

Theo A. Boer

Drei Narrative der Euthanasie: Was Europa von den Niederlanden lernen kann

Three Narratives of Euthanasia: What Europe Can Learn from the Netherlands

Zusammenfassung

Weltweit gelten die Niederlande als Probelabor für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Protestantische Christen zählten zu den Pionieren dieser Diskussion. Die Erfahrungen nach 35 Jahren Sterbehilfepraxis zeigen, dass aktive Sterbehilfe, wenn legal, nicht das Ende einer komplexen Diskussion, sondern den Anfang für viele neue Diskussionen bedeutet. Die Entwicklung der Zahlen, die Ausdehnung der Leidensgründe und die zunehmende Normalisierung des organisierten Sterbens führen zunehmend zu einer Kultur der Verzweiflung angesichts von Leiden, Abhängigkeit und Altern. Statt einer Möglichkeit, um ein schreckliches Sterben zu verhindern, wird die Euthanasie zu einem Instrument, um ein schreckliches Leben zu verhindern, und ein Mittel, um das Sterben zu steuern.

Schlüsselwörter: aktive Sterbehilfe, Euthanasie, Niederlande, Ethik, Protestantismus

Abstract

Worldwide, the Netherlands is considered a test laboratory for the legalization of assisted dying (euthanasia, assisted suicide). Protestant Christians were among the pioneers of this discussion. After 35 years, the experience of the practice of assisted dying shows that, once legal, it is not the end of a complex discussion but the beginning of many new discussions. The growth in numbers, the expanded reasons, and the normalization of planned dying are increasingly leading to a culture of helplessness in the face of suffering, dependency, and aging. Instead of a way to prevent horrible dying, euthanasia is becoming a tool to avoid a horrible life and a means to control dying.

Keywords: assisted suicide, euthanasia, the Netherlands, ethics, Protestantism

Univ.-Prof. Dr. Theo A. Boer
Professor für die Ethik des Gesundheitswesens
Protestantische Theologische Universität
Oude Ebbingestraat 25, NL-9712 HA Groningen
taboer@pthu.nl

1. Einführung

Die Niederlande haben mehr als 50 Jahre Erfahrung mit aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen und Beihilfe zu Suizid). Es gab zahlreiche Diskussionen zu diesem Thema, als die Sterbehilfepraxis selbst noch ein Schattendasein führte; Mitte der 80er Jahre kam es dann zur schrittweisen Zulassung und Regulierung der Sterbehilfepraxis. Diesem Beitrag liegen auch persönliche Erfahrungen mit der legalisierten Sterbehilfe in den Niederlanden zugrunde, nicht zuletzt aus meiner neunjährigen Tätigkeit als Mitglied einer Regionalen Kontrollkommission Euthanasie; Erfahrungen, die für die Debatte in Österreich hilfreich sein könnten.

Ich möchte einen kurzen historischen Abriss über die Debatte, Legalisierung und Entwicklungen der Euthanasie, wie sie in den Niederlanden genannt wird, geben. In der Folge unterziehe ich einige Hauptargumente, die in der Diskussion vertreten werden, einer kritischen Analyse: das Argument, dass aktive Sterbehilfe dabei hilft, die Suizidzahlen zu reduzieren; das Argument, dass aktive Sterbehilfe eine Gesellschaft auf die ‚schiefe Bahn‘ bringt (das sogenannte ‚Dammbruch-Argument‘); und das Argument, wonach aktive Sterbehilfe das Arzt-Patient-Verhältnis verändert. Im Anschluss wenden wir uns drei Modellen der Interpretation von aktiver Sterbehilfe zu, abschließend folgen einige kulturkritische Beobachtungen.

2. Religiöse Wurzeln der niederländischen Sterbehilfediskussion

Die Erfahrung der Niederlande mit Diskussionen zur aktiven Sterbehilfe und mit deren schrittweisen Zulassung begann 1969 mit dem Buch *Medizinische Macht und Medizinische Ethik* vom Leidener Psychiater Jan Hendrik van den Berg.¹ Van den Bergs Grundthese lautete, dass Ärzte menschliches Leiden nicht nur heilen und lindern, sondern es auch mitunter verursachen. Das Buch war seiner Zeit voraus. Zum einen hat es die Kraft von Bildern entdeckt. Anhand von Fotos aus Fürsorgeanstalten – damals privatrechtlich noch möglich – führte der

Verfasser seinen Lesern Beispiele und Bilder von ernsthaftem Leiden als Schreckensbild vor Augen: ein 17-jähriger junger Mann, bettlägerig, der auf dem Entwicklungsstand eines Einjährigen stehen geblieben war; ein Mann mittleren Alters, der einer kompletten Unterkörper-Amputation unterzogen worden war und mit seinem Blick sagte: „Was habt Ihr Ärzte mir zugemutet?“; Bilder eines schwerbehinderten Kleinkindes und einer demenzkranken Frau. Nicht nur der Gebrauch von Bildern war neu, auch Van den Bergs Plädoyer für eine Zurückhaltung bei der medizinischen Behandlung. Grob gesagt war es ja bis spät in das 20. Jahrhundert hinein *usage*, dass ein Arzt immer dann behandelt, wenn behandelt werden kann. Angesichts der explosiven Zunahme der medizinischen Macht, so Van den Berg, sollten Ärzte den Mut haben, zurückhaltender zu sein und nicht einfachhin jede behandelbare Krankheit zu therapieren. Drittens sollte, so Van den Berg, auch die aktive und direkte Tötung des Patienten nicht länger tabu sein.

Damit hatte sich nur 24 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges die aktive Sterbehilfe einen Platz in der Mitte der gesellschaftlichen Diskussionen in den Niederlanden errungen. Interessant ist, dass Van den Berg ein protestantischer Gläubiger war, der sein Buch in einem orthodox-christlichen Verlag veröffentlichte. Sein Plädoyer war kein Einzelfall. Die Nederlandse Hervormde Kerk, damals so etwas wie die niederländische Staatskirche, veröffentlichte 1972 ein Gutachten von ebenso großer Tragweite.² Bemerkenswert ist, dass damals sowohl von Van den Berg als auch von der Hervormde Kerk der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe aufgehoben wurde. Ob man eine potenziell erfolgreiche Behandlung bewusst stoppte oder einen Patienten aktiv tötete, wurde in beiden Fällen als ‚Euthanasie‘ bezeichnet. Dass die Unterscheidung aktiv-passiv als moralisch relevante Kategorie ausfiel, bedeutete automatisch eine breite Unterstützung für die Sterbehilfe. Denn wer würde es einem Menschen untersagen wollen, eine Behandlung zu verweigern? Wenn dann

schon die Ablehnung einer dritten Chemotherapie ‚Euthanasie‘ heißt, gibt es schließlich kaum noch jemanden, der Euthanasie unter allen Umständen ablehnt. (In den 1980er Jahren beschränkte man die Definition auf aktive Sterbehilfe, aber zu dieser Zeit war der Terminus ‚Euthanasie‘ bereits Allgemeingut geworden.)

Das Gutachten sprach außerdem nicht nur über unerträgliches Leiden, sondern auch über andere mögliche Gründe: Sterbehilfe könnte vielleicht mit Blick auf die Überbevölkerung in Frage kommen.³ Im selben Jahr sprach der Reformierte Ethiker Pieter Roscam Abbing vom Begriff des „verantwortlichen Alterns“, was so viel bedeutete, dass ältere Leute auf die Dauer Platz für eine neue Generation machen sollten.⁴ Das Hervormde-Gutachten sprach auch davon, dass Krankenhausbetten womöglich für andere Patienten mit mehr Aussicht auf Lebensjahre benötigt würden. Obwohl dieses kirchliche Gutachten in einem offiziellen Verlagshaus erschien, verschwand es schon bald in einer Schublade. Dass dieses Gutachten überhaupt erscheinen konnte, ist jedoch ein Zeichen der damaligen Zeit.

Mit der Gründung des niederländischen Vereins für Freiwillige Sterbehilfe (NVVE) im Jahr 1973 fand eine gewisse Kurskorrektur statt. Für den NVVE war im Gegensatz zu Van den Bergh die freiwillige Bitte eines kompetenten Patienten eine *conditio sine qua non*. Die niederländische Diskussion nahm somit eine relativ günstige Wende, und die Freiwilligkeit wurde für mehrere Jahrzehnte zum Eckstein der niederländischen Sterbehilfedebatte.

Wie in vielen Ländern trugen auch in den Niederlanden bahnbrechende Gerichtsurteile – das Postma-Urteil 1971, das Wertheim-Urteil 1982 und das Schoonheim-Urteil 1983 – zur juristischen und politischen Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe bei.⁵ Weil es bei diesen Verfahren zu einer qualifizierten Verurteilung kam, wurde implizit deutlich, unter welchen Umständen aktive Sterbehilfe straffrei bleiben könnte. Die drei Urteile führten

u.a. dazu, dass 1985 ein offizieller Kompromiss zwischen dem Staatsanwalt, dem Ministerium für Gesundheit und dem niederländischen Ärzteverein geschlossen wurde. Die Sorgfaltskriterien (siehe unten) stammen in wesentlicher Hinsicht aus dieser Zeit.

Inzwischen verfasste die Gereformeerde Kerken in Nederland, die zweitgrößte protestantische Kirche des Landes, 1984 einen ausgewogeneren Bericht.⁶ Die Position dieser Kirche war: aktive Sterbehilfe sei „aus christlicher Sicht nicht unverantwortbar“. Über Sterbehilfe wurde zwar nicht mehr als ‚Lösung‘ bei Überbevölkerung oder bei mangelnden Krankenhausbetten gesprochen. Dennoch ist die Definition der aktiven Sterbehilfe aus späterer Sicht problematisch: „die Tötung eines Patienten, entweder aktiv oder passiv, auf dessen Bitte oder in dessen Interesse“.⁷ Diese Definition wurde schon bald revidiert. Seit etwa 1985 gehört nur noch die aktive Tötung auf Verlangen des Patienten zur Definition.

Der Bericht von 1984 befürwortete auch Sterbehilfe bei psychiatrischen Patienten. Es könne auch „so etwas wie eine psychologisch terminale Phase“ geben.⁸ Statt sich zu suizidieren, sollten einige dieser Patienten unter Umständen die Möglichkeit zur Euthanasie bekommen.

Weil es sich damals um einflussreiche *mainstream* Kirchen handelte, die sich auch in der Mitte des politischen Machtbereichs befanden und weil die Öffentlichkeit von kirchlicher Seite eher Skepsis gegenüber der Tötung auf Verlangen erwartete, kann der Einfluss dieser beiden Dokumente bei der Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe kaum überschätzt werden. Dazu kommt, dass auch einflussreiche individuelle protestantische Ethiker beredte Plädoyers für aktive Sterbehilfe hielten.⁹

3. Gesetzesentwicklung

All dies führte 1994 zu einer vorläufigen gesetzlichen Regelung: Sterbehilfe blieb Teil des Strafbuches, Ärzte, die die festgelegten Sorgfaltskriterien einhielten und den unnatürlichen Tod dem

Staatsanwalt berichteten, konnten mit Straffreiheit rechnen. Erwartungsgemäß gab der Staatsanwalt in den allermeisten Fällen sein Einverständnis. Da die rund 1.000 bis 1.500 ärztlichen Meldungen der Staatsanwaltschaft dann aber zu viel Arbeit verursachten, entschied die Regierung 1998, fünf ‚Regionale Kontrollkommissionen Euthanasie‘ zu gründen. Diese bestehen jeweils aus einem Juristen (zugleich Vorsitzender), einem Ethiker und einem Arzt. Sie bereiteten für die Staatsanwaltschaft für jede Meldung eines Falls von Sterbehilfe einen Entscheidungsentwurf vor, worauf die Anwaltschaft dann die endgültige Entscheidung traf.

Im Jahr 2001 verabschiedete das Parlament ein definitives Gesetz zur Regelung der aktiven Sterbehilfe, das 2002 in Kraft trat. Die aktive Sterbehilfe blieb weiterhin im Strafgesetzbuch. Nach 2002 bekam der Staatsanwalt aber nur noch diejenigen Fälle zu sehen, die von den Kommissionen als „unsorgfältig“ erachtet wurden. Die 99,8% der Fälle, die von den Kommissionen für gut befunden werden, erreichen den Schreibtisch des Anklägers seitdem überhaupt nicht mehr. Darunter fallen auch bahnbrechende Fälle wie die Sterbehilfe für Blinde, Demenzkranke, psychiatrische Patienten, chronisch Kranke, Behinderte, Menschen mit Autismus, usw. Diese Urteile können seit damals nicht mehr in einem öffentlichen Gerichtsverfahren geprüft werden und genießen in der Praxis den Status eines Urteils des Hohen Rates. Juristisch betrachte ich dies als einen Konstruktionsfehler des Sterbehilfegesetzes: Entscheidungen mit großen Folgen werden hier von einem Triumvirat getroffen, das von seinen Besprechungen nicht mal ein Protokoll verfasst, diese aber bei neuen Fällen ähnlicher Art als maßgeblich für die Jurisprudenz gelten lässt. Als Mitglied einer solchen Kommission habe ich diese Tatsache auch persönlich als eine schwere Last empfunden.

Das Gesetz, das im Volksmund als ‚Euthanasiesgesetz‘ bekannt ist, beinhaltet sowohl die Tötung auf Verlangen – sie findet meistens intravenös durch den Arzt statt – als auch den assistierten Suizid – in Anwesenheit des Arztes trinkt

der Patient ein tödliches Präparat. Entgegen der Erwartungen vieler hat sich die Prozentzahl der assistierten Suizide an Sterbehilfe-Fällen von 10% in 2002 auf 3% in 2019 verringert (während sich die der Euthanasiefälle auf 97% erhöht hat). Offenbar bevorzugen die meisten Sterbewilligen eine aktive Rolle des Arztes. Manche sind zu schwach oder zu krank, um noch selbst schlucken oder etwas im Magen behalten zu können.

Ein zweiter Grund ist aber auch, dass die Tötung durch Spritze oder Infusion effektiver und schneller ist als die Beihilfe zum Suizid. Nach den Richtlinien der Kontrollkommissionen muss der Arzt bei dem Patienten anwesend bleiben, bis dieser gestorben ist. Trinkt der Patient ein tödliches Medikament, dann kann sich der Sterbeprozess mehrere Stunden hinziehen. Beide sind sozusagen medizinisch-technische Gründe, warum viele Mediziner die aktive Sterbehilfe bevorzugen. Drittens spielt aber auch noch ein emotionaler Grund eine Rolle: Der Leidende wünscht sich bei dieser wohl schwersten Tat in seinem Leben einen ‚Komplizen‘. Wenn überhaupt einer dazu geeignet ist, dann doch der Hausarzt: Er verkörpert jemanden, der uns jahrzehntelang geholfen hat, zu leben, uns bei der Geburt unserer Kinder beigestanden ist, uns die Grippeimpfung verabreicht hat, und bei uns war, als die tödliche Diagnose gestellt wurde. Eben dieser Arzt soll uns jetzt mit medizinischer Sorgfalt in den Tod hineinführen, so die Einstellung.

Ich vermute, dass die Zahlen in den Niederlanden auch deshalb so hoch sind, weil diese Beteiligung eines Arztes die Hemmschwelle senkt. In Oregon, wo nur die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt ist, ist die Anzahl der Sterbehilfe-Fälle viel geringer: Sie macht dort 0,5% (2019) aller Todesfälle aus,¹⁰ in den Niederlanden sind es etwa 4,5%.

4. Kriterien

Als erstes Kriterium gilt, dass eine ärztliche Diagnose für das Leiden vorliegen muss. Das begründet sich aus einem Gerichtsverfahren (Brongersma-Urteil), wo ein nicht-kranker Mann Sterbehilfe

bekommen hat, weil er alt war und von sich selbst und dem Leben entfremdet.¹¹

Zweitens muss der Patient den Wunsch freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert haben. Drittens muss der Arzt überzeugt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Obwohl dieses Kriterium anfangs als ‚strikt‘ beschrieben wurde, handelt es sich hier um ein eher subjektives Kriterium. Wer ist besser in der Lage, das Leiden als unerträglich zu bewerten, als der Leidende selbst?

Einige Ethiker haben in der Wochenzeitung der niederländischen Ärzteorganisation KNMG einen Beitrag mit dem Titel „Sterbehilfe für Anfänger. Zehn Ratschläge für einen erfolgreichen Sterbewunsch“ verfasst.¹² Wenn der Arzt zum Hausbesuch kommt, soll der Patient am liebsten nicht selber die Tür öffnen; der Patient soll Hinweise auf Dinge, die er noch immer genießen kann, vermeiden, usw. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, dass dieser ‚Überzeugungsprozess‘ sowohl für Patienten und deren Verwandte als auch für die beteiligten Ärzte ein leidvoller Prozess sein kann.

Versetzen wir uns doch in die Lage eines Arztes, der vor sich einen Patienten hat, der behauptet, er leide unerträglich, wobei der Arzt aber Zweifel hat. Welchem Arzt würde man es zumuten, dem Patienten zu sagen, sein Leiden sei nicht so schlimm, wie er meint? Manch ein Patient ist in solchen Fällen zutiefst beleidigt. Auch die Angehörigen, die gespannt auf das Ergebnis eines solchen Gesprächs warten, sehen nur sehr ungerne, dass ihr Liebster die ‚Sterbehilfeprüfung‘ nicht bestanden hat. Es zeigt sich, dass dies ein für alle Beteiligten unbarmherziges Kriterium ist.¹³

Viertens muss der Arzt zusammen mit dem Patienten zum Schluss gelangt sein, dass es für die Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Auch dieses Kriterium ist nicht unproblematisch: Was ist zu tun, wenn der Patient die Alternative verweigert? Ich habe Fälle untersucht, wo sich ein Patient schon länger den Tod gewünscht hatte, aber die medizinische Grundlage für aktive Sterbe-

hilfe (etwa „Krebs in einem behandelbaren Stadium“) fehlte. Was aber wenn der Patient eine noch gut therapierbare Krankheit als sein „Ticket zur Sterbehilfe“ begrüßt, deshalb jegliche Behandlung ablehnt und damit das Kriterium der Hoffnungslosigkeit automatisch erfüllt? Damit wird diese Entscheidung zu einer *self-fulfilling prophecy*.¹⁴

Es gehört zwar nicht zu den Kriterien, aber die Niederlande kennen im Gegensatz etwa zu Kanada keine ärztliche Pflicht zur Sterbehilfe. Dafür bin ich dankbar. Es gibt nicht mal die Verpflichtung, auf einen willigen Kollegen zu verweisen. Zwar hat der Arzt ‚eine professionelle Verantwortlichkeit‘, den Patienten auf einen willigen Kollegen zu verweisen, aber dies ist nachdrücklich keine Pflicht.¹⁵ Auch gibt es keine Pflicht für Institutionen, aktive Sterbehilfe innerhalb ihrer Wände zuzulassen. Anders in Kanada und Belgien, wo es mittlerweile Gerichtsverfahren gibt, in denen das persönliche oder institutionelle Recht, keinerlei Mitwirkung an Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, rechtlich angefochten wird.

5. Schatten- und andere nicht-einbezogene Kriterien

Auch ich habe die niederländische Sterbehilfepraxis lange Zeit als ‚strikt‘ eingestuft. Dies hatte aber damit zu tun, dass die Prüfungsbehörden sich lange Zeit auch an nicht gesetzlich festgelegten ‚Schattenkriterien‘ orientiert haben. Etwa, dass es sich um eine Krankheit im Endstadium handeln muss. Bei nicht-terminalen Krankheiten war man in Einzelfällen schon zuvor bereit, eine Ausnahme zu machen, das Vorliegen einer terminalen Krankheit bei aktiver Sterbehilfe war aber im Allgemeinen so selbstverständlich, dass dies nicht gesetzlich festgelegt wurde. Zweitens waren anfangs psychiatrische Krankheiten ausgenommen, da es ja hier viel schwieriger ist festzustellen, ob nicht doch auf Dauer eine Verbesserung auftreten kann. Auch galt die Befürchtung, dass die Kompetenz von psychiatrischen Patienten beeinträchtigt war. Erst ab 2008 nahmen die Kontrollkommissionen

mehr oder weniger Abschied von diesem Kriterium: Es stand ja nicht im Gesetz.

Ein drittes für die Kontrollkommissionen sehr wichtiges Kriterium war, dass ein Patient nur innerhalb eines schon existierenden Arzt-Patient-Verhältnisses getötet werden darf. Bei Meldungen, wonach ein Patient einen Arzt ausgesucht hatte, damit dieser die Euthanasie durchführte, waren wir als Meldungsinstanz besonders kritisch. Eine vorher bestehende Arzt-Patient-Beziehung wurde auch deswegen für unentbehrlich gehalten, weil diese es dem Arzt möglich machte, die Bitte eines Patienten auf ihren Gehalt zu prüfen. Diese Beziehungen waren in der Entstehungsphase der Sterbehilfepraxis eines der Argumente der Niederländer, um die Kritik ausländischer Skeptiker auszuräumen. Mittlerweile existiert aber seit 2012 das Kompetenzzentrum Euthanasie (vormals ‚Lebensendeklinik‘). 2019 erhielten dort 898 Patienten aktive Sterbehilfe, ohne dass ein vorheriges Arzt-Patient-Verhältnis vorlag. Die Tendenz ist steigend.

Ein viertes Schattenkriterium war, dass Patienten bei der Beendigung ihres Lebens bei vollem Bewusstsein sind und kompetent urteilen können. Dieses Kriterium wurde im April 2020 vom Obersten Gerichtshof zerlegt (siehe unten). Auch hier waren die Kontrollkommissionen bis etwa 2020 offenbar römischer als der Papst gewesen.

Zum Schluss noch einige Kriterien, die erwägt, aber dann doch nicht einbezogen wurden. Das Kriterium, wonach Verwandte informiert und gefragt werden müssen, wurde verworfen aus Angst, dass Verwandte dann auch Druck ausüben könnten und auch, weil aktive Sterbehilfe etwas Höchstpersönliches ist. Mittlerweile habe ich verschiedene Fälle gesehen, wo Verwandte erst nach der durchgeführten Euthanasie vom Arzt den telefonischen Bescheid bekamen: „Ich spreche Ihnen mein Beileid aus. Ihre Mutter ist gestern gestorben.“ Ein international bekanntes Beispiel ist der Belgier Tom Mortier. Er hat beim *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* Klage ge-

gen den Arzt eingereicht, der seine an Depressionen leidende Mutter getötet hatte, ohne dass die Familie davon wusste.¹⁶

Elf Länder weltweit haben Beihilfe zum Suizid legalisiert, davon sechs auch Tötung auf Verlangen.¹⁷ Die Niederlande gehören zu letzteren. Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen wurden beide im selben Atemzug erlaubt, das Gros der Betroffenen entscheidet sich wie gesagt für die Euthanasie. Obwohl diese die Vorteile der medizinischen Sorgfalt und der geteilten Verantwortlichkeit hat, bin ich der Meinung, dass aktive Sterbehilfe dem Patienten zu viel Eigenverantwortung abnimmt und zugleich dem Arzt eine zu große Last auferlegt.

6. Dreifache Begutachtung

Trotz aller Bedenken ist festzuhalten, dass die Niederlande das weltweit beste Überwachungssystem der aktiven Sterbehilfe haben. Zum einen müssen Ärzte bei der Sterbehilfe von mindestens einem Kollegen beraten werden, der geschult ist, kritische Fragen zu stellen (SCEN-Arzt).¹⁸ Zum anderen beurteilen fünf Regionale Kontrollkommissionen im Nachhinein jeden Fall, sie bekommen dabei meistens (und im Gegensatz zu Belgien) ausführliche Krankenakten zu Gesicht. Urteilt das dreiköpfige-Gremium, dass die Kriterien nicht eingehalten wurden, geht die Meldung sowohl an die Staatsanwaltschaft als auch an die Inspektion für das Gesundheitswesen, eine ärztliche Behörde. Von den insgesamt 70.000 Meldungen von 2002 bis 2019 wurden 111 Fälle abgewiesen.¹⁹

Drittens gibt es eine gesetzliche Verpflichtung, alle fünf Jahre die Auswirkungen des Sterbehilfegesetzes wissenschaftlich zu evaluieren. Die Sorgfalt bei der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden wird also ernstgenommen. Allerdings könnte diese Begutachtung kritischer stattfinden. Das Konsortium, dem diese Aufgabe anvertraut wird (es besteht über Jahre hindurch größtenteils aus den selben Personen, kritischeren Konsortien wurde diese Aufgabe wegen ‚mangelnder Erfahrung‘ bisher nicht anvertraut), stellt nur spärlich kritische Fragen.

Als die Zahlen bis 2007 stabil blieben, wurde dies als ein Beweis gedeutet, dass das Gesetz wirksam ist und die Palliativmedizin sich verbessert hatte;²⁰ als sich die Zahlen 2017 dann verdreifacht hatten, wurde dies dahingehend interpretiert, dass Patienten und Ärzte die volle Reichweite des Sterbehilfegesetzes nun ausschöpfen würden.²¹

7. Ethiker in einer Prüfbehörde

Als Ethiker war ich von Anfang an kritisch gegenüber aktiver Sterbehilfe eingestellt.²² Warum habe ich dieses Gesetz dann anfangs doch unterstützt? Zum einen, weil ich mir aktive Sterbehilfe in Einzelfällen vorstellen kann. Als Mitglied einer Regionalen Kontrollkommission musste ich zwischen 2005 und 2014 rund 4.000 Sterbehilfe-Fälle ex post überprüfen. Ich habe Einblick in tragische Fälle bekommen. Lassen Sie mich ein Vergleichsbeispiel geben: Ein LKW hat in einer einsamen Gegend einen Unfall und fängt Feuer. Der Fahrer ist eingeklemmt und fleht den zufällig vorbeikommenden Passanten an, ihn mit seiner Pistole zu erschießen, die am Rücksitz liegt, bevor er qualvoll in den Flammen umkommt. Der Passant kann weder Rettung noch Feuerwehr noch andere Hilfen erreichen. In so einem Fall kann ich für mich nicht ausschließen, ihm seine Bitte zu erfüllen, wenn auch mit schwerem Herzen. Wahrscheinlich würde ich nachher zu meinem Beichtvater gehen und ihm sagen „Ehrwürden, ich habe gesündigt“. Aber mit Luther würde ich sagen: *pecca fortiter*, sündige tapfer. Wenn ich aber in meinem Auto zwei Pistolen liegen hätte, eine mit einer Kugel und eine andere mit einer Betäubungsspritze, würde ich in jedem Fall die am wenigsten invasive Alternative wählen.

Zum zweiten war ich als Demokrat der Meinung, dass man Respekt haben muss für die große öffentliche Zustimmung für ein solches Gesetz. Zum dritten nahmen die Zahlen anfangs eher ab als zu – dies sah ich als einen Beweis, dass Transparenz tatsächlich hilft, die Praxis in Griff zu bekommen.

8. Zahlen

Dass ich im Laufe der Jahre kritischer wurde, hat seinen Grund erstens in der Entwicklung der Zahlen. Als ich 2005 als Gutachter in die Kommission kam, waren die Zahlen schon einige Jahre stabil bzw. wiesen sie einen leichten Rückgang auf. Dies führte zu internationalen Lobeserklärungen über das niederländische Experiment. Die beiden Sterbehilfeforscher Van der Maas und Van der Wal wurden 2003 diesbezüglich von der liberalen Zeitung *NRC Handelsblad* interviewt:

NRC: „Was hat Sie in Bezug auf die Zahlen am meisten beeindruckt?“

Van der Maas: „Dass die Zahlen der Sterbehilfe-Fälle zurückgegangen sind.“

NRC: „Die Niederlande befinden sich also nicht auf der international so gefürchteten ‚schiefen Ebene‘?“

Van der Maas: „Nein, obwohl wir schon einigen Zuwachs erwartet hatten.“

Van der Wal: „Und zwar, weil der Bedarf für ein kontrolliertes Lebensende auch kulturell bedingt ist. Nach unserer letzten Evaluierung vor sechs Jahren erwarteten wir einen Zuwachs der Nachfrage. Weil eine neue, selbstbewusstere Generation jetzt aufwächst. Dies spiegelt sich jedoch nicht in den Zahlen wieder.“

NRC: „Seit 1995 ist die Zahl der Sterbehilfe-Fälle offenbar gleichgeblieben. Was bedeutet dies?“

Van der Maas: „Es könnte darauf hindeuten, dass die Zahlen auch in den kommenden Jahren nicht ansteigen werden. Ich gehe davon aus, dass dies etwa der Bedarf an aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden ist.“²³

Aus diesen Worten spricht Erleichterung. Wir hatten es geschafft. Aber in den Jahren, die folgten, wurden diese Erwartungen widerlegt. Von 1.993 Meldungen im Jahr 2005 stiegen die Zahlen auf 6.361 Sterbehilfe-Fälle im Jahr 2019.²⁴ Die Zahlen gingen 2018 vorübergehend zurück, weil in diesem Jahr die Staatsanwaltschaft zum ersten Mal unter dem Sterbehilfegesetz beschloss, einen Arzt nach Durchführung einer Euthanasie strafrechtlich zu

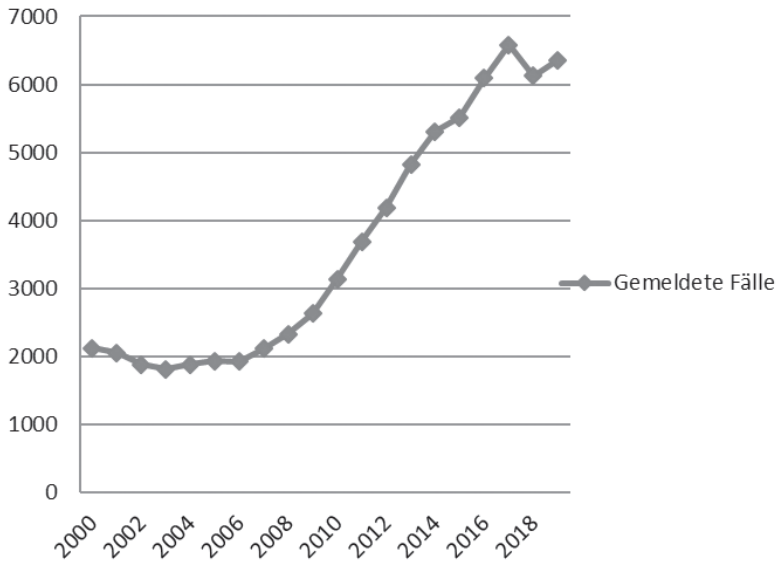


Abb. 1: Gemeldete Fälle 2000-2019.

verfolgen (die sog. Kaffee-Euthanasie, siehe unten). Die gesetzliche Evaluierung von 2017 hat über das Jahr 2015 berechnet, dass es bis zu 15% nicht gemeldete Fälle gibt; ob das auch alles aktive Sterbehilfe ist, weiß man nicht, denn es können auch Fälle sein, wo z. B. palliative Sedierung eingesetzt wird mit dem Ziel, mit oder ohne klare Einwilligung des Patienten, sein Leben zu beenden.

Der geschätzte Anteil der aktiven Sterbehilfe von 4,5% aller Sterbefälle scheint manchen relativ niedrig. Allerdings muss man bedenken, dass es sich hier um den Anteil der Gesamtmortalität handelt. Würde man nur jene Sterbefälle nehmen, die Folge einer vorhersehbaren tödlichen Erkrankung sind – aktive Sterbehilfe findet im Normalfall ja nur dann statt –, wäre die aktive Sterbehilfe für eine höhere Prozentzahl der Fälle verantwortlich. Auch darf der nationale Durchschnitt nicht darüber hinwegtäuschen, dass es große regionale Unterschiede gibt. Ein neues Forschungsprojekt zeigt, dass es zwischen sog. Niedrig-Inzidenz und Hoch-Inzidenz-Gemeinden einen Variationsfaktor von bis zu 25 gibt.²⁵ Das heißt, dass die aktive Sterbehilfe in gewissen Gemeinden als Teil der Morta-

lität insgesamt 25 Mal so hoch ist wie in anderen Gemeinden. In der relativ säkularisierten Provinz Nord-Holland sind die Zahlen der Sterbehilfe-Fälle z. B. wesentlich höher als die im Bible Belt, wo viele konservative protestantische Christen wohnen. Der Variationsfaktor ist auf der Ebene von Gemeindedistrikten übrigens noch viel höher.

Interessant sind auch die Unterschiede zwischen den beiden größten niederländischen Städten. In Rotterdam, wo relativ konservativ abgestimmt wird und das den Ruf von hoher Arbeitsamkeit hat, sind die Zahlen nur halb so hoch wie in Amsterdam, wo liberaler abgestimmt wird. Selbst wenn die Zahlen um den Faktor Religion und politische Präferenz korrigiert werden, bleiben hohe Variationsfaktoren übrig. Die Zahlen zeigen auch, dass Regionen mit niedrigen Zahlen eine Tendenz zum ‚Nachholen‘ haben. Dies deutet möglich auf ein weiteres Wachstumspotenzial hin. Der Direktor des Kompetenzzentrums Euthanasie, Steven Pleiter, sagte bei seinem Abschied im September 2020, dass er in den kommenden Jahren eine weitere Verdopplung der Fälle erwartet.²⁶ In seiner Aussage schwingt so etwas wie Hoffnung auf eine Steigerung mit, was kaum

nachvollziehbar ist. Bei einem *last resort* erhofft man sich ja eher eine Verringerung der Zahlen. Dass wir in Amsterdamer Stadtvierteln eine Sterbehilfe-Rate von 14,5% aller Sterbefälle feststellten, kann ja nur in der Absicht derer liegen, für die das organisierte Sterben einem natürlichen Sterben moralisch überlegen oder bestenfalls moralisch neutral ist. Dabei ist der Vergleich mit der Pistole am Autorücksitz, die man nur schweren Herzens betätigt, längst aus dem Blick geraten.

9. Pathologie

Nicht nur die Zahlen, auch die Pathologie, die die medizinische Grundlage für das unerträgliche Leiden bildet, hat sich zwischen 2002 und 2019 einschneidend geändert.²⁷

Wie aus Tab. 1 hervorgeht, nehmen immer mehr Krebspatienten aktive Sterbehilfe in Anspruch. Relativ gesehen ist ihr Anteil aber zurückgegangen, zugunsten von Menschen mit Erkrankungen mit einer teils längeren Lebenserwartung oder chronisch Kranken. Zwar ist die Zahl der Meldungen aus den Bereichen Altersdemenz, Psychiatrie und der ‚kumulierten Altersbeschwerden‘, sowie auch Fälle von Autismus oder Blindheit, die unter ‚An-

	2002		2019	
	absolut	in %	absolut	in %
Krebs	1658	88,1	4100	64,4
Herz- und Kreislauf	28	1,5	251	3,9
Neurologie	61	3,2	408	6,4
Lungenkrankheiten	40	2,1	187	2,9
Altersbedingte Beschwerden	n.g.*		172	2,7
Demenz	n.g.		162	2,5
Psychiatrie	n.g.		68	1,1
Kombination	n.g.		846	13,3
Andere	95	5,0	167	2,6
Insgesamt	1882	100,0	6361	100,0

Tab. 1: Entwicklung der Pathologie 2002-2019.

dere‘ verbucht werden, noch verhältnismäßig niedrig. Immerhin handelt es sich aber inzwischen um Hunderte Patienten pro Jahr, von denen viele eine Lebenserwartung von mehreren Jahren, einige auch von Jahrzehnten gehabt hätten.

10. Und die Suizidzahlen?

Dabei zeichnet sich in den Niederlanden allmählich ein Paradigmenwechsel ab. Galt die Euthanasie zunächst als eine letzte Möglichkeit, um ein ‚schreckliches Sterben‘ zu verhindern, wird sie zunehmend zu einem Mittel, um ein ‚schreckliches Leben‘ zu verhindern. Lag die Wahl damals zwischen einem schrecklichen und einem friedlichen Sterben,²⁸ heute wird sie zunehmend eine Wahl zwischen Sterben und Leben.

Dies bringt uns zu den Suizidzahlen. Das Argument, wonach aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid Menschen von gewaltsamen Suizidversuchen abbringen kann, wird immer wieder zugunsten einer Legalisierung vorgebracht. Könnte die Möglichkeit eines Notausstiegs Menschen nicht helfen, noch eine Weile weiterzuleben, ähnlich wie ein Notausgang in einem Konzertsaal es Menschen mit Klaustrophobie ermöglichen kann, doch noch ein Konzert zu besuchen? Ist ein gewaltsamer Tod nicht höchst unwürdig, und stellt er nicht ein traumatisierendes Erlebnis für viele Beteiligte dar? Ist das Leiden derer, die jahrelang mit psychiatrischen Krankheiten zu kämpfen haben, nicht oftmals viel schlimmer, existentieller und aussichtsloser als das Leiden physisch kranker Patienten, die das ganze Areal der mittlerweile hochentwickelten Palliativmedizin für sich in Anspruch nehmen können?

Die Hoffnung, dass legale Sterbehilfe die Suizidzahlen senkt, hat sich bisher jedoch nicht bewahrt. Seit 2007 wurde in den Niederlanden aktive Sterbehilfe schrittweise für diejenigen ermöglicht, die traditionell als suizidgefährdet gelten: psychiatrische Patienten, Demenzkranke, ältere, einsame Menschen. Mittlerweile nehmen jährlich Hunderte Patienten aus diesen Risikogruppen Tötung auf Verlangen in Anspruch. Zugleich wächst auch die

Zahl der Suizide. Während die Euthanasiezahlen seit 2007 um 162% stiegen, stiegen auch die Suizide pro 100.000 Einwohner um etwa 15%. Im Nachbarland Deutschland sind im selben Zeitraum dank Suizidprävention die Zahlen seitdem gesunken. Auch in anderen Ländern gingen die Zahlen zurück oder blieben stabil.²⁹ Würden wir die Suizidzahlen in den Niederlanden und die Sterbehilfefälle derer zusammennehmen, die als suizidgefährdet gelten, dann würde die Zunahme eher bei 50% als bei 15% liegen. Die These, dass aktive Sterbehilfe die Zahl der gewaltsamen Suizidversuche verringert, hat sich in den Niederlanden also nicht bewiesen.

11. Ärzte und aktive Sterbehilfe

Laut der dritten Gesetzesevaluierung hat sich der Anteil jener Ärzte, die von sich sagen, niemals aktive Sterbehilfe zu leisten, zwischen 2002 und 2016 von 11% auf 19% erhöht. Grob genommen kann man sagen, dass mittlerweile einer von fünf Ärzten Tötung nicht mehr als seine medizinische Aufgabe sieht. Laut einer Umfrage des niederländischen Ärzteverbandes KNMG spüren 70% der Ärzte Druck von Patienten, 64% spüren auch, dass dieser Druck ansteigt. 88% der Ärzte ist der Meinung, dass die Öffentlichkeit den emotionalen Stress unterschätzt, den die Ausübung aktiver Sterbehilfe für Ärzte bedeutet.³⁰ Dieser Stress erklärt womöglich, dass eine steigende Zahl von Ärzten lieber auf das privat geführte Kompetenzzentrum Euthanasie verweisen, statt selbst aktive Sterbehilfe zu leisten. Dort wurden 2019 mittlerweile 14% aller Sterbehilfe-Fälle durchgeführt.

12. Die schiefe Ebene

Inzwischen bin ich also kein Befürworter des Euthanasiegesetzes mehr. Wenn man aus dem Beispiel des brennenden LKW ein Gesetz machen würde, so bringt dies meiner Erfahrung nach mehr Nachteile als Vorteile.³¹ Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe hat in den Niederlanden eine Dynamik verursacht, deren Ende noch immer nicht in Sichtweite ist.

Das Argument der schiefen Ebene – auch als ‚Dammbruch-Argument‘ bekannt – ist in Ethikkreisen nicht besonders beliebt. Vielleicht, weil es mit Panikmache assoziiert wird und Ansprüche manchmal unzureichend empirisch belegt werden. Dennoch: Gleich welchen Terminus man für dieses Phänomen verwendet: In keinem Land der Welt existiert eine Sterbehilfepraxis, die länger als ein paar Jahre stabil bleibt. Dazu einige aktuelle Beispiele:

(1) In Kanada wurde die Euthanasie 2016 legalisiert, zunächst mit der Beschränkung, dass dies nur für Patienten im Endstadium ihrer Krankheit möglich ist. Bereits 2019 entschied das provinzielle Höchstgericht in Québec, dass diese Beschränkung verfassungswidrig sei.³² Premierminister Justin Trudeau kündigte daraufhin an, keine Berufung gegen dieses Urteil des Provinzgerichts einzulegen, womit dieses Urteil nun für ganz Kanada gilt und das Euthanasiegesetz dementsprechend angepasst werden muss.³³

(2) Ursprünglich galt im US-Bundesstaat Oregon eine Bedenkzeit von 15 Tagen, bevor ein Patient von einem Arzt das Rezept für ein tödliches Medikament bekommen kann. Diese Frist wurde im Juli 2019 für gewisse Patientengruppen aufgehoben.³⁴

(3) Im April 2020 sprach der Oberste Gerichtshof in Den Haag eine Ärztin frei. Anlass für das Verfahren war der Tod einer 74-jährigen Frau, die 2012 schriftlich erklärt hatte, dass sie im Fall unerträglichen Leidens und ihr nur die Aufnahme in einem Pflegeheim übrigblieb, sterben wolle, „wenn ich denke, dass die Zeit dafür reif ist“. Kurz darauf erkrankte sie schwer an Alzheimer. Sie äußerte mehrmals den Wunsch zu sterben, erklärte aber, der richtige Zeitpunkt sei noch nicht gekommen. Als sie dann in ein Pflegeheim aufgenommen wurde, beschloss ihre Familie zusammen mit ihrer Ärztin, dass die Voraussetzungen für eine aktive Sterbehilfe erfüllt seien. Die Patientin hatte sich zu ihrem Tötungswunsch jedoch zuletzt wirt und widersprüchlich geäußert. Ohne ihr Wissen verabreichte ihr die Ärztin ein tödliches Medikament, zuvor hatte sie ihr ein Beruhigungsmittel in

den Kaffee gemischt. Die Patientin wachte auf und wehrte sich, wurde von ihren Angehörigen aber festgehalten, bis sie starb.³⁵

Das Gericht urteilte, dass eine Patientenverfügung, auch wenn sie mehrere Jahre zurückliegt, als Grundlage für ‚Tötung auf Verlangen‘ bei demenzkranken Patienten ausreicht. Die Vorausverfügung des damals geistig kompetenten Patienten hat Vorrang vor Willensäußerungen des mittlerweile inkompetenten Patienten.³⁶

Dem Urteil folgend empfehlen die Kontrollkommissionen Ärzten seit November 2020, einem demenzkranken Patienten bei zu erwartendem Widerstand vorher ein starkes Beruhigungsmittel in den Kaffee oder das Apfelmus zu mischen.³⁷

(4) Im Juli 2020 kündigte die niederländische sozialliberale Regierungspartei D66 an, dem Parlament einen Gesetzesvorschlag für die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid bei ‚vollendetem Leben‘ vorzulegen. Personen ab 75 Jahren sollen ihr Leben auch bei nicht-medizinisch bedingtem Leiden beenden können, wobei Sinnlosigkeit, Einsamkeit, Trauer sowie gesellschaftliche Isolation als entscheidende Leidensgründe genannt wurden.³⁸

(5) Die niederländische Regierung entschied im Oktober 2020, dass aktive Sterbehilfe jetzt auch für Kinder unter 12 Jahren möglich wird. Dies trotz der Tatsache, dass die informierte und freiwillige Bitte eines kompetenten Patienten seit Mitte der 1980er Jahre Eckstein der niederländischen Euthanasiepraxis war.³⁹

(6) Immer häufiger beobachten wir in den Niederlanden derzeit ‚Sterbehilfe für Paare‘. Oftmals handelt es sich dabei um Ehepaare, wo ein Partner chronisch krank ist und der andere, der die Fürsorge leistet und zuvor gesund war, terminal krank wird. Daraufhin entscheiden sich beide, sich zusammen das Leben nehmen zu lassen. Während ich zwischen 2005 und 2014 nur sechs solcher Fälle sah, waren es allein im Jahr 2019 17 Paare, also insgesamt 34 Menschen.⁴⁰

An alledem lässt sich zweierlei ablesen: Der legalisierten Sterbehilfepraxis inhärent ist es, sich

weiter auszudehnen. Motivation ist dafür u. a. das Prinzip der rechtlichen Gleichheit: Leidet man z. B. unter einer chronischen Krankheit womöglich nicht viel mehr als ein terminal Kranker? Kann eine psychiatrische Krankheit nicht ein viel tieferes Leiden verursachen als eine körperliche? Warum soll man an einem Kompetenzkriterium zur Entscheidung festhalten? Können etwa entscheidungsunfähige Patienten nicht unerträglich leiden? Kommen diese Patienten nicht *a fortiori* in Betracht, weil diese, anders als manche entscheidungsfähige Patienten, keine Möglichkeit besitzen, sich selbst die Mittel zu einem würdigen Tod zu beschaffen? Schließlich: Warum eigentlich nur kranke Menschen? Können nicht auch Gesunde unerträglich leiden – auch ohne medizinische Ursache?

Das Beispiel Niederlande zeigt, dass eine Legalisierung, statt Rechte zu schaffen und Grauzonen transparent zu machen, ständig neue Grauzonen entstehen lässt und neue Ungleichheiten schafft. Die Niederlande galten für manche einst als Musterbeispiel. Länder, die eine Legalisierung der Sterbehilfe derzeit erwägen oder vorbereiten, distanzieren sich heute von den Niederlanden. Sie würden es anders, besser und strikter organisieren. Zweifelsohne ergeben sich diese Ankündigungen aus der aufrichtigen Absicht, ‚niederländische Situationen‘ zu vermeiden. Zum Teil geschehen sie meines Erachtens aber auch aus strategischen Gründen. Sobald Sterbehilfe legalisiert ist, klagen Sterbehilfe-Vereine, um weitere Liberalisierungsschritte gerichtlich zu erkämpfen.

13. Die Kunst des Sterbens

Das dominante Narrativ bei den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe lautet: einem furchtbaren und inhumanen Sterben vorbeugen. Wenn es aber in der Geschichte je eine Periode gegeben hat, in der keine aktive Sterbehilfe notwendig ist, um ein qualvolles Sterben zu verhindern, dann wäre diese ausgerechnet heute. Die Palliativmedizin hat in den letzten Jahrzehnten große Errungenschaft erzielt; wo es einen Nachholbedarf gibt, soll mit

Kraft an weiteren Verbesserungen gearbeitet werden. Bei unerträglichen Schmerzen haben Ärzte die Möglichkeit, Morphin und Beruhigungsmittel zu verabreichen, auch wenn diese lebensverkürzend wirken können. Dies ist *nicht* aktive Sterbehilfe, sondern ist mit dem Prinzip der Handlung mit doppeltem Effekt moralisch völlig zu verantworten. Dieses Prinzip beinhaltet, dass, wenn ein eventuelles Sterben als nicht-erwünschter Nebeneffekt der Palliativmedizin auftritt, dies die Handlung noch nicht unmoralisch macht.

Mittlerweile zeichnet sich im Bereich der aktiven Sterbehilfe ein zweites Narrativ ab: Sie dient nicht bloß als Mittel, um ein schreckliches Sterben, sondern um ein schreckliches Leben zu verhüten. Aufgrund meiner Erfahrungen mit Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ist dieses Erklärungsmuster, das bei Hunderten Patienten in den Niederlanden mittlerweile den primären Grund einer Euthanasiebitte ausmacht, noch am ehesten nachvollziehbar. Trotzdem scheint mir dieser Weg unangemessen: Wir haben bereits gesehen, dass die Suizidzahlen auch bei einer Legalisierung nicht sinken. Es geht aber auch darum, dass so ein gesellschaftliches Angebot nicht nur als Barmherzigkeit, sondern auch als Äußerung organisierter Verzweiflung gedeutet werden muss.

Ein drittes Narrativ, das sich in den Niederlanden abzeichnet, ist: das organisierte Sterben als ordentlicher, netter, modischer und planbarer Tod. So verständlich dies klingen mag: Es handelt sich zugleich um ein zunehmendes Unvermögen, mit der Tragik, der Abhängigkeit und dem Altern umzugehen. Diejenigen, die, wie es in diesem Narrativ oft der Fall ist, ‚Autonomie‘ mit Großbuchstaben schreiben, sollten dann aber den Mut haben, so tragisch und schwierig dies auch ist, wenn, dann diesen Schritt selbst sorgfältig vorzubereiten und die Tat selbst auszuführen.

Das niederländische Wort für ‚Gesellschaft‘ heißt ‚Samenleving‘ – Zusammenleben. Eine Gesellschaft sollte, richtig verstanden, alles tun, was in ihrer Macht liegt, um das Leben zu unterstüt-

zen und den Tod, wenn er unausweichlich geworden ist, zu lindern. Die vorsätzliche Vernichtung eines als unerwünscht erfahrenen menschlichen Lebens sollte darin besser keine gesetzlich geregelte Praxis werden.

Referenzen

- 1 J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk, Callenbach (1969).
- 2 Nederlandse Hervormde Kerk, *Euthanasie. Zin en begrenzing van het medisch handelen*, Boekencentrum, Den Haag (1972), S. 16, 19.
- 3 Ebd., S. 36.
- 4 Roscam Abbing P. J., *Toegenomen verantwoordelijkheid. Veranderende ethiek rond euthanasie, eugenetiek en moderne biologie*, Nijkerk, Callenbach (1972).
- 5 Vgl. Weyers H., *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen (2002).
- 6 Gereformeerde Kerken in Nederland, *Euthanasie en pastoraat*. Erschienen 1984, aber erst 1988 zusammen mit näheren Betrachtungen, und nachdem es auch von der Schwesterkirche Nederlandse Hervormde Kerk akzeptiert worden war, offiziell veröffentlicht als *Euthanasie en pastoraat*, Boekencentrum, Den Haag (1988).
- 7 O. c., S. 9.
- 8 O. c., S. 39.
- 9 vgl. Theo B., Groenewoud S., *Dutch Reformed support for Assisted Dying in the Netherlands 1969-2019: An analysis of the views of parishioners, pastors, opinion makers, and official reports of the Protestant Church in the Netherlands*, Journal of the Society of Christian Ethics (JSCE) (2021); 41(1) (erscheint im Frühjahr/Sommer 2021).
- 10 Death with Dignity, *Oregon Death with Dignity Act: Annual Reports*, <https://www.deathwithdignity.org/oregon-death-with-dignity-act-annual-reports/>; *Deaths, infant deaths, neonatal deaths and fetal deaths by county of residence*, Oregon (2018), <https://www.oregon.gov/oha/PH/BIRTHDEATHCERTIFICATES/VITAL-STATISTICS/ANNUALREPORTS/VOLUME2/Documents/2018/Table01.pdf>.
- 11 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Medische grondslag van het lijden*, <https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018/zorgvuldigheidseisen/uitzichtloos-en-ondraaglijk-lijden/grondslag-lijden>.
- 12 van Tol D., van de Vathorst S., Keizer B., *Euthanasie voor beginners. Tien suggesties voor een succesvolle stervenswens*, Medisch Contact (25 Januar, 2008): 63(4).
- 13 vgl. Theo B., *De rafelranden van de euthanasiewet*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (2015); 159: A8809.

- 14 Drei andere Kriterien lasse ich hier unbesprochen: dass der Arzt den Patienten über Situation und Aus-sichten aufgeklärt hat; dass der Arzt mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der den Patienten untersucht und zu den anderen genannten Kriterien eine schriftliche Stellungnahme verfasst hat; und dass die Lebensbeendigung oder die Hilfe bei der Selbsttötung mit der gebotenen Sorgfalt geleistet wurde.
- 15 KNMG, *The Role of the Physician in the Voluntary Termination of Life*, KNMG, Utrecht (2011), <http://www.consciencelaws.org/archive/documents/2011-08-30%20KNMG-position-paper.pdf>.
- 16 Selbst war ich als Ethiker in einem ähnlichen Fall involviert. Siehe Boer T., Hofstee B., Tweespalt in de familie door euthanasie, *Medisch Contact* (2019); 74(50): 34-6.
- 17 Vgl. Mehlum L. et al., *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2020); 7(15) <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>, darin Tabelle 1 "Overview of the legislation on euthanasia and physician-assisted suicide in the different countries where it is established" ergänzt wurde um die Urteile der Verfassungsrichter zur Beihilfe zum Suizid in Deutschland (26.2.2020) und Österreich (11.12.2020) sowie Spanien, dessen Parlament am 17.12.2020 die Straffreiheit für Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid beschloss.
- 18 SCEN heißt: Steun en Consultatie Euthanasie Nederland (übersetzt: Unterstützung und Beratung Sterbehilfe Niederlande).
- 19 Zum Vergleich: in Belgien gibt es nur eine Kommission, die pro Sitzung etwa hundert Fälle begutachtet und wo der Vorsitzende nicht nur Vorsitzender des Belgischen Vereins für Sterbehilfe ist, sondern auch Sterbehilfefälle beurteilt, die er selber vollzogen hat. Außerdem: während in den Niederlanden 111 Fälle abgewiesen wurden, passierte dies in Belgien in derselben Periode nur ein einziges Mal. Vgl. Boer T., *Positie Distelmans zou elders onhoudbaar zijn*, DeMorgen, 12.11.2015.
- 20 Onwuteaka-Philipsen B. D., Gevers J. K. M., van der Heide A., van Delden J. J. M., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, ZonMw, Den Haag (2007).
- 21 Ebd.
- 22 Boer T., *Een theologisch perspectief*, in: Lieve-se P., de Blois M., Boer T., Henk J., *Dood gewoon? Perspectieven op 35 jaar euthanasie in Nederland*, Lindeboom Reihe Teil 15, Buijten & Schipperheijn, Amsterdam (2005), S. 82-102.
- 23 Margriet Oostveen, *Het grote experiment*, NRC Handelsblad, 24.5.2003.
- 24 Die Zahlen gingen 2018 erstmals in 13 Jahren zurück. Die Senkung, höchstwahrscheinlich aus der Ursache, dass in dem Jahr zum ersten Mal ein Arzt strafrechtlich verfolgt wurde, erwies sich danach dann als vorübergehend. Es gab Andeutungen, dass die Zahlen 2020 aufgrund von Corona erneut (aber vorübergehend) niedriger worden. Vgl. Boer T., *Covid-19 and the Dutch context: some ethical comments*, Canadian Journal of Netherlandic Studies CJNS (2020); 21(2) (Herbst 2020, in Druck).
- 25 Groenewoud S., Boer T., Atsma F., Arvin M., Westert G., *Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation*, BMJ Supportive & Palliative Care (2021); 0: 1-11. Published Online First: 14 January 2021 <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002573>.
- 26 van der Wier M., Pleiter S., *Ik ben enorm trots op de euthanasiewet, die is geniaal*, Trouw, 11.9.2020, <https://www.trouw.nl/zorg/steven-pleiter-ik-ben-enorm-trots-op-de-euthanasiewet-die-is-geniaal-bc5bc894/>.
- 27 Regionale Kontrollkommissionen Euthanasie, *Jaarverslag 2002*, Den Haag (2003); Regionale Kontrollkommissionen Euthanasie, *Jaarverslag 2019*, Den Haag (2020).
- 28 In einigen Ländern, wo die Legalisierung der Sterbehilfe erwogen wird, argumentiert man bis heute mit dem ‚schrecklichen‘ vs. friedlichen Sterben.
- 29 vgl. Boer T., *Does Euthanasia Have a Dampening Effect on Suicide Rates? Recent Experiences from the Netherlands*, Journal of Ethics in Mental Health (2017); 10, <http://www.webcitation.org/6xFE3I6TS>.
- 30 KNMG, *Uitkomsten belevingsonderzoek*, KNMG, Utrecht (2014), <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=1b875bc1-18be-4f71-a3d9-4b8d950ef283&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=3645>.
- 31 *Sterbehilfe: „Ich empfehle eine gute Wurstchelei“*, Interview mit dem niederländischen Medizinethiker Theo Boer, Die Presse, 3.10.2020; vgl. auch Kap. 13 dieses Aufsatzes.
- 32 Rukavina S., *Quebec judge overturns parts of federal, provincial laws on medically assisted dying*, CBC News; 11.11.2019, <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/medically-assisted-dying-law-overturned-quebec-1.5279067>. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/medically-assisted-dying-law-overturned-quebec-1.5279067>.
- 33 Coletta A., *Canada debates offering physician-assisted death to patients who aren't terminally ill*, The Washington Post, 29.3.2020.
- 34 Zimmermann S., *Oregon removes assisted suicide waiting*

- period for those with less than 15 days to live*, Associated Press, 25.7.2019, <https://apnews.com/article/d6coaf-3855f24a0380ecd19bbe8676fo>.
- 35 Grunert M., *Gericht gestattet aktive Sterbehilfe bei Demenzkranken*, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24.4.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/niederlande-gericht-gestattet-aktive-sterbehilfe-von-demenzkranken-16735260.html>.
- 36 Staeck F., *Der Arzt entscheidet bei der Tötung von Demenzkranken*, Ärztezeitung, 24.11.2020, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Der-Arzt-entscheidet-bei-der-Toetung-von-Demenzkranken-414994.html>.
- 37 van de Wier M., *De nieuwe euthanasiecode geeft artsen meer vrijheid, maar ook extra druk*, Trouw, 25.11.2020.
- 38 Bremmer D., *Pia Dijkstra (D66) over haar wet voltooid leven: „Dit is voor een selecte groep bedoeld“*, Het Parool, 17.7.2020, <https://www.parool.nl/nederland/pia-dijkstra-d66-over-haar-wet-voltooid-leven-dit-is-voor-een-selecte-groep-bedoeld~b7f8accb/>.
- 39 Kieskamp W., *Actieve levensbeëindiging straks toegestaan voor kinderen met uitzichtloos lijden*, Trouw, 13.10.2020, <https://www.trouw.nl/politiek/actieve-levensbeëindiging-straks-toegestaan-voor-kinderen-met-uitzichtloos-lijden~bbc4bo41/>.
- 40 Regionale Kontrollkommissionen Euthanasie, *Jaarverslag 2019*, Den Haag (2020).

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 26.2.2021.