Grundlagen der niederländischen Euthanasie-Gesetzgebung

Rob Jonquière, Amsterdam

Meine Damen und Herren,

ich möchte den Organisatoren dieser Tage dafür danken, dass sie mich eingeladen haben, hier zu sprechen. Damit habe ich Gelegenheit, ein so strittiges Thema zu erläutern, wie es die niederländische Euthanasie-Gesetzgebung noch immer ist. Nicht nur in den Niederlanden (sicher auch dort), sondern ganz allgemein auch im Ausland und im Besonderen in Deutschland.

Diese Kontroverse kann auf vielerlei Weise erklärt werden; ich möchte Ihnen in den nächsten Minuten meine Sichtweise erläutern. Ich bin dazu in der Lage, unter anderem weil ich in den letzten paar Jahren in vielen Nachbarländern der Niederlande selbst beobachten konnte, auf welche Weise dort mit Fragen um das selbstgewählte Lebensende umgegangen wird. Und ich habe Nutzen daraus gezogen, denn ich habe auf diese Weise erfahren können, was sich auf diesem Gebiet in anderen Ländern und vor allem anderen Kulturen abspielte.

Ich habe gesehen, dass es so etwas, wie eine internationale Bewegung gibt, die sich für Selbstbestimmung, für individuelle Autonomie einsetzt, auch – oder gerade – dann, wenn es sich um das Sterben handelt. Und diese Bewegung prallt überall auf kirchliche Dogmen (*was Gott gegeben hat, soll nicht durch des Menschen Hand genommen werden*); prallt auf eine falsche und überholte Interpretation des hippokratischen Eides (*die Grundlage dieses Eides bildet der Leitsatz: „ein Arzt darf nicht töten“*); und prallt außerdem auf die Weigerung der herrschenden medizinischen und gesellschaftlichen Kaste, neue Verhältnisse zu akzeptieren: Verhältnisse, die die logische Folge einer größeren Selbstständigkeit individueller Menschen sind. Und in Deutschland prallt sie auch noch auf die Geschichte der jüngsten Vergangenheit: die Nationalsozialisten, die leider eine andere Definition des Begriffes Euthanasie verwendet haben als die Niederlande (auf diese Definition komme ich gleich noch einmal zurück).

In den Niederlanden haben wir einen Weg gefunden, mit diesen Konflikten umzugehen, sie für den sorgfältigen Aufbau einer entsprechenden Gesetz- und Regelgebung auf diesem Gebiet zu nutzen. Das Frustrierende dabei ist jedoch, dass die Abstraktionen leider nicht ohne weiteres auf eine andere nationale Umgebung übertragen werden können. Dazu sind die kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Besonderheiten jeden einzelnen Landes in ihrer Art zu unterschiedlich. Die Warnung, die ich meiner Geschichte voranstellen möchte, lautet deshalb auch, dass diese niederländische Erfahrung wirklich auch vom niederländischen Kontext aus betrachtet werden muss. Darin liegt gleichzeitig auch ein Teil der Erklärung dafür, dass es in den Niederlanden gelungen ist und in anderen Ländern (noch) nicht.

Historisch betrachtet hat es in den Niederlanden schon immer die existenzielle Notwendigkeit einer intensiven Zusammenarbeit, fast auf der Grundlage einer Ebenbürtigkeit, im öffentlichen Leben gegeben, auch wenn es nur darum ging, die Füße trocken zu halten und gemeinsam dafür zu sorgen, dass die Deiche hoch und

stark genug waren, um unsere Städte und Häuser gegen Überschwemmungen zu schützen. Dieser Kampf gegen das Wasser führte buchstäblich, aber auch in übertragenem Sinne zu einer Kultur der „Kanalisierung“.
Die gleiche Notwendigkeit einer Zusammenarbeit und der Akzeptanz „Andersdenkender“ ergab sich aus der geringen Größe unseres Landes in Verbindung mit unserer vollständigen wirtschaftlichen Abhängigkeit von der internationalen Schifffahrt und dem internationalen Handel. Deshalb sind die Niederlande, nicht unbedingt aus Überzeugung sondern viel mehr aus Überlebensdrang, liberal in ihrer Art. Die Hugenotten wurden zum Beispiel nach dem Edikt von Nantes mit offenen Armen in den Niederlanden empfangen, obwohl sie eine komische Sprache sprachen, sich seltsam verhielten, und Gewohnheiten hatten, die uns merkwürdig vorkamen. Aber andererseits brachten sie uns, außer Kenntnissen über und Verständnis für eine andere Kultur, auch internationale Kontakte mit, die wir als Handelsnation sehr gut gebrauchen konnten. Also zeigten wir uns kompromissbereit und verständnisvoll; diese Haltung bildet die Grundlage für unserer Toleranz und unsere „Gedogen“ (ein Wort, das schwer zu übersetzen ist, es bedeutet etwa dulden oder zulassen).

Dieses „Poldermodell“ – wie wir unsere gesellschaftlich/politische Kultur hier und jetzt bezeichnen – ist auch für die Diskussion und das vorläufige Ergebnis der Legalisierung der Euthanasie und der Hilfe bei Selbsttötung in den Niederlanden von großer Bedeutung gewesen.
Vier Elemente möchte ich kurz darstellen:

1. Jeder, der legal in den Niederlanden wohnt, unterliegt den sozialen Versicherungen. Der Grad der Absicherung ist hoch. Anders als zum Beispiel in den Vereinigten Staaten, ist jeder in finanzieller Hinsicht gegen Krankheitskosten und gegen verschiedene Alters- und Einkommensprobleme versichert. Aus diesen Gründen braucht es also keine reelle Angst vor formellem oder informellem Druck in Richtung auf ein Ersuchen um Euthanasie zu geben. Außerdem ist in unserem System der Hausarzt zur bestimmenden Person, dem so genannten Torwächter, geworden. Wer im Gesundheitswesen etwas möchte oder braucht wird, abgesehen von sehr akuten Situationen, immer erst den eigenen Hausarzt aufsuchen müssen. Anders gesagt: jeder Niederländer und jede Niederländerin ist bei einem eigenen Hausarzt eingetragen, der ihm oder ihr bereits seit Jahren vertraut ist.

2. Bei der ersten öffentlichen Diskussion über Euthanasie, die in der ersten Hälfte der siebziger Jahre stattgefunden hat, hat die ärztliche Berufsorganisation, die Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst – KNMG, auch hier zeigt sich wieder die typisch niederländische Angewohnheit, nicht die Auseinandersetzung gesucht, nicht die eventuellen Gegensätze betont, sondern hat nahezu pragmatisch angefangen, über die Frage nachzudenken: wenn das nun einmal geschieht und wenn manche Menschen das nun einmal wollen, unter welchen Bedingungen wollen wir als Ärzteschaft dann auf vernünftige Weise und con amore daran mitwirken?

3. Die Staatsanwaltschaft hat sich kraft Gesetzes an das so genannte Opportunitätsprinzip zu halten; wie mir scheint, auch ein typisch niederländisches Phänomen. Dadurch hat diese Staatsanwaltschaft das Recht, manchmal sogar

die Pflicht, zu beschließen, eine im Gesetz unter Strafe gestellte Handelung nicht zu verfolgen. Nach den ersten relevanten richterlichen Entscheidungen über Euthanasie in den Jahren 1973 und 1984, in denen unter anderem die medizinische Einrede eingeführt worden ist, hat die Staatsanwaltschaft, zwar nicht offiziell, jedoch informell und im Einvernehmen mit den Ärzten eine praktisch ausführbare Lösung gesucht und gefunden. Unter der Bedingung, dass Kriterien entsprochen worden ist, die unter anderem durch die KNMG aufgestellt worden sind, würde im Prinzip keine Verfolgung stattfinden; dadurch konnte sich die niederländische Praxis langsam aber stetig in einer semi-legalen Umgebung weiter entwickeln.

4. Die niederländische Gesellschaft und vor allem das niederländische Wahlsystem ist so aufgebaut, das keine politische Partei jemals alleine über eine absolute Mehrheit wird verfügen können. Regierungen haben ihre Existenz also immer der Unterstützung zu verdanken, die ihnen von mindestens zwei, meist aber drei oder mehr politischen Gruppierungen gewährt wird. Oder, um es etwas übertrieben auszudrücken: die Bildung von Koalitionen ist bei uns eine strukturelle Erscheinung, denn sie ergibt sich nahezu notwendigerweise aus unserem Wahlgesetz. Und deshalb haben sogar aufeinander folgende politische Koalitionen, in denen Christdemokraten die Hauptrolle spielten, nicht einmal wirklich versucht, den in der Gesellschaft breit getragenen Entwicklungen rundum Euthanasie und Hilfe bei Selbsttötung, Einhalt zu gebieten, denn das hätte das Ende der Zusammenarbeit bedeutet. Die erste Koalition seit fast neunzig Jahren, in der die Christdemokraten nicht vertreten waren, die zur Zeit der parlamentarischen Diskussionen regierende Koalition aus Sozialdemokraten, Liberalen und der linksliberalen Partei D66, brauchte dann eigentlich nicht mehr oder weniger zu tun, als die gewachsene semi-legale Praxis zu legalisieren, sie in einem Gesetz festzulegen.

Soweit, meine Damen und Herren, der niederländische Kontext. Jetzt folgen die Tatsachen.

Das damals geltende Strafgesetz – ich spreche jetzt über den Anfang der siebziger Jahre – hat Euthanasie verboten und – anders als zum Beispiel in der Schweiz – auch die Hilfe bei Selbsttötung, auch wenn diese Hilfe durch einen Arzt geleistet worden ist.
Aber das gleichen° Strafgesetz enthielt und enthält noch immer einen Artikel, der zweifellos ursprünglich aus dem Code Pénal stammt, den uns Napoleon aufgezwungen hat; dafür ist ihm die NVVE bis zum heutigen Tage dankbar. Darin steht unter Artikel 40:*"Nicht strafbar ist derjenige, der eine Tat begeht, zu der er durch höhere Gewalt gezwungen worden ist".*
In dem Kontext, über den ich bereits ausführlich gesprochen habe, und unter Anwendung dieses Artikels 40 entwickelte sich die Jurisprudenz seit 1973 eigentlich im D-Zug-Tempo. Ich beschreibe Ihnen in großen Zügen die vier wichtigsten Fälle und die daraus resultierenden gerichtlichen Entscheidungen.

Postma
Im Jahre 1972 gab Doktor Postma ihrer schwer leidenden Mutter auf deren ausdrückliches Verlangen eine tödliche Injektion. Anders, als bis dahin oft gebräuchlich, wurde dies nicht als natürlicher Tod getarnt, sondern bei den Behörden gemeldet. Obwohl der Richter in Leeuwarden im Jahre 1973, mit dem damaligen Gesetz in der Hand, nicht anders konnte, als sie für schuldig zu erklären, verurteilte er sie zu einer symbolischen Strafe (eine Woche mit einer Bewährungsfrist von einem Jahr). Die Begründung seiner Verurteilung bildete den ersten Ansatz für die Sorgfältigkeitskriterien, die auch jetzt noch zur Anwendung kommen:

- die Unheilbarkeit der Krankheit
- die für die betreffende Person subjektive Unerträglichkeit des Leidens
- das Vorliegen eines ausdrücklichen eigenen Verlangens
- die Handlung ist durch einen Arzt ausgeführt worden

Schoonheim
Zehn Jahre später gab der Hausarzt Schoonheim einer hochbetagten Patientin auf deren ausdrückliches Verlangen tödliche Mittel. Sie war mit einer Hüftfraktur, die ihres Alters wegen nicht operiert werden konnte, stationär aufgenommen worden und erwartete, dass ihr nichts anders mehr bleiben würde, als ein immer weiter fortschreitender Verfall und sie wegen der drohenden Entwürdigung, nicht mehr auf eine für sie würdige Art und Weise würde sterben können. In dem Verfahren, das darauf folgte, und das letzten Endes im Jahre 1984 zu einer Entscheidung des niederländischen Obersten Gerichtshofs führte, war dieser Gerichtshof der gleichen Meinung wie Schoonheim und hat ihn freigesprochen. Dabei argumentierte der Oberste Gerichtshof, dass der Hausarzt in einem Konflikt zwischen Pflichten gehandelt habe: vor allem anderen das Leben zu erhalten oder das Leiden mit allen Mitteln zu verkürzen. In diesem Konflikt hat er sich für die Lösung entschieden, die dem Wunsch der Patientin am meisten entsprach: ihr die Angst vor dem Verfall zu nehmen, ihr Leiden auch in dem Sinne zu verkürzen, dass er ihr Leben beendete.
Die Begründung für diese Entscheidung fand der Oberste Gerichtshof in Artikel 40 des Strafgesetzbuches, dem Artikel über höhere Gewalt, der die weiteren Verhaltensregeln der Staatsanwaltschaft bis zum heutigen Tage beeinflussen sollte. Ein Arzt, der sich (zu Recht) auf diesen Artikel beruft, wird nämlich im allgemeinen keine Angst vor einer Verurteilung zu haben brauchen. Diese Regel ist es gewesen, die in unserer Jurisprudenz von entscheidender Bedeutung war.

Chabot
Auf deren dringendes Verlangen, und erst nachdem er sich mit verschiedenen Kollegen darüber beraten hatte, ob er ihrem Wunsch entsprechen könnte, hat der Psychiater Chabot seiner Patientin tödliche Mittel gegeben, mit denen sie sich selbst töten konnte. Ein langwieriges Verfahren, zu dem auch die Ärzte-Disziplinarkammer einen Beitrag geleistet hat, führte schließlich zu einer Entscheidung des niederländischen Obersten Gerichtshofs im Jahre 1994. Chabot wurde freigesprochen, weil es sich nach Ansicht des Obersten Gerichtshofes um ein unerträgliches und aussichtsloses psychisches Leiden gehandelt hat; die Ursache für dieses Leiden braucht nicht Terminal und auch nicht ausschließlich körperlich zu sein, damit dieses Leiden als legitimer Grund für Euthanasie oder Hilfe bei Selbsttötung gelten kann. Im Falle eines derartigen schweren psychischen Leidens

ist allerdings die Konsultation eines Psychiaters (also nicht eines willkürlichen zweiten unabhängigen Arztes) erwünscht.

Brongersma
Zur Zeit läuft noch das Verfahren gegen den Hausarzt Sutorius, der seinem Patienten, dem ehemaligen Senator Brongersma, im Jahre 1998 (also vor dem Gesetz!) geholfen hat, zu sterben, weil sie gemeinsam der Ansicht waren, dass es sich um ein Leiden handele, bei dem – auf Grund der seinerzeit geltenden Regeln – dem Ersuchen um Hilfe bei der Selbsttötung stattgegeben werden durfte. Es handelte sich um einen Mann, der seine Lebenssituation unter anderem auf Grund seiner Lebensgeschichte als unerträglich empfunden hat. Außerdem litt er unter mehreren schwerwiegenden körperlichen (altersbedingten) Problemen, wie Inkontinenz, und einer nicht zu behandelnden Gleichgewichtsstörung, die seiner Ansicht nach die Menschenwürde verletzten. Der konsultierte unabhängige zweite Arzt war der gleichen Meinung wie Sutorius; ein Psychiater, der ebenfalls zu Rate gezogen worden war, fand keine psychiatrischen Krankheiten (wie eine Depression), die behandelt werden konnten.
Das Landgericht in Haarlem urteilte in erster Instanz, dass Sutorius die geforderte Hilfe zu recht geleistet hatte (in seinem Konflikt aus Pflichten richtig gehandelt hatte) und sprach ihn frei. Die Staatsanwaltschaft, die der Ansicht war, dass es sich hier um ein Leiden gehandelt hat, das nicht in den medizinischen Kontext gehört ging in Berufung. Das Oberlandesgericht in Amsterdam schloss sich dieser Meinung an und sprach ihn schuldig. Ihm wurde jedoch keine Strafe auferlegt: der Arzt Sutorius hatte sorgfältig und nachprüfbar gehandelt; es handelte sich um den Wunsch, hierbei zu einer Grundsatzentscheidung zu kommen, also verdiente es Sutorius, als gewissenhafter Arzt dafür keine (nicht einmal eine symbolische) Strafe zu bekommen. Sutorius hat gegen diese Entscheidung beim Obersten Gerichtshof der Niederlande Berufung eingelegt. Nun muss auf eine Entscheidung gewartet werden.

Das Gesetz

Bevor ich anfange, das Gesetz zu besprechen, ist es wichtig, Ihnen – ich habe das bereits erwähnt – zu erzählen, was in den Niederlanden unter Euthanasie verstanden wird und was nicht.

Euthanasie ist das auf ausdrückliches Verlangen des Betreffenden Vornehmen lebensbeendender Handlungen durch einen anderen.
Von wesentlicher Bedeutung in dieser Definition ist das Verlangen: ohne Verlangen handelt es sich also nicht um Euthanasie, und ohne Verlangen haben auch die Regeln von damals nicht gegolten und gelten die Regeln des neuen Gesetzes nicht.

Keine Euthanasie stellen also alle die lebensbeendenden Handlungen dar, bei denen der Mediziner die Entscheidungen trifft:
- nicht anfangen mit oder beenden einer medizinisch sinnlosen Behandlung
- das Verabreichen von Schmerzmedikamenten, die den Tod schneller eintreten lassen, als ohne diese Behandlung der Fall wäre
- das Ausführen lebensbeendender Handlungen <u>ohne</u> Verlangen

Inzwischen hat der niederländische Gesetzgeber das Strafgesetz also an die gewachsene Jurisprudenz angepasst, sie kodifiziert.

Das Wesentliche dieses Gesetzes ist jetzt, kurz zusammengefasst, dass Euthanasie oder Hilfe bei Selbsttötung noch immer strafbar ist, es sei denn, diese Hilfe ist unter bestimmten Bedingungen durch einen Arzt geleistet worden. Die wichtigsten Bedingungen sind dabei:

1. Der Arzt ist davon überzeugt, dass es sich um ein **freiwilliges und wohlüberlegtes Verlangen des Patienten** handelt; *(Die Freiwilligkeit ist also Bestandteil der Definition von Euthanasie)*

2. Der Arzt ist außerdem davon überzeugt, dass es sich um ein **aussichtsloses und unerträgliches Leiden des Patienten** handelt; (*die Unerträglichkeit muss durch den betreffenden Patienten, also subjektiv beurteilt werden, die Aussichtslosigkeit durch den Arzt)*

3. Der Arzt ist zusammen mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt, dass es für die Situation, in der Letzterer sich befindet, **keine vertretbare andere Lösung** gibt;

4. Der Arzt **hat** mindestens einen anderen **unabhängigen Arzt konsultiert**, der den Patienten untersucht und darüber schriftlich berichtet hat;

5. Der Arzt hat die Beendigung des Lebens oder die **Hilfe** bei Selbsttötung **auf medizinisch sorgfältige Weise ausgeführt.**

Die vielleicht allerwichtigste Bedingung für die Straffreiheit des Arztes als Folge seines Handelns ist, dass **der Arzt den nicht natürlichen Tod als solchen ausdrücklich bei einem der (5) so genannten regionalen Prüfungskommissionen Euthanasie melden muss**.

Die Relevanz dieser Forderung liegt in der Tatsache, dass es immer das wichtigste Ziel der Maßnahmen gewesen ist, durch Offenheit über und einheitliche Prüfung von Handlungen, die das Leben auf ausdrückliches und wohlüberlegtes Verlangen von Patienten beenden, die größtmögliche Sorgfältigkeit dieses Handeln zu erreichen.

Und damit, meine Damen und Herren, komme ich, soweit das aus Untersuchungen abzuleiten ist, zu der Art und Weise wie, in den Niederlanden und einigen anderen Ländern - zumindest in quantitativem Sinne - mit Euthanasie und Hilfe bei Selbsttötung umgegangen wird.

In den Jahren 1990 und 1995 haben intensive Untersuchungen stattgefunden. Diese Untersuchungen sind von Ärzten durchgeführt worden und die Justizbehörde hatte die absolute Garantie abgegeben, dass sie in Bezug auf Tatsachen, die im Rahmen dieser Untersuchung ans Licht kommen würden, keine Strafverfolgung einleiten würde. Zur Zeit wird diese Untersuchung wiederholt, deren Ergebnisse sind jedoch leider nicht vor April 2003 zu erwarten.

Auf der Grundlage der Untersuchungen in den Jahren 1990 und 1995 kann ich Ihnen jedoch die folgenden Zahlen vorlegen:

1. die Zahl der Sterbefälle beträgt 128.000 beziehungsweise 135.700

2. davon sind 1,8 % beziehungsweise 2,4 % durch Euthanasie und in beiden Jahren 0,3 % durch Hilfe bei Selbsttötung gestorben

3. in 0,8 % beziehungsweise 0,7 % der Fälle handelte es sich um aktive Lebensbeendigung *ohne Verlangen*; in der niederländischen Situation fällt diese Kategorie nicht unter das neue Gesetz. Diese Gruppe ist auch als die 1.000 (900) von Remmelink bekannt geworden. Der Name ist dem Vorsitzenden der Kommission zu danken, die mit dieser Untersuchung angefangen hat. Diese Gruppe enthält auch die Fälle von Lebensbeendigung bei schwer behinderten Neugeborenen

4. Sterben als Folge oder Nebenwirkung von Schmerzbekämpfung (also keine Euthanasie!) findet in beiden Jahren in 19 % der Fälle statt

5. Ärzte entscheiden sich manchmal dafür, eine Behandlung entweder nicht anzufangen, weil sie sinnlos ist oder beenden diese, weil sie sinnlos geworden ist. Das geschieht in 18 % beziehungsweise 20 % der Todesfälle. Auch das fällt nicht unter Euthanasie.

6. diese Zahlen bedeuten, dass die alte Regelung und auch das neue Gesetz in höchstens 2,7 % der Sterbefälle zur Anwendung kommt; der Anteil der Fälle, in denen der Arzt die Entscheidung trifft, ist um ein Vielfaches größer. Diese Entscheidungen werden übrigens auch außerhalb der Niederlande – und möglicherweise sogar in größerer Zahl – durch Ärzte getroffen.

Auch die folgenden Zahlen aus den genannten Untersuchungen sind interessant:

1. jedes Jahr kommt das Thema Euthanasie in allgemeinem Sinne in 25.000 beziehungsweise 35.000 Gesprächen zwischen Arzt und Patient zur Sprache. Dabei handelt es sich um allgemeine Gespräche.

2. in einem Drittel der Gespräche (8.900 beziehungsweise 9.700) handelt es sich um ein konkretes Verlangen

3. davon hat wiederum ein Drittel zu tatsächlicher Euthanasie oder Hilfe bei Selbsttötung (2.700 beziehungsweise 3.600) geführt

4. die zwei Drittel, die „abfallen“ sind zur Hälfte dadurch zu erklären, dass der Arzt keinen Grund dafür sieht, mitwirken zu wollen oder können. Die andere Hälfte ist darauf zurückzuführen, dass zwar eine Zusage gegeben wurde, der natürliche Tod jedoch der Ausführung der Euthanasie zuvorkam. Die Zusage als solche hat in diesen Fällen so beruhigend gewirkt, dass es der betreffenden Person möglich geworden ist, das Leiden doch bis zum Ende zu ertragen.

1. in den ausgeführten Euthanasie-Fällen handelte es sich in 85 % der Fälle um Formen des Endstadiums einer Krebserkrankung

2. 80 % der Euthanasie-Hilfe wird durch Hausärzte geleistet

3. nur 1 % der Hilfeleistungen geschehen im Pflegeheim

4. 16 % im Krankenhaus

Helga Kuhse hat 1997 die gleichen Fragen in Australien gestellt; im Jahre 2000 führte Deliens cum suis in Flandern eine entsprechende Untersuchung durch.

Hier werden die Ergebnisse der drei genannten Untersuchungen miteinander verglichen. Dabei fällt auf, dass

- in Ländern, in denen Euthanasie verboten wird (Australien und Belgien) kommt Lebensbeendigung ohne Verlangen erheblich mehr vor, als in einem Land (Niederlande), in dem es eine offenen und tolerierte Euthanasie-Praxis gibt,
- gegenüber einer erheblich geringeren Anzahl von Euthanasie-Fällen in Ländern ohne Toleranz
- eine offene und regulierte Euthanasie-Praxis fördert die Offenheit und Ehrlichkeit in den Beziehungen zwischen Arzt und Patient; dadurch werden ärztliche Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende häufiger mit Zustimmung des Patienten genommen.

Es ist schade, dass eine solche Untersuchung nicht in anderen Ländern, also auch nicht in Deutschland, wiederholt worden ist. Sie liefert den Ländern selbst Zahlenmaterial, auf dessen Grundlage eine Übersicht über die tatsächliche Praxis gewonnen werden kann. Weltweit ist mit Hilfe von mehr Untersuchungen ein besserer Vergleich zwischen den einzelnen Ländern möglich, der nicht nur auf Kultur, Idee und Fiktion sondern auch auf der Grundlage von Tatsachen vorgenommen wird.

Zum Abschluss, meine Damen und Herren, möchte ich gerne die Frage beantworten, welche Auswirkungen dieses Gesetz sowohl für die Ärzte als auch für diejenigen, die um Hilfe bitten, hat. Eine endgültige Antwort darauf muss ich Ihnen leider noch schuldig bleiben, denn das Gesetz ist erst im April diesen Jahres tatsächlich in Kraft getreten. Aber ich möchte Ihnen aus eigener Machtvollkommenheit, also subjektiv meine Erwartungen schildern.

1. Solange Euthanasie eine strafbare Handlung war, haben Menschen, die Hilfe suchten, ihren Arzt um eine Gunst gebeten, derzufolge der Arzt riskierte, dass ein Strafverfahren gegen ihn eingeleitet wurde. Obwohl Euthanasie kein Recht geworden ist (im Sinne von „Ihr Wunsch ist uns Befehl“), ist das Verlangen nicht mehr strafbar, sondern es ist legal geworden. Man kann also erwarten, dass Patienten in Zukunft weniger zurückhaltend sein werden, wenn sie über ihre Wünsche auf dem Gebiet eines würdigen Todes sprechen möchten. Und es ist zu erwarten, dass ein Arzt, der der Ansicht ist, dass dem Verlangen auf Grund des Gesetzes nicht entsprochen werden darf, Zeit und Energie wird

investieren müssen, um einer Vertrauenskrise zwischen ihm und dem Patienten vorzubeugen.

2. Weil Euthanasie legal geworden ist, werden Ärzte und Pflege-Einrichtungen verpflichtet werden müssen, deutlich zu machen, wie sie zu einem eventuellen Verlangen nach Euthanasie stehen und wie sie in der Praxis damit umgehen werden. Entsprechende Protokolle müssen, vor allem in Pflege-Einrichtungen, zu einer Selbstverständlichkeit werden.

3. Meine dritte und letzte Bewertung, oder besser mein Wunsch lautet: das Gesetz wird für niederländische Ärzte und Patienten und – hoffentlich nach einer Transformation in andere Länder und Kulturen – auch für Ärzte und Patienten, die nicht in den Niederlanden wohnen, ein wenig als Leitfaden für unser Credo dienen möge: akzeptiere die Eigenheit jedes Menschen und , unter bestimmten Bedingungen, die Autonomie jeder Person, wenn es um einen würdigen Tod geht. Ganz egal, wie man es macht oder regelt: es sollte immer transparent und nachprüfbar sein.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.