Editorial *FAZ* (1996e) Selbstmord-Anleitung für sechzehn Mark, Broschüre in Holland, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 24. Juni 1996
- Editorial *FAZ* (1997a) Den Haag für Neuregelung bei Sterbehilfe, Prüfungskommissionen sollen Einhaltung von Kriterien sicherstellen, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23. Januar 1997
- Editorial *FAZ* (1997b) Scheinlösung, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 12. November 1997
- Editorial *FAZ* (2003) Studie zur Sterbehilfe, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 18. Juni 2003
- Editorial *FAZ* (2004a) Abschüssiger Weg, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 4. Juni 2004

- Editorial *FAZ* (2004b) Strengere Kontrollen bei Sterbehilfe, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 9. Juli 2004
- Editorial *Medisch Contact* (1996) Evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure euthanasie, reactie KNMG (Prüfung der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe, Reaktion der KNMG), *Medisch Contact* 51 (50): 1613
- Editorial *Medisch Contact* (2002) Euthanasiewet sinds 1 april 2002 van kracht (Gesetz zur aktiven Sterbehilfe seit 1. April 2002 in Kraft), *Medisch Contact* 57 (15): 599
- Editorial *Medisch Contact* (2005) Aantal meldingen van euthanasie gestegen (Anzahl der Meldungen von aktiver Sterbehilfe gestiegen), *Medisch Contact* 60 (16): 651
- Editorial *Trouw* (1996a) De arts als proefkonijn (Der Arzt als Versuchskaninchen), *Trouw*, 20. Februar 1996
- Editorial *Trouw* (1996b) Derde van Duitse artsen jaloers op Nederland (Ein Drittel der deutschen Ärzte ist neidisch auf die Niederlande), *Trouw*, 29. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996c) Economisch motief speelt nooit rol bij euthanasie (Wirtschaftliche Motive spielen bei der aktiven Sterbehilfe keine Rolle), *Trouw*, 28. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996d) Een op drie ziekenhuizen is niet ingesteld op stervensbegeleiding (Eines von drei Krankenhäusern ist auf Sterbebegleitung nicht eingestellt), *Trouw*, 28. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996e) Euthanasie, *Trouw*, 27. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996f) Euthanasie bij aidspatient pas in zeer laat stadium (Aktive Sterbehilfe bei AIDS-Patienten erst in einem sehr späten Stadium), *Trouw*, 23. Februar 1996
- Editorial *Trouw* (1996g) Felle euthanasiebestrijder gasthoogleraar in Rotterdam (Scharfer Gegner der aktiven Sterbehilfe Gastprofessor in Rotterdam), *Trouw*, 2. März 1996
- Editorial *Trouw* (1996h) Melden euthanasie bij justitie geeft crimineel gevoel (Das Melden von aktiver Sterbehilfe bei der Justiz sorgt für ein Gefühl von Kriminalität), *Trouw*, 28. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996i) Sutorius: Zorgvuldige aanmelders moet je met rust laten (Sutorius: Wer sorgfältig handelt und aktive Sterbehilfe meldet, muss in Ruhe gelassen werden), *Trouw*, 28. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996j) Toch zijn artsen de laatste vijf jaar zorgvuldiger geworden (Und doch sind Ärzte in den letzten fünf Jahren sorgfältiger geworden), *Trouw*, 27. November 1996

- Editorial *Trouw* (1996k) Wetenschappers oordelen mild over hollandse remedie (Wissenschaftler urteilen mild über das holländische Rezept), *Trouw*, 28. November 1996
- Editorial *Trouw* (1996l) Zelfdoding (Selbsttötung), *Trouw*, 25. Juni 1996
- Editorial *Trouw* (1996m) Zelfdodingspillen moeilijk te krijgen (Selbsttötungstabletten sind schwer zu bekommen), *Trouw*, 25. Juni 1996
- Editorial *Trouw* (1996n) Ziekenhuispsychiaters willen grotere rol bij euthanasie (Krankenhauspsychiater wollen bei der aktiven Sterbehilfe eine größere Rolle spielen), *Trouw*, 27. August 1996
- Editorial *Trouw* (1996o) Zorgnetwerk voor de totale stervende mens (Netzwerk für den sterbenden Menschen in seiner Ganzheit), *Trouw*, 17. April 1996
- Editorial *Trouw* (1997a) Douma bij afscheid: Tegen euthanasie is naar de mens niets (Douma bei seinem Abschied: Gegen aktive Sterbehilfe zu sein funktioniert nicht, wenn man nur vom Menschen ausgeht), *Trouw*, 30. Mai 1997
- Editorial *Trouw* (1997b) Pro life artsenvereniging heeft de wind momenteel niet mee (Pro-life-Ärztevereinigung hat zur Zeit keinen Rückenwind), *Trouw*, 29. November 1997
- Editorial *Trouw* (1997c) „Veel kankerpatienten en baby's leiden onnodig pijn“ („Viele Krebspatienten und Babies leiden unnötige Schmerzen“), *Trouw*, 4. September 1997
- Editorial *Trouw* (1999) Sow-kerken: Laat euthanasie in wetboek van strafrecht (Zusammen-auf-dem-Weg-Kirchen: Aktive Sterbehilfe muss strafbar bleiben), *Trouw*, 4. November 1999
- Editorial *Trouw* (2001) Korthals: Garanties voor liberaal strafbeleid (Korthals: Garantien für eine liberale Strafpolitik), *Trouw*, 17. November 2001
- Editorial *Trouw* (2002a) Aantal meldingen van euthanasie weer lager (Anzahl Meldungen aktive Sterbehilfe wieder gesunken), *Trouw*, 23. Mai 2002
- Editorial *Trouw* (2002b) Experimenteren met de dood (Experimentieren mit dem Tod), *Trouw*, 23. März 2002
- Editorial *Trouw* (2003a) Euthanasiewet en transparentie (Sterbehilfegesetz und Transparenz), *Trouw*, 26. Mai 2003
- Editorial *Trouw* (2003b) Minder euthanasie of minder meldingen? (Weniger aktive Sterbehilfe oder weniger Meldungen?), *Trouw*, 30. April 2003
- Editorial *Trouw* (2003c) Helft euthanasiegevallen verzwegen (Die Hälfte der Fälle von aktiver Sterbehilfe verschwiegen), *Trouw*, 24. Mai 2003

- Editorial *Trouw* (2005a) Bisschop von Galen steunde en weerstond de Fuehrer (Bischof von Galen stützte den Führer und leistete Widerstand), *Trouw*, 6. Oktober 2005
- Editorial *Trouw* (2005b) Onderzoeker: Er zijn inmiddels al 23 zorgvuldigheidseisen (Forscher: Es gibt inzwischen schon 23 Sorgfaltskriterien), *Trouw*, 9. März 2005
- Feber H. R. G. (1996) Nu of nooit: Euthanasie uit het strafrecht? (Jetzt oder nie: Legalisierung der aktiven Sterbehilfe?), *Medisch Contact* 51 (50): 1616–1617
- Fenigsen R. (2004) Dutch euthanasia: The new government ordered study, *Issues in Law & Medicine* 20 (1): 73–79
- Fittkau L. (2003) In zehn appetitlichen Farben, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 26. September 2003
- Fuchs T. (1996) Abschaffung des Leidens, Abschaffung der Leidenden, Dürfen Ärzte töten?/ Zur gegenwärtigen Debatte über Sterbehilfe und Euthanasie, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 28. September 1996
- Fuchs T., Lauter H. (1997) Euthanasie, Kein Recht auf Tötung, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (5): A-220–A-224
- GESIS, Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2008) ALLBUS, Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften, GESIS, Köln, Mannheim, abrufbar unter: www.gesis.org/Dauerbeobachtung/Allbus, abgerufen am 28. Januar 2009
- Geest-Jacobs I. van (1996) Nederland bezoekland, Beleidstoeristen leren van onze gezondheidszorg (Niederlande als Urlaubsziel: Politische Touristen lernen von unserem Gesundheitssystem), *Medisch Contact* 57 (13): 484–487
- Gezondheidsraad (Rat für Gesundheit) (2007) Missie (Zielsetzung), www.gr.nl/missie.php, abgerufen am 24. Juni 2007
- Gordijn B. (2000) Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland, Ein Vergleich aus historischer Sicht. In: Gordijn B., Have H. ten (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur*, frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstatt, 1. Aufl., S. 303–343
- Griffiths J. (2007) Arts liegt niet over euthanasie, Gebruik juridische definitie toont ware aantallen (Ärzte lügen nicht in Bezug auf aktive Sterbehilfe, Die Verwendung der juristischen Definition zeigt die wahren Zahlen), *Medisch Contact* 62 (11): 466–468
- Griffiths J., Bood A., Weyers H. (1998) *Euthanasia & Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 1. Aufl.
- Haaft G. ten (1996a) Borst: De zorg aan stervenden komt goed op gang (Borst: Die Versorgung Sterbender läuft gut an), *Trouw*, 16. April 1996

- Haaft G. ten (1996b) Chabot: De dokter is niet meer nodig als je het zelf wilt doen (Chabot: Der Arzt ist nicht mehr notwendig, wenn man es selbst tun möchte), *Trouw*, 22. Juni 1996
- Haaft G. ten (1996c) De „duizend van Rummeling“ [sic!] in elk geval gedaald (Die „Tausend von Rummelink“ in jedem Fall verkleinert), *Trouw*, 28. November 1996
- Haaft G. ten (1996d) Engelse Euthanasie (Aktive Sterbehilfe in England), *Trouw*, 9. März 1996
- Haaft G. ten (1996e) In het hospice krijgt ook de dood een kans (Im Hospiz bekommt auch der Tod eine Chance), *Trouw*, 2. März 1996
- Haaft G. ten (1996f) Inzicht in de processen rond stervende patienten (Einsicht in die Prozesse rund um sterbende Patienten), *Trouw*, 29. Mai 1996
- Haaft G. ten (1996g) Mam, wat verwacht je dan van ons? (Mama, was erwartest du dann von uns?), *Trouw*, 23. März 1996
- Hartogh G. den (2003) Mysterieuze cijfers (Mysteriöse Zahlen), *Medisch Contact* 58 (26/27): 1063.
- Hartogh G. den (1996) Liever geen wet dan die van de vereniging voor euthanasie (Lieber kein Gesetz als das der Vereinigung für aktive Sterbehilfe), *Trouw*, 21. Februar 1996
- Hartogh G. den (2002) Niet toetsen is geen optie, toetsingscommissies vervullen hun wettelijke taak (Nicht zu prüfen ist keine Option, Prüfungskommissionen erfüllen ihre vom Gesetz vorgegebene Aufgabe), *Medisch Contact* 57 (34): 1192–1193
- Have H. ten (2001) Euthanasia. In: Gordijn B., Have H. ten (Hrsg.), *Bioethics in a European Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London, S. 469–486
- Heide A. van der, Deliens L., Faisst K., Nilstun T., Norup M., Paci E., Wal G. van der, Maas P. J. van der, EURELD consortium (2003) End-of-life decision-making in six european countries: descriptive study, *Lancet* 362 (9381): 345–50
- Heide, A. van der, Onwuteaka-Philipsen B. D., Rurup M. L., Buiting H. M., Delden J. J. van, Hanssen-de Wolf J. E., Janssen A. G. (2007) End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act, *The New England Journal of Medicine* 356 (19): 1957–1965
- Helou A., Wende A., Hecke T., Rohrmann S., Buser K., Dierks M. L. (2000) Public opinion on active euthanasia. The results of a pilot project, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 125 (11): 308–315
- Hufeland C. W. (1823) Von dem Rechte des Arztes über Leben und Tod, *Neues Journal der Practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst* 56 (1): 3–28

- Illich I. (1975) Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Institut für Demoskopie Allensbach (2001), Allensbacher Berichte 2001, Nr. 9, abrufbar unter: http://www.ifd-allensbach.de/pdf/prd_0109.pdf, abgerufen am 1. Januar 2009
- Institut für Demoskopie Allensbach (2008), Allensbacher Berichte 2008, Nr. 14, abrufbar unter: http://www.ifd-allensbach.de/pdf/prd_0814.pdf, abgerufen am 1. Juni 2011
- Jachertz N. (2002) Aktuelle Vergangenheit, Ein Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung in Berlin beschäftigt sich mit der Rolle von Arzt und Medizin im Nationalsozialismus, *Deutsches Ärzteblatt* PP (8): 359–360
- Jonquière R. (1996) Euthanasie als exportproduct, Nederlandse debat voedt de discussie in het buitenland (Aktive Sterbehilfe als Exportprodukt, Die Niederländische Debatte speist die Diskussion im Ausland), *Medisch Contact* 57 (13): 505–507
- Jurgens E. (1996) Ons aller openbaar gewetensonderzoek over euthanasie moet nooit ophouden (Unser aller öffentliche Gewissenserforschung in Bezug auf aktive Sterbehilfe darf niemals aufhören), *Trouw*, 14. Februar 1996
- Kamphaus F. (2003) Die Kunst des Sterbens, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 30. September 2003
- Kastelein W. R. (1996) Arts en recht: Van wetgeving naar praktijk (Arzt und Recht: von der Gesetzgebung zur Praxis), *Medisch Contact* 51 (15): 525–526
- Keesings historisch archief (1994) Amsterdam
- Keesings historisch archief (1986) Amsterdam
- Keesings historisch archief (1985) Amsterdam
- Kennedy J. (2002) Een weloverwogen dood, Euthanasie in Nederland (Ein wohlüberlegter Tod, Aktive Sterbehilfe in den Niederlanden), Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 1. Aufl.
- Kenter E. G. H. (1996) De intersubjectiviteit van het ondraagelijk lijden – Wie bepaalt? (Die Intersubjektivität des unerträglichen Leidens – Wer hat das Sagen?), *Medisch Contact* 51 (14): 480–482
- Kenter E. G. H., Sutorius P. E., Wassenberg J. H. J. (2003) Euthanasie is maatwerk (Aktive Sterbehilfe ist Maßarbeit), *Medisch Contact* 58 (21): 845
- Keown J. (1995) Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope? In: Keown J. (Hrsg.), *Euthanasia examined, Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge, S. 263–280

- Klijn A. (2003) Vals plat (Trügerische Ebene), *Medisch Contact* 58 (30/31): 1185
- Klijn A. (2002) Opnieuw de meldingsfrequentie (Wieder die Meldefrequenz), *Medisch Contact* 57 (4): 133–136
- Klinkhammer G. (2004) Eine steigende Dunkelziffer, *Deutsches Ärzteblatt* PP (9): 408–409
- Klinkhammer G. (2002) Ethische Abwärtsspirale, Scharfe Kritik übten die Delegierten des Deutschen Ärztetages an der vor kurzem beschlossenen belgischen Euthanasiegesetzgebung, *Deutsches Ärzteblatt* 99 (23): A-1558
- Klinkhammer G. (1997) Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid: Vorrang für die Schmerztherapie, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (18): A-1172
- Kollwitz A. (1996) Umfragethema Sterbehilfe, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 2. Dezember 1996
- Koole R. (1995) Politieke partijen in Nederland, Ontstaan en ontwikkeling van partijen en partijstelsel (Politische Parteien in den Niederlanden, Entstehung und Entwicklung von Parteien und Parteisystem), Het Spectrum B. V., Utrecht
- Kröner H.-P. (2001) „Euthanasie“: von der Sterbebegleitung zum Krankenmord. In: Hucklenbroich P., Gelhaus P. (Hrsg.), Tod und Sterben, Medizinische Perspektiven, Lit Verlag, Münster, 1. Aufl., S. 87–103
- Legemaate J. (1998) Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview. In: Thomasma D., Kimbrough-Kushner T., Kimsma G., Ciesielski-Carlucci C. (Hrsg.), Asking to Die, Inside the Dutch Debate about Euthanasia, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London, 1. Aufl., S. 19–34
- Legemaate J. (1996) Na legalisering van euthanasie? - Het vraagstuk van levensbeëindiging zoveel mogelijk de rechtzaal uit (Hin zur Legalisierung von aktiver Sterbehilfe? – Die Frage der Lebensbeendigung sollte so selten wie möglich im Gerichtssaal beantwortet werden), *Medisch Contact* 51 (15): 517–508
- Legemaate J., Spreeuwenberg C. (1996) Levensbeëindiging ernstig gehandicapte pasgeborene (Beendigung des Lebens schwerbehinderter Frühgeborener), *Medisch Contact* 51 (6): 195–199
- Levene I., Parker M. (2012) Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review, *Journal of Medical Ethics*, online publiziert am 27. Januar 2011, S. 1-7
- Maas P. van der, Delden J. van, Pijnenborg L. (1992) Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life, Elsevier, Amsterdam, Band 2

- Maas P. J. van der, Pijnenborg L., Delden J. J. van (1995) Changes in Dutch opinions on active euthanasia, 1966 through 1991, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 273 (18): 1411–1414
- Maas P. J. van der, Wal G. van der, Haverkate I., Graaff C. L. de, Kester J. G., Onwuteaka-Philipsen B. D., Heide A. van der, Bosma J. M., Willems D. L. (1996) Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995, *The New England Journal of Medicine* 335 (22): 1699–1705
- Maessen M., Veldink J. H., Berg L. H. van den, Schouten H. J., Wal G. van der, Onwuteaka-Philipsen B. D. (2010) Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure and cancer patients, *Journal of Neurology* 257: 1192-1198
- Merten K. (1999) Einführung in die Kommunikationswissenschaft, Lit Verlag, Münster, Band 1
- Miccinesi G., Fischer S., Paci E., Onwuteaka-Philipsen B. D., Cartwright C., Heide A. van der, Nilstun T., Norup M., Mortier F., EURELD consortium (2005) Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: A comparison between seven countries, *Social Science & Medicine* (1982) 60 (9): 1961–1974
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillige Levensende (2005), www.nvve.nl, abgerufen am 9. April 2009
- Niederländisches Strafgesetzbuch (2001a), Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Gesetz Prüfprozedur Lebensbeendigung auf Wunsch und Hilfe zur Selbsttötung), Artikel 1–24
- Niederländisches Strafgesetzbuch (2001b) Zweites Buch, Straftaten (Tweede boek, misdrijven), Artikel 293
- Norwood F., Kimsma G., Battin M., Vulnerability and the ‚slippery slope‘ at the end-of-life: a quantitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands, *Family Practice* 2009, 26: 472-480
- Oduncu F. S. (2003) Euthanasia: killing as due care?, *Wiener Medizinische Wochenschrift* (1946) 153 (17–18): 387–391
- Oduncu F. S. (2005) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 1: Medizinische und rechtliche Aspekte, *MedizinRecht* 23 (8): 437–445
- Ohne Autor (1996) Im Sterben: Umfängen vom Leben, Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996, „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Hannover, Bonn, 1. Aufl.
- Ohne Autor (2005) Cor Spreeuwenberg nieuwe algemeen directeur iRv, (Cor Spreeuwenberg neuer Direktor iRv), 6. Oktober 2005, abrufbar unter:

- www.unimaas.nl/default.asp?id=&template=overig/pers_detail.htm&pid=384&jaar=2005&red=1, abgerufen am 11. April 2009
- Onwuteaka-Philipsen B. D., Heide A. van der, Koper D., Keij-Deerenberg I., Rietjens J. A., Rurup M. L., Vrakking A. M. (2003) Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, *Lancet* 362 (9381): 395-399.
- Onwuteaka-Philipsen B., Rurup M., Pasma R., Heide, A. van der (2010) The Last Phase of Life, Who Requests and Who Receives Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?, *Medical Care*, Volume 48, Number 7
- Otten R. (1997) Kabinettsvorstel euthanasie behoeft verdere uitwerking (Kabinettsvor-schlag aktive Sterbehilfe bedarf genauerer Ausarbeitung), *Medisch Contact* 52 (5): 150
- Peeters J. (1997) Het gelijk van de rooms-katholieke moraal (Die Richtigkeit der römisch-katholischen Morallehre), *Trouw*, 9. April 1997
- Polke-Majewski K. (2004) Wann ist der Tod menschlich?, *Frankfurter Allgemeine Zei-tung*, 28. März 2004
- Pool R. (1996) Euthanasie – enkele aanbevelingen naar aanleiding van een antropolo-gisch onderzoek (Aktive Sterbehilfe – Einige Empfehlungen aus Anlass einer anthro-pologischen Untersuchung), *Medisch Contact* 51 (21): 705–707
- Post D. (2002) Dokters worden overvraagd (Ärzte werden überfragt), *Trouw*, 31. Januar 2002
- Rachel T. (2004) Wir werden unfähig, den Tod anzuerkennen, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 25. April 2004
- Rau J. (2001) Wird alles gut? – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß, Berliner Rede 2001 in der Staatsbibliothek zu Berlin, abrufbar unter: www.berlinnews.de/archiv/1958.shtml, abgerufen am 10. April 2009
- Reuter B. (2001) Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Kö-nigreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?, Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 1. Aufl.
- Reuter P. (Hrsg.) (2007) Springer Klinisches Wörterbuch 2007/2008, Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Rost K. L. (1987) Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“, National-sozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates, Matthiesen Verlag, Husum
- Sahm S. (2002) Ganzgott in Weiß, Hinter unserem Ethikdamm sind wir nicht mehr si-cher: Dürfen Ärzte Sterbehilfe leisten?, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 21. Mai 2002

- Sahm S. (1997) Leitlinien erleichtern medizinischen Alltag, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 22. Oktober 1997
- Sahm S. (1996) Sterbehilfe – das Tor zu öffnen wäre gefährlich, Heilen und Lindern bei Krebskranken/„Palliative“ Behandlung vernachlässigt, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23. Oktober 1996
- Schampers B. (2002) „Waarom is de vraag zo groot?“, euthanasie („Warum ist die Frage so wichtig?“; aktive Sterbehilfe), *Trouw*, 9. September 2002
- Schilder P. (2003) „Versorgen, nicht töten“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 20. November 2003
- Schipper A. (1996) Artsen verliezen vertrouwen in OM/Josephus Jitta: Je kunt onzorgvuldig euthanasiebeleid niet met rechtsvervolging ondersteunen (Ärzte verlieren das Vertrauen in die Staatsanwaltschaft/Josephus Jitta: Man darf schlampige Sterbehilfe-Politik nicht mit Strafverfolgung unterstützen), *Trouw*, 3. Februar 1996
- Schipper A. (1996a) „Niet patient, maar arts wordt machtiger door Nederlandse euthanasiepraktijk“ („Nicht der Patient, sondern der Arzt wird mächtiger durch die niederländische Praxis der aktiven Sterbehilfe“), *Trouw*, 10. Dezember 1996
- Schipper A. (1997) Artsen gaan korter werken doordat veel vrouwen dat in deeltijd doen (Ärzte werden kürzer arbeiten, weil viele Frauen Teilzeitstellen annehmen), *Trouw*, 1. Februar 1997
- Schöne-Seifert B. (2007) *Grundlagen der Medizinethik*, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart
- Schouwstra J., Blink J. W. van den (1996) Euthanasierichtlijnen in de Daniel den Hoed kliniek – Resultaten van een evaluatieonderzoek na vijf jaar (Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe in der Daniel-den-Hoed-Klinik – Ergebnisse einer Evaluation nach fünf Jahren), *Medisch Contact* 51 (33/34): 1063-1065
- Schröder C., Schmutzer G., Klaiberg A., Brähler E. (2003) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53: 334–343
- Schutte G. J. (1997) De publieke rechtstaak bij abortus en euthanasie (Die Aufgabe des öffentlichen Rechts bei Schwangerschaftsabbruch und aktiver Sterbehilfe), *Trouw*, 25. Januar 1997
- Schuyt C. J. M. (1997) Regulering van euthanasie vanuit maatschappelijk perspectief (Regulierung von aktiver Sterbehilfe aus gesellschaftlicher Perspektive), *Medisch Contact* 52 (8): 250–252
- Slingerland M. (1996) „Ik begrijp niet hoe arts routine kan ontwikkelen in euthanasie“ („Ich verstehe nicht, wie ein Arzt Routine bei der aktiven Sterbehilfe entwickeln kann“), *Trouw*, 26. November 1996

- Sluijsmans D. C. F. (2002) Met gemengde gevoelens (Mit gemischten Gefühlen), *Medisch Contact* 57 (24): 941
- Smelt W. L. H. (1997) De eenzijdige euthanasiediscussie (Die einseitige Diskussion um aktive Sterbehilfe), *Medisch Contact* 52 (19): 589–590
- Sorgdrager W. (1996) Antwoord van minister sorgdrager (justitie) op vragen van het lid V. A. M. van der Burg (CDA) over de zelfdodingsbrochure van der Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. (Vragen ingezonden 4 september 1996, antwoord ontvangen 18 september 1996.) (Antwort des Justizministers Sorgdrager auf Fragen des Kammermitglieds V. A. M. an der Burg (CDA) über die Selbsttötungsbroschüre der niederländischen Vereinigung für freiwillige Sterbehilfe. (Fragen eingesandt am 4. September 1996, Antwort empfangen am 18. September 1996.)) Sdu Uitgevers's-Gravenhage
- Spaemann C. (1996) Euthanasie, Zu der Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie, veröffentlicht im Heft 25/1996: Richtigstellung, *Deutsches Ärzteblatt* 93 (31–32): A-2001
- Spaenk K. (2001) De dood in doordrukstrip (Der Tod in der Pillenschachtel), Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam
- Speiser G. (2004) Wann ist Sterbehilfe erlaubt? *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 4. Juli 2004
- Spreeuwenberg C. (1996) Euthanasie, „geen zorgvuldigheid zonder volledigheid“: In gesprek met twee bezorgde artsen (Aktive Sterbehilfe – „Keine Sorgfalt ohne Vollständigkeit“ – Im Gespräch mit zwei besorgten Ärzten), *Medisch Contact* 51 (4): 107–108
- Stel J. van der (2002), Aan gedoogbeleid wenn is riskant; Oer-Hollandse gewoonte (Sich an Duldungspolitik zu gewöhnen ist gefährlich; Ur-Holländische Gewohnheit), *Trouw*, 21. März 2002
- The B. A. M. (1996) Euthanasie als groeiproces (Aktive Sterbehilfe als Wachstumsprozess), *Medisch Contact* 51 (33/34): 1069–1073
- Thoemmes M. (1997) Nur keine Sentimentalitäten, Manche nennen es Tötung auf Verlangen, andere sprechen von Euthanasie, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 29. Oktober 1997
- Tol, D. van, Rietjens J., Heide A. van der, Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners (2010) *Health Policy* 97: 166-172
- Uhlenbruck W. (2002) Der Wille des Sterbenden, Menschenwürdige Hilfe zwischen Tun und Unterlassen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 3. April 2002

- Valk-van Marwijk Kooy R. P. de (2007) Regionale toetsingscommissies euthanasie jaarverslag 2006 (Jahresbericht der regionalen Prüfkommisionen Aktive Sterbehilfe 2006)
- Ven P. van der (1996) Katholieke zondag voor geheel europa (Ein katholischer Sonntag für ganz Europa), *Trouw*, 14. November 1996
- Vermaat E. (2001) Euthanasie: herhaalt de geschiedenis zich? Parallellen en verschillen met nazi-duitsland (Aktive Sterbehilfe: Wiederholt sich die Geschichte? Parallellen mit Nazi-Deutschland und Unterschiede), De Banier, Utrecht
- Verwimp R. (2002) Euthanasie, ook voor gelovigen (Aktive Sterbehilfe, auch für Gläubige), *Trouw*, 12. Juni 2002
- Visser J. (2003) Plat vlak (Ebene Fläche), *Medisch Contact* 58 (21): 842
- Visser J. (1996) Evaluatieonderzoek meldingsprocedure euthanasie, commentaren (Untersuchung zur Evaluation der Meldeprozedur aktive Sterbehilfe, Kommentare) *Medisch Contact* 50 (51): 1614–1615
- Vollmann J. (2000) Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid, Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte. In: Gordijn B., Have H. ten (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur, Grenzen medizinethischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstatt, 1. Aufl., S. 31–70
- Wal G. van der, Maas P. J. van der, Bosma J. M., Onwuteaka-Philipsen B. D., Willems D. L., Haverkate I., Kostense P. J. (1996) Evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie, *Medisch Contact* 51 (50): 1607–1612
- Weiß J., Buhl D. (Hrsg.) (2005) *Die ZEIT, Das Lexikon in 20 Bänden*, Zeitverlag Gerd Bucerius, Hamburg
- Weyers H. (2002) Euthanasie, het proces van rechtsverandering (Aktive Sterbehilfe, der Prozess der Veränderung des Rechts), Amsterdam University Press, Groningen
- Weyers H. (1997) Weinig overtuigende verwoording van een bekend standpunt tegen liberalisering van euthanasie (Wenig überzeugende Fassung eines bekannten Standpunktes gegen die Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe), *Medisch Contact* 52 (5): 173–174
- Wichmann K. (2006) Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben e. V., abrufbar unter: www.dghs.de/hintergr/Zusammenfassung_Wahlpr%FCfsteine.pdf, abgerufen am: 16. April 2006
- Zieger A. (2002) Schlusswort, *Deutsches Ärzteblatt* 99 (30): A-2027

Lebenslauf

Persönliches Swantje Melanie Randi Naunin
geboren am 8. Dezember 1982 in Münster

Schulbildung

1989 bis 1993 Besuch der Martin-Luther-Grundschule in Münster

1993 bis 2002 Besuch des Friedrich-Schiller-Gymnasiums in Münster

2002 Abitur

Studium

2002 bis 2008 Studium der Humanmedizin in Münster

2004 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

08/2006 bis 02/2007 Auslandssemester in Utrecht in den Niederlanden

12/2008 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und Approbation
als Ärztin

Beruflicher Werdegang

08/2007 bis 12/2007 Erstes PJ-Tertial Chirurgie in Belgien

12/2007 bis 03/2008 Zweites PJ-Tertial Neurologie in Münster

03/2008 bis 07/2008 Drittes PJ-Tertial Innere Medizin in Münster

seit 02/2009 Tätigkeit als Assistenzärztin

Stipendium

11/2002 bis Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes
12/2008

Danksagung

Sehr herzlich möchte ich mich bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert bedanken, die mir mit Ideen, Anregungen und konstruktiver Kritik in zahlreichen Gesprächen zur Seite gestanden und diese Arbeit dadurch erst ermöglicht hat. Mein besonderer Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Volker Arolt für die Übernahme der Zweitbegutachtung.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei Herrn Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich, Frau Dr. Alena Buyx, Frau Davinia Talbot und allen anderen Mitarbeitern des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, die mir durch viele Hinweise inhaltlicher und formaler Art das Schreiben dieser Arbeit erleichtert haben.

Bei der Suche nach und der Bereitstellung von Quellen haben mir zahlreiche universitäre Einrichtungen inner- und außerhalb Münsters geholfen, denen ich dafür zu Dank verpflichtet bin. Besonders hervorzuheben sind die Universitätsbibliothek und das Haus der Niederlande in Münster.

Für die Durchsicht der Arbeit nach Flüchtigkeitsfehlern danke ich meiner Mutter Ulrike Naunin und für die Unterstützung bei der Formatierung meinem Freund Andreas Notzon.