

Die Niederlande ist der erste Staat, der die aktiv genannte Sterbehilfe legalisiert hat. Dort werden seit mehr als 20 Jahren Patiententötungen ohne strafrechtliche Verfolgung geduldet. International – und besonders auch in der Bundesrepublik – wird diese Praxis sehr kontrovers diskutiert. Auch hier gibt es „Sterbehilfeverbände“ wie die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) und der Humanistische Verband (HVD), die sich positiv auf das niederländische Beispiel beziehen und sich politisch für ähnliche Regeln hierzulande stark machen. Die schillernden Vokabeln, die die Tötung von „unheilbar“ Kranken oder auch aus anderen Gründen Sterbewilligen legitimieren sollen, sind: „Das Recht auf den eigenen Tod“, die „Autonomie am Lebensende“ gepaart mit einer Kritik an der als „übermächtig“ und „unmenschlich“ bezeichneten „Apparatemedizin“. Dennoch: Mehrheiten in Politik, Ärzteschaft, Kirchen sowie den Hospiz-Organisationen lehnen ärztliche Tötungshandlungen in Form der Giftspritze oder dem Gift Cocktail ab. Man könnte fast sagen: Mit dem Bekenntnis einer Distanz zum niederländischen Modell wird die hiesige „Moral“ und „Ethik“ gestärkt und zeitgleich die „Lehren aus der deutschen Vergangenheit“ – also den nationalsozialistischen Euthanasieprogrammen – beschworen.

Ich möchte vor leichtfertigen Abgrenzungen warnen. Der Ruf nach einer „anderen“, einer „besseren“ Ethik ist problematisch. Zum einen versperrt die Sicht auf die sehr allgemeine Kategorie „Ethik“ den Blick für die sehr konkreten historischen und gesellschaftlichen Situationen, die in den Niederlanden zur Euthanasiepraxis und Gesetzgebung geführt haben. Ich möchte deshalb die Akteure und Debatten aufzeigen, die ärztliches Töten zu einem legitimen Bestandteil des Denkens und Rechtsprechens im Nachbarland machten. Zum anderen sind die genannten schillernden Vokabeln wie „Recht auf den eigenen Tod“, „Autonomie am Lebensende“ und die Kritik an der „Apparatemedizin“ fester Bestandteil einer, seit Mitte der 90er Jahre wirkenden Debatte in Deutschland, über die eine Art „Sterbegestaltung“ favorisiert wird, die vor allem eine Frage persönlicher Planung, Vorsorge und Dienstleistung sein soll. Außerhalb der Sterbephase und im nicht mehr entscheidungsfähigen Zustand soll bei schlechter Prognose, nach weit im Voraus formulierter Selbstbewertung und über Mutmaßung von Außen, ein tödlicher Behandlungsabbruch eingefordert werden können. Auch dieser „gute Tod“ spart

Leidens- und Sterbezeiten, soll unauffällig und unaufwendig und eine rein private Angelegenheit sein – allerdings mit verbrieftem Rechtsanspruch. Genau das aber wollen die Kranken und Sterbewilligen und die medizinischen Dienstleister in den Niederlanden auch. Auch sie wollen geplant, diskret und organisiert sterben. Wo liegt das Problem und wo die beschworene „ethische Distanz“?

Der französische Philosoph Alain Badiou (und ich mit ihm) sieht die Probleme weder im Reich „universeller Werte“ bzw. deren Fehlen und auch nicht in der „Wahl“ der Methoden –also aktiv oder passiv genannter Sterbehilfe. Die neue Zäsur liegt dort, wo Sterbehilfe bei Menschen möglich werden soll oder schon ist, die gar nicht sterben, sondern schwerkrank oder verzweifelt sind. Die Probleme liegen in einer bürokratischen Medizin und einer Gesundheitsökonomie, in der es auf die möglichst effiziente Verteilung von Geld ankommt. Sie liegen in einer Gesellschaft, in der „das Leiden und der Verfall nicht als ‚würdig‘ gelten und nicht übereinstimmen mit dem glatten, jugendlichen, gut ernährten Bild, das wir uns vom Menschen und seinen Rechten machen. Wer sieht nicht, dass die ‚Debatte‘ über Euthanasie vor allem auf das radikale Fehlen einer Symbolisierung für Alter und Tod hinweist?“¹ Und in dieser Hinsicht unterscheiden wir uns nicht von unseren niederländischen und belgischen Nachbarn oder von der Schweiz.

Gerade weil ich die niederländische Praxis kritisiere, aber ebenso die schnelle und eindeutige Abgrenzung, möchte ich daran erinnern, dass die Euthanasie in den Niederlanden keine lange Geschichte hat. Anders als ihre deutschen Kollegen weigerten sich die niederländischen Ärzte während der NS-Zeit in großer Zahl an der Aktion T 4, also der Ermordung geistig und körperlich Behinderter (oder so klassifizierter) teilzunehmen. Sie widersetzten sich den entsprechenden Anweisungen von Hitlers Reichskommissar Seyß-Inquart. Hunderte gaben ihre Approbationen zurück, entfernten ihre Namensschilder von den Haustüren, unterzeichneten keine Geburts- und Sterbeurkunden mehr und behandelten ihre Patienten heimlich. Hunderte wurden deswegen in Konzentrationslager deportiert.²

¹ Alain Badiou: Ethik. Wien 2003, 53

² vgl. Derek Humphrey/Ann Wickett: Das Recht auf den eigenen Tod und eine menschenwürdige Sterbehilfe, München 1987

Zeitenwechsel: Seit 1. März 2002 ist das Gesetz zur „Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und Hilfe bei Selbsttötung“ in Kraft. Vor 1980 gab es vereinzelte Patiententötung, die aber nicht gemeldet wurden. 1984 wurden 19 Fälle bekannt, für das Jahr 1990 wird die Zahl auf 2.300 geschätzt, 1995 auf 3.200, 2001 auf 3.500. Hinzu kommen seit 1990 –gleichbleibend – geschätzte 400 Beihilfen zum Suizid und zwischen 900-1000 Tötungen ohne Verlangen.³ Diese Zahlen beruhen auf Befragungen von Ärzten und auf Stichproben aus dem Zentralen Sterberegister in den Niederlanden. Sie sind mit Vorsicht zu genießen. Ich komme später noch einmal auf Dimensionen der Tötungshandlungen zurück, die mit diesen Zahlen noch lange nicht erfaßt sind. Was ist vor den 1980er Jahren in dieser Gesellschaft passiert? Warum sind die ärztlichen Tötungshandlungen weitgehend akzeptiert? Was in Zeiten einer staatlich verordneten Euthanasie auf heftigen Widerstand stoß, das scheint im „liberalen“ Zeitalter auf breiten Zuspruch zu stoßen.

Die Debatte in den Niederlanden begann Ende der 1960er Jahre. Ein Meilenstein markiert Jan Hendrik van den Berg mit seinem 1969 erschienen Buch „Medizinische Macht und medizinische Ethik“. Innerhalb von acht Monaten erschien die 10. Auflage dieser Publikation. Im Kern propagierte der Autor das Recht auf Euthanasie, um die „Macht der Medizin“ durch die „Selbstbestimmung des Patienten“ zu ersetzen. Er plädierte auch für die medizinische Tötung von dementen Alten, Komapatienten und behinderten Kindern – also nicht einwilligungsfähigen Menschen und forderte Kommissionen aus Ärzten und medizinischen Laien, die fallweise die Tötungen entscheiden sollten. Wenn die rapide zunehmende medizinisch-technische „Macht“ Leben erhalten könne, auch „wo und wann es nicht mehr sinnvoll“ sei, dann soll der Arzt „Leben“ beenden können, entweder durch Einstellung der Behandlung oder durch tödliche Injektion.⁴

Die Thesen van den Bergs wurden auch innerhalb der Ärzteschaft geführt– und zwar zunächst äußerst kontrovers. Kritik an der ärztlichen Prognosesicherheit, an polemischen Darstellungen behinderter und kranker Menschen als eine Art

³ vgl. Tony Sheldon, Only half fo Dutch dotors report euthanasie, report says, in: BMJ 2003, 326: 1164 (31 May); Paul J. van der Maas et.al., Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the netherlands, 1990-1995 in: NEJM 335:1699-1705 (Nov 28), 1996; Gerrit van der Wal et.al, Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990,1995, and 2001, in: The Lancet (published online) June 17,2003 <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>

⁴ vgl. Jeroen Breekveldt: Wie man in den Niederlanden „aus Gnade“ tötet, in: analyse + kritik Nr. 469 (2003)

„Monstrum“ und an der Diffusität des Begriffs der „Lebensverlängerungen“ wurden geäußert.

Dennoch wurde 1973 eine „Diskussionsbeitrag für die niederländischen Ärzte“ von der Arbeitsgruppe Euthanasie (beauftragt vom niederländischen Ärzteverband K.M.N.G.) verfaßt. Das war nicht mehr wie bei van den Berg eine populäre Einzelmeinung, sondern repräsentierte die Haltung innerhalb der organisierten Ärzteschaft. Es ist eines der ersten Mediziner-Dokumente, das für eine grundlegende Akzeptanz der Patiententötung warb. „Zielgruppen“ der Euthanasie sind in dem Papier: Krebskranke in der Endphase ihrer Krankheit, Menschen mit irreversiblen Hirnschäden, Unfallkranke und „total demente Alte“, schwergeschädigte Neugeborene und Suizidgefährdete (die kein körperliches Leiden haben).⁵ In den Debatten zwischen 1969-73 wurde auf Ärztetagen und in Kommissionen oder auch der Zeitschrift Medisch Contact versucht, die Euthanasie auf „Tötung auf Verlangen“ in einer zu definierenden „Sterbephase“ zu begrenzen. Die erwähnte Arbeitsgruppe setzte sich explizit von dieser Begrenzung ab. Das „Kernproblem“, so die Autoren, die Euthanasie außerhalb der Sterbephase und bei nicht unheilbar Kranken, sei so nicht zu „lösen“. Das Papier wurde erst 1975 veröffentlicht. Erst das Wechselspiel zwischen Ärztevereinigung und Medien, die an Erstveröffentlichung interessiert waren und das Thema „Euthanasie“ als öffentlichkeitswirksam ansahen, hat zum Abdruck des Diskussionspapiers geführt. Der Vorstand der Ärztevereinigung wollte das Papier zunächst nicht verbreiten.

Innerhalb weniger Jahre entstand ein öffentlicher Diskurs über ein neues „Management des Sterbens“. Die Patiententötung wurde zum anerkannten Mittel, um einen „selbstbestimmten Tod“ zu ermöglichen.

Die Kritik am medizinisch-technologischen Fortschritt und dem traditionellen Arzt-Patient-Verhältnis war international und keineswegs spezifisch niederländisch. Halten wir uns die damalige Zeit noch einmal kurz vor Augen – und zwar in folgenden Aspekten:

- Die Inszenierungen der Medizin und ein zunächst ungebrochener Glauben an technologische Fortschritte schien selbst den Tod besiegen zu können. Es war die Zeit der ersten Herztransplantation 1967, die diesen Glauben einerseits ankurbelte, andererseits aber die Frage aufwarf: Wer darf leben und wer muss

⁵ „Discussienota von de Werkgroep Euthanasie“ veröffentlicht in: Medisch Contact Nr. 30 (1975), 7f

sterben? Hirntote galten anders als heute im allgemeinen und auch im ärztliche Verständnis nicht als tot sondern als sterbend. Die Frage (zum Teil auch der Mythos) des „im Leben Halten-Könnens“ mittels Intensiv-Technologie verunsicherte zusätzlich.

- Das Arzt-Patient-Verhältnis war paternalistisch und der Tod (oder die unheilbare Krankheit) in der Regel kein Gesprächsgegenstand. Die Forderung nach einem „humaneren“ Verhältnis wurde laut. Arzt und Patient sollten subjektiv und partnerschaftlich sprechen und sich als Teil eines Gesundheitsteams verstehen. Der nahezu „ausgebürgerte Tod“ – so die Einschätzung des Historiker Philipp Ariès⁶ für diese Zeit – sollte wieder Gesprächsgegenstand werden. Erneut spielte ein Buch eine entscheidende Rolle: „On death and dying“ von Elisabeth Kübler-Ross sorgte weltweit für enormes Aufsehen. Auch in den Niederlanden: Die Werkgroep Euthanasie wollte das alte, paternalistische Sterbemanagement der Ärzte durch die Autonomie des Patienten ersetzen und bezog sich auf Kübler-Ross, um den Sterbenden als Individuum zu sehen. Der Ende der 60er Jahre in vielen gesellschaftlichen Bereichen praktizierte Bruch mit Normen und Tabus ergriff auch die gesellschaftliche Formung der Todesvorstellungen. In Kliniken wurden Patienten – oft völlig unvorbereitet – informiert, dass sie bald sterben würden. In Amsterdam wollten als „Provos“ bezeichnete Gruppen am anatomischen Institut eine Leiche ausborgen, um damit ein „Happening“ zu veranstalten.⁷ Letztlich – entgegen der Hoffnungen vieler, die sich um humanere Lebens- und Sterbebedingungen bemühten – wurde der Tod nicht „eingebürgert“ sondern verwaltet. Das Reden über die Sterbephasen von Kübler-Ross mündete in eine neue Norm des „guten Sterbens“.

Auf dem Boden dieser Formung von Todesvorstellungen (oder eines kollektiven Bewußtseins) kurbelten in den 70er und 80er Gerichtsentscheidungen das Projekt „Patiententötung“ an. 1973 wird der „Fall Postma“ verhandelt. Die Ärztin Getrud Postma hatte ihre unheilbar kranke Mutter getötet, die ihren Tod ausdrücklich verlangt haben sollte. Gericht und Sachverständige meinten, dass es nicht gerechtfertigt sei das „Leben eines Patienten bis zum bitteren Ende zu verlängern“

⁶ Philippe Ariès: Geschichte des Todes, München 1982

⁷ Cas Wouters: Die Informalisierungsthese in der Zivilisationstheorie, Hagen 1997, 42

und Euthanasie sei deshalb erlaubt: wenn die Krankheit unheilbar ist, vom Patienten subjektiv als unerträglich oder ernst empfunden wird und zuvor schriftlich oder mündlich geäußert wurde, dass das Leben beendet werden solle, die Sterbephase kurz bevorstehe und ein weiterer Spezialist hinzugezogen worden sei.⁸ Noch 1969 wurden solche Taten mit Gefängnis bestraft.

In den Monaten danach wird die Euthanasie in den Niederlanden zu einer unhintergehbaren Tatsache. Der niederländische Gesundheitsrat – eine Sachverständigen-Kommission der Regierung – veröffentlichte den „Euthanasie-Rapport“. Dort wurde gefordert, dass ein Arzt, der den Strafrechtsparagrafen 293 (Tötung auf Verlangen) verletzt hat, nach einer Rechtfertigung nicht strafverfolgt werden soll. Die Kommission stellt fest, dass die Frage nach „Euthanasie selten vom Patienten selbst“ komme. Sie erkennt aber auch andere Motive an: der Gesellschaft, die „knappe Mittel“ für Patienten mit größerer Lebenserwartung einsetzen will; des Arztes, der Therapie für sinnlos hält; der Familie, die „das schreckliche Leiden nicht mehr mit ansehen“ kann.⁹

1981 wird über eine Einzelfallentscheidung des Rotterdamer Gerichtes auch der assistierte Suizid (der Fall Wertheim) trotz weiter bestehendem Strafrechtsvorbehalt bei Beachtung von Sorgfaltskriterien für tolerabel erklärt. Danach wird bei der Staatsanwaltschaft eine nationale Untersuchungskommission eingerichtet für Euthanasie und assistierten Suizid, die ihre Untersuchungen nach den in den Fällen Postma und Wertheim formulierten Sorgfaltskriterien ausrichtet.¹⁰ 1984 wurde der erste Euthanasiefall vor dem höchsten niederländischen Gericht in Den Haag verhandelt (Schoonheim-Fall) und der Arzt nicht für schuldig befunden.

Wenige Monate zuvor hatte die niederländische Ärztevereinigung K.M.N.G neue Richtlinien verabschiedet, die Euthanasie unter Beachtung der Sorgfaltskriterien befürwortet. Die vom Vorstand angegebenen Gründe: Öffentliche Meinung (ermittelt über Meinungsumfragen – 1983 sollen 80% der Bevölkerung für Patiententötungen sein) und die Entscheidungen von Einzelgerichten würden den „Patientenwillen“ mehr beachten. Wenn Freiwilligkeit, wohlüberlegte Bitte, dauerhaftes Verlangen nach dem Tod, unerträgliches Leiden und kollegiale Beratung des Arztes vorlägen, dürfe

⁸ vgl. Medisch Contact Nr. 28 (1973)

⁹ vgl. Medisch Contact Nr. 28 (1973), 288

¹⁰ Griffith, Bood, Weyers: Euthanasia and Law in the Netherlands, Amsterdam 1998, 60f

auch außerhalb der Sterbephase getötet werden. Die noch 1973 formulierte Beschränkung auf die Sterbephase wurde mit Verweis auf den Euthanasie-Rapport des Gesundheitsrates gestrichen. Auch eine frühere „Willenserklärung“ des Patienten soll bindend sein, wenn sie nicht älter als ein Jahr ist, nicht widerrufen wurde und man annehmen könne, daß sich der Patient beim Verfassen über die Konsequenzen im Klaren war.¹¹

Was sagten die Kirchen in dem entscheidenden Zeitraum? Sie sagten viel und waren auch an der Debatte innerhalb der niederländischen Ärzteschaft beteiligt. Namhafte Theologen traten schon vor den entscheidenden Gerichtsurteilen für ein ärztliches Tötungsrecht ein. Zum Beispiel der katholische Moraltheologe Paul Sporken und die gesamte Synode der Hervormde Kerk – eine der beiden großen calvinistischen Kirchen. Der Synodenbeschuß der Hervormde Kerk von 1972 fand in der Ärzteschaft große Beachtung. Die Kirchen verloren zwar besonders in dieser Zeit an Bedeutung. Was übrig blieb war eine Art protestantischer Ethik ohne Frömmigkeit, in der rationale Lebensgestaltung und Nützlichkeitsprinzipien im Vordergrund standen. So sieht dann auch der synodale Beschluss aus: es ist von „äußerst Behinderten“ die Rede, vom „völlig mißgestalteten Kind“ und vom „Alten, der auf eigenes Verlangen getötet werden dürfte. Nicht allein im Interesse der Betroffenen, sondern auch der Gesellschaft, für die es „eine Grenze (gibt)..., was für den Einzelnen aufgebracht wird.“¹² Theologen bekamen eine eigene Rubrik in der Medisch Contact. Dort schreibt der Groninger Studentenpfarrer Krop für individuell entschiedene Euthanasie und gegen staatlich verordnete wie im Nationalsozialismus an – ohne das gesellschaftlich Ganze zu vergessen: „Zielgerichtete Bevölkerungspolitik bedeutet nicht allein eine bewußte Geburtenregelung, sondern auch die Frage nach einer bewußten Lebensbeendigung ... Reden wir über die Fragen eines guten Rechtes auf Euthanasie, darf die Makroebene nicht aus dem Blick geraten. (...) Die Gesellschaft muß sich der Aufgabe eines „management of dying“ stellen.“¹³ Sicher, es gab auch andere Stimmen, doch die gerade erwähnten dominierten – und sollten dominieren.

¹¹ vgl. Medisch Contact Nr.31 (1984). Das Papier wurde unter dem Titel „Das Verrichten von Euthanasie-Handlungen soll auf der Basis von Freiwilligkeit geschehen – KMNG-Standpunkt in Sachen Euthanasie

¹² Das Papier der Hervormde Kerk wurde von M.A. Krop in Auszügen vorgestellt in: Medisch Contact 12.05.1972, 519

¹³ Medisch Contact Nr. 19 (1971), 521

Die Euthanasie-Propagandisten organisierten sich und gründeten 1973 die „Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie (NVVE). Sie verbreitete „Euthanasieerklärungen“, ebenso die etwas kleinere Stichting Vrijwillige Euthanasie, deren „Euthanasie-Erklärung“ in Medisch Contact abgedruckt wurde.¹⁴ Sie umfaßt persönliche Daten und Willensäußerung. Der Vordruck regt an zu wählen zwischen: allein passiver Euthanasie; wenn nötig auch aktive Euthanasie und „keine Euthanasie“. Damals hatte das Thema Euthanasie schon die erste Feuerprobe bestanden und wurde öffentlich, beruflich und politisch für wichtig befunden. 1973 war die Phase des „öffentlichen Meinens“ durchlaufen und die der organisierten Interessenvertretung begann. Die weltgrößte Euthanasievereinigung NVVE wurde initiiert von den Bewohnern des Dorfes in dem Frau Postma lebte. Zeitgleich gründeten Akademiker und Ärzte die Stiftung für freiwillige Euthanasie, die sich Mitte der 80er Jahre wieder auflöste. Die NVVE hat nach eigenen Angaben heute an die 100.000 Mitglieder. Ihre Dienstleistungen reichen von persönlichen „Lebenshilfediensten“, um das Euthanasieanliegen zwischen Patient und Arzt zu vermitteln bis zu einem Prozessfond, um zu Unrecht verfolgte Ärzte zu unterstützen. Anfang der 80er Jahren verbreiteten sie eine Broschüre über praktische Anleitung zur Patiententötung in hoher Auflage. Wegen des großen Interesses im Ausland wurde auch eine englischsprachige Version gedruckt. Autor der Schrift: der Arzt Pieter Admiraal, ein öffentlicher Held in Sachen Euthanasie – oder wie ein kritischer niederländischer Kollege schrieb: ein „Exhibitionist der Tötung“. Auch diese „Helden“ sind wichtig, weil sie Sympathien binden, eine neue „Ethik“ personifizieren und mediengängig sind. Seit den 60er Jahren wirbt Admiraal für das ärztliche Tötungsrecht. 1982 hat er seinen ersten Fall gemeldet und erwartete die Polizei. Die aber kam nicht. Admiraals Tötung wurde stillschweigend geduldet. Mit der NVVE Broschüre wurde Admiraal im ganzen Land bekannt – insbesondere durch die Medien. Und er konnte sein Ideal vom „schönen Tod“ überall verbreiten: „Das Sterben von jemandem mitzumachen, ist ein erhebender Augenblick, so ergreifend, so schön. Der Abschied ist intensiv, voll Liebe. Jemand nimmt Abschied, die Worte werden gesprochen und dann soll jemand ganz ruhig einschlafen.“ Aber auch er macht sich Gedanken um die gesamtgesellschaftlichen Belange: „Ich persönlich bin nicht so sicher, das man (in 50 Jahren) noch immer Alzheimer Patienten am Leben erhalten soll. Das einzige, was ich weiß, ist, daß im Jahre 2050, ... gibt es

¹⁴ Medisch Contact Nr. 35 (1977), 355f

Probleme, ...dass diese Leute sicherlich anders über ethische Probleme denken müssen.“¹⁵

Admiraal berät den Humanistischen Verband Deutschland, weil er Humanist ist und weil der Verband schon heute Beihilfe zum Suizid leiste.

Kleine Zwischenbilanz: Es gibt seit Jahrzehnten Euthanasie, die allerdings lange strafrechtlich verboten blieb. Aber sie war „gedocht“, geduldet auf der rechtlichen Grundlage eines Notstandes. Bei Einhaltung gewisser Richtlinien wird die Patiententötung nicht strafverfolgt. Der entscheidende Zeitraum für die gesellschaftliche Akzeptanz des ärztlichen Tötungsrechtes lag zwischen 1969 und 1973. Die entscheidenden Akteure sind zum einen die organisierte Ärzteschaft, die Richter, Euthanasie-Befürworter in den Kirchen (vor allem der reformierten), die Medien – und nach 1973 die Euthanasievereinigungen. Das Zusammenspiel dieser Akteure und auf dem Hintergrund einer international wirksam werdenden Kritik am Arzt-Patientverhältnis und irritierender wissenschaftlich-technologischen Entwicklung veränderte Todesvorstellungen und biopolitische Sagbarkeiten. In den Niederlanden wird der „Tod ein Generator für Individualität“¹⁶, die auf „Willensfreiheit“ beschränkt ist. Der „schöne Tod“ wird als „Entscheidungstod“ imaginiert, geplant und organisiert. Ökonomische, bevölkerungspolitische Planungen sind von Beginn an mit dem Individualitätsideal verknüpft. Und von Beginn an geht es nicht nur um „Tötung auf ausdrückliches Verlangen“, sondern um Patientengruppen, die für unheilbar erklärt wurden und deren „Leiden“ als sozialer und medizinischer Skandal wahrgenommen werden. Und dieser Skandal scheint noch mehr zu wiegen als der Rechtsbruch. Denn auch Ärzte, die bekanntermaßen ohne Einwilligung töteten und töten, werden meist nicht verurteilt. Als 1994 der Amsterdamer Hausarzt Van Oijen gar vor laufender Kamera eine alte Frau umbrachte, wurde er zwar wegen Mordes verurteilt, aber bestraft wurde er nicht.

1994 wurde eine Meldepflicht gesetzlich festgelegt. Begleitend wurden in den Jahren 1991, 1995 und 2001 Untersuchungen zum Euthanasie-Verhalten von Ärzten durchgeführt. Die Studienergebnisse sind mit Vorsicht zu genießen. Denn alles hängt

¹⁵ Erika Feyerabend/Ludger Fittkau: Amsterdam und Umgebung, Feature WDR 3 1999 und 2001

¹⁶ Armin Nassehi: Ethos und Thanatos. Der menschliche Tod und der Tod des Menschen im Denken Michel Foucaults, in: Feldmann/Fuchs-Heinritz: Der Tod ist ein Problem der Lebenden, Frankfurt 1995, 210

vom Meldeverhalten der BehandlerInnen ab. Wohl nur die Hälfte der Mediziner ist überhaupt gewillt, ihre Taten zu melden, obwohl sie dazu verpflichtet sind.¹⁷ Auf diesen unvollständigen Erfassungen sowie auf zusätzlichen Interviews mit 600 ausgewählten ÄrztInnen basieren die Schätzungen über das Tötungsverhalten in den Niederlanden. Mit diesen Hochrechnungen und Zahlen aber wird Politik gemacht: Sie sollen beweisen, dass gesellschaftliche Transparenz und Kontrolle im Gebiet der Euthanasie herrschen.

Bei 130.000 Todesfällen pro Jahr werden in ca. 40% ärztliche Entscheidungen am Lebensende getroffen. Dazu gehören neben der „aktiven“ Euthanasie (heute geschätzte 3.500/2,5%) auch Beihilfe zum Selbstmord (zwischen 300-400/0,3%), Überdosis von Schmerzmitteln mit Todesbeschleunigung (25.800/19,0%) und gezielter Behandlungsabbruch mit Todesfolge oder Nichteinleiten von Behandlungen (einschließlich Sondenernährung) (27.000/19,9%). Ca. 1000 Mal (0,7%) wurde ohne Einwilligung getötet, aber dennoch nicht bestraft. Die letzte Studie zeigt, dass seit 1996 der Anzahl gemeldeter Euthanasie-Fälle gestiegen ist, ebenso wie die Praxis überdosiert Schmerzmedikamente zu geben.¹⁸

Mit Verabschiedung des Gesetzes zur „Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und Hilfe bei Selbsttötung“, das am 1. März 2002 in Kraft getreten ist, ist die Niederlande der erste Staat, der Tötungen per Giftspritze oder – infusion legalisiert hat. Das Gesetz verlangt die Einhaltung der Sorgfaltskriterien und die Meldepflicht. Ist das erfolgt, wird die Strafbarkeit ausdrücklich aufgehoben. Kinder zwischen 12-16 Jahren dürfen mit Zustimmung der Eltern getötet werden, ab 16 können sie diese Anfrage unabhängig von den Eltern stellen. Wer nicht mehr einwilligungsfähig und mindestens 16 Jahre alt ist, darf umgebracht werden, wenn der Wunsch nach Lebensbeendigung zu einem früheren Zeitpunkt in einer Patientenverfügung niedergelegt wurde. Weitere Einzelheiten bestimmt das Gesetz nicht. Die Prüfung, ob alles mit rechten Dingen zugegangen ist, erfolgt nach der Euthanasie. Der Arzt muss den Leichenbeschauer und eine regionale Kontrollkommission über den unnatürlichen Tod informieren und einen Meldebogen

¹⁷ Tony Sheldon, Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says, in: BMJ 2003, 326: 1164 (31 May)

¹⁸ vgl. Gerrit van der Wal (2003), 1-5; Gerrit van der Wal (2003b); Paul J. van der Maas (1996), 699-1705

ausfüllen, der Angaben zu Person, Krankengeschichte, Sorgfaltskriterien, Umstände der Tötung enthält. Die Kommission (es gibt fünf) besteht aus einem Juristen, Arzt und Ethiker. Nur wenn eine Mehrheit Zweifel hat, dass ordnungsgemäß getötet wurde, muss die Staatsanwaltschaft informiert werden.

In den Niederlanden werden seit Jahren unheilbar Kranke, gelegentlich auch psychisch Kranke, zuweilen auch ohne Verlangen oder gemäß schriftlicher Willensbekundungen straffrei getötet. Die so genannte „terminale Sedierung“, die überdosierte Vergabe von Schmerzmitteln und der Behandlungsabbruch sind alltägliche Praxis – in einer Größenordnung, die ökonomisch relevant ist und mit der ein Gesundheitswesen kalkulieren kann. Gerade im August diesen Jahres ist eine Studie mit ca. 500 Ärzten durchgeführt worden. Die Hälfte von ihnen hat terminale Sedierung mit dem Abbruch von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei „terminal Kranken“ (Wann beginnt dieser Zustand?) durchgeführt. Bei 211 Fällen war der Tod vom Arzt beabsichtigt. Nur ein Bruchteil der Patienten (27%) hatten dies explizit gewünscht.¹⁹

Obwohl die immerhin ca. 1000 Menschen ungefragt per Giftinjektion getötet werden, Tausende ebenso ungefragt mit Schmerzmitteln und über Behandlungsabbruch zu Tode gebracht werden und die Meldepflicht nicht greift, geschieht all das unter dem Banner von „individueller Freiheit“ und „gesellschaftlicher Transparenz“. Nun reicht der Niederländischen Vereinigung für Freiwillige Euthanasie (NVVE) und der noch radikaleren Stiftung für freiwilliges Leben (SVL) das Gesetz immer noch nicht aus. Sie fordern noch liberalere Regeln. Anlass ist der Euthanasie-Fall des Senators Brongersma, der weder „unerträglich“ litt, noch unheilbar krank war. Der Senator war einfach lebensmüde. Im Sinne der „Autonomie“ soll auch in solchen Situationen legal getötet werden können. Der Arzt von Brogesma wurde in zweiter Instanz schuldig gesprochen – aber auch er wurde nicht bestraft. Die Richter forderten eine breite gesellschaftliche Debatte über diese Form der Sterbehilfe. Die KNMG erhörte diese Bitte und richtete eine Kommission ein, um die Möglichkeit einer Erweiterung der Sterbehilfe-Kriterien zu untersuchen.²⁰ In diesem Jahr hat das Den Haager Gericht

¹⁹ vgl. Tony Sheldon: Dutch doctors choose sedation rather than euthanasia, in: BMJ 2004 (14.Aug. 2004), 329:368

²⁰ vgl. Jeroen Breekveldt: Wie man in den Niederlanden „aus Gnade“ tötet, in: analyse + kritik Nr. 469

die Tötung eines Alzheimer Patienten (der entscheidungsfähig gewesen sei und das Schicksal seiner dementen Eltern nicht selbst erleben wollte) für rechtens erklärt, da die Patiententötung mit „unerträglichem und aussichtslosem psychischen Leiden“ gepaart sei.²¹ Und noch eine weitere Radikalisierung steht zur Debatte: die „Pil van Drion“. Das ist eine Selbsttötungspille, die für jede/n nach Wahl ab dem 70. Lebensjahr verfügbar sein soll. Huib Drion war früher Berater am höchsten Gericht der Niederlande und hatte schon 1991 in der liberalen Zeitung NRC dafür plädiert, dass alte und einsame Menschen Mittel bekommen sollten, um sich das Leben zu nehmen. „Warum sollte man ihnen verweigern es selbst in der Hand zu haben, sich in einer akzeptablen Weise zu töten und sich selbst von einem elenden Leben zu befreien, das außerdem noch die Gemeinschaft belastet?“ Ein „Experiment zur verantwortungsvollen Einführung der Tötungspille“ soll praktische Fragen lösen helfen.

Aber es gibt auch Gegenläufiges aus dem Nachbarland. SCEN ist eine landesweite Vereinigung von Hausärzten. Der Verband wurde vor einigen Jahren gegründet, um Euthanasie-Beratungen und praktische Unterstützung bei der Tötung zu leisten. Genau in dieser Gruppe kommen nun Zweifel auf. Der Hintergrund: Das neue Gesetz, das ja eigentlich für die Ärzte gedacht war, um straffrei töten zu dürfen, erzeugt zeitgleich Ansprüche bei den PatientInnen. „Sie bitten nicht mehr, sie fordern“, so eine SCEN-Ärztin, die auf eine „Bewegung gegen die Euthanasie“ hofft. Vieles geschehe aus Unkenntnis, vieles aus einem oft nervösen Verlangen nach Tötung. Nun soll dem Rechtsanspruchsdenken bei den Betroffenen und dem allgemeinen Gefühl der Zeitknappheit bei allen Beteiligten mit mehr Palliativmedizin und Schmerzbekämpfung begegnet werden. Es ist aber fraglich, ob das neue Begehren, Lebenslänge und Sterbeumstände „selbst“ zu bestimmen, durch mehr palliative Angebote begrenzt werden kann.²²

Das niederländische Modell hat Vorbildcharakter. Seit Ende 2002 erlaubt auch der belgische Staat die Euthanasiepraxis. Im Grundsatz hat das belgische Parlament die niederländische Konzeption übernommen. Patiententötungen sind straffrei, wenn

²¹ FAZ 4.Juni 2004, Demenz in den Niederlanden wird Grund zur Sterbehilfe

²² Jeroen Breekveldt, Gegenläufige Meldungen aus den Niederlanden, in: BioSkop-Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften Nr. 17, März 2002, 7

ähnliche Sorgfaltskriterien erfüllt sind wie in den Niederlanden. Seit Inkrafttreten sind in Belgien mehr als zweihundert legitime Taten gemeldet worden.

Ich erwähnte am Beginn des Vortrages, dass wir nicht aus sicherer Distanz auf die niederländische Gesellschaft, ihre „schönen Todesvorstellungen“ und ökonomischen Kalküle blicken können. Auch hierzulande gibt es einen Diskurs, in dem „unbezahlbare Gesundheitskosten in einer überalternden Gesellschaft“ die Zukunft bestimmen sollen. Vorsorge im Alter? Bitte privat. „Eigenverantwortung“ ist das Zauberwort, um staatliche Leistungen zu limitieren.

In dieses ideologische Gewebe passt die Debatte um Euthanasie und Patientenverfügungen. Die geforderte Vorsorge betrifft in diesem Fall nicht die finanzielle Absicherung, sondern das „nackte“ Leben. In entscheidungsfähigen oder gesunden Tagen soll per Willensentscheid für die Zeit mit schwerer Krankheit, Behinderung und juristisch bescheinigter Entscheidungsunfähigkeit geplant werden. Die Patientenverfügungen stellen in diesem Fall den tödlich Behandlungsabbruch außerhalb der Sterbephase zur Wahl. Verfügungsanbieter leiten zur Selbstbewertung an: „Wenn ich kein eigenständiges Leben mehr führen kann“, „Wenn ich dauerhaft pflegebedürftig bin“, „Wenn ich nicht mehr kommunikationsfähig bin“, sollen nicht näher erläuterte „lebenserhaltende Maßnahmen“ (Sondenernährung/Flüssigkeit inbegriffen) unterlassen werden. In dieser Vorsorge-Erziehung lernt man auch, dass nichts mehr selbstverständlich ist. Medizinische Versorgung und Schmerzbehandlung, all das wird nun mehr als entscheidungs- und damit einforderungspflichtig dargeboten. Die empfohlenen Selbstbewertungen sind aber alles andere als rein privat. Sie betreffen auch hierzulande ganze Krankengruppen: Pflegebedürftige nach Schlaganfall, im Koma, mit Demenz.

Was „selbstbestimmt“ in Patientenverfügungen niedergelegt werden soll, ist von juristischen Agenturen wie dem Bundesgerichtshof, Privatvereinen wie der Bundesärztekammer, der Politik und den Sterbehilfeverbänden sowie anderen Verfügungsanbietern vorbereitet worden. Nicht anders als in den Niederlanden bestärken Gerichtsurteile Landesrecht und organisierte Verbände präsentieren sich als Vertreter einer öffentlichen Meinung. Das Bundesjustizministerium hat im letzten Jahr eine Gutachterkommission beauftragt, politische und juristische Vorschläge für die noch umstrittenen tödlichen Unterlassungen zu formulieren. Im kürzlich veröffentlichten Gutachten sollen schriftliche wie auch mündliche Verfügungen

juristisch wirksam werden. BetreuerInnen, Bevollmächtigte und Ärzte können dann je nach eigenem „Werturteil“, Budget oder privatem Geldbeutel im Niemandsland der Unheilbaren und Sprachlosen den Tod als die bessere Alternative verordnen. Nach Expertenurteil muss dabei das „Grundleiden“ der Betroffenen nicht „irreversibel tödlich“ sein. Was zählt, das sei die „Patientenautonomie“. Das Betreuungsrecht soll entsprechend geändert werden, wohl möglich auch der § 216 des StGB (Tötung auf Verlangen).²³ Das Ideal des vernünftigen und von jeder Hilfe unabhängigen Individuums, das seine Biographie und seinen Körper jederzeit privat-autonom kontrolliert, fügt sich perfekt in die sozial- und gesundheitspolitische Agenda. Der einflussreiche Medizinrechtler Jochen Taupitz denkt nicht zufällig bereits über die „Grenzen der Patientenautonomie in Fällen eines ‚übermäßigen Lebensverlängerungswunsches‘“ nach. Die Grenzziehung liegt für Taupitz „nicht nur in gesellschaftlicher bzw. staatlicher Verantwortung, sondern auch und gerade in der Verantwortung der (auch der Gesamtheit des Volkes verpflichteten) Ärzteschaft.“²⁴

„Die ganze Welt soll es sein, nur abzüglich all dessen, worauf man nicht scharf ist: Leid, Krankheit, Scheitern, Unsicherheit und Tod, all das, was den „reinen Mehrwert des Lebens“ ausmacht“ – schreibt Marianne Gronemeyer in ihrem Essay „Das Leben als letzte Gelegenheit“.²⁵ Wenn dieser attraktive „reine Mehrwert“ rechtlich und kulturell über passiv genannte Sterbehilfe in Aussicht gestellt wird, in dem wir uns die Sterbe- und Leidenszeiten sparen, wenn der „schöne Tod“, der diskrete, geplante, professionell organisierte, zum individuellen und zum ärztlichen Ideal wird, dann bleibt zu fragen, mit welcher Begründung dem entscheidungsfähigen Kranken oder Lebensmüden diese Möglichkeit verweigert werden soll?

²³ vgl. Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppen „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004. Der Bericht steht auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums

²⁴ Jochen Taupitz, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?, Gutachten A zum 63 Dt. Juristentag Leipzig 2000, München 2000

²⁵ Marianne Gronemeyer: Das Leben als Letzte Gelegenheit, Darmstadt 1993, 123

