

---

# Die (straf)rechtliche Situation der Sterbehilfe in den Niederlanden

Jürgen Wöretshofer

## *Einleitung*

Im Rahmen meiner Habilitationsschrift habe ich die niederländische medizinische und juristische Literatur vom Anfang des 20. Jahrhunderts bis in die neunziger Jahre nach Eintragungen über Sterbehilfe durchsucht. Dabei fiel mir auf, dass in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg sehr wenig über Euthanasie und Eugenik publiziert wurde. In beinahe allen Fällen, in denen diese Thematik aufgegriffen wurde, geschah dies nach vorherigen Veröffentlichungen im Ausland.

Diese Tatsache zeigt deutlich, dass das Thema der Euthanasie in den Niederlanden nicht Gegenstand einer öffentlichen Debatte war.

Deshalb konnte nach 1945 die öffentliche Debatte über Sterbehilfe in den Niederlanden so offen geführt werden: Das Thema war hier nicht so belastet wie anderswo. Vermutlich auch deshalb kann in den Niederlanden der Begriff Euthanasie freier gebraucht werden. Dieser Begriff hat mit dem Beginn der Debatte eine deutliche begriffliche Einschränkung erfahren. Beinhaltete er früher jegliche Sterbehilfe, so ist er jetzt auf Sterbehilfe beschränkt, die der Patient selber will, während die Ausführung der Handlung durch einen Arzt geschehen muss. In diesem Sinne gebrauche ich anstelle des Wortes Euthanasie den Begriff ‚eigentliche Sterbehilfe‘, um eine falsche Assoziation zu vermei-

den. Die Handlung des Arztes beinhaltet die Zuführung eines Euthanaticums oder die Hilfe bei der Selbsttötung. In den Niederlanden gelten für beide Tatbestände dieselben Kriterien.

### *Die Entwicklung der Sterbehilfe seit der Mitte der sechziger Jahre*

Die Diskussion über die Sterbehilfe in ihrer heutigen Form nahm ihren Anfang in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre. Es waren Ärzte, die diese Diskussion in Gang setzten; Juristen folgten erst später. Was der Auslöser der Debatte war, ist nicht mehr ohne weiteres nachzuvollziehen. In der Regel werden Weiterentwicklungen der medizinischen Technik angeführt, die es möglich machen, das Leben eines Patienten zu verlängern, wobei Zweifel über den Sinn weiterer Behandlungen entstehen können.

In seinem Buch ‚Medizinische Macht und Ethik‘ von 1969 bespricht der Arzt Van den Berg dieses Problemgebiet. Dabei stellte er die sogenannte ‚alte‘ und ‚neue‘ Ethik einander gegenüber. Die alte medizinische Ethik beinhaltete die Pflicht des Arztes, das menschliche Leben um jeden Preis zu erhalten. Diese Ethik ist nicht mehr zeitgemäß. Die neue medizinische Ethik hinterfragt diese Einstellung.

Van den Berg verwendete übrigens das Wort ‚Euthanasie‘ nicht. Als Tötungsdelikt benannte er die Einstellung der Behandlung und die direkte Lebensbeendigung.

### *Die ‚alte‘ Strafgesetzgebung*

Das heutige Strafgesetzbuch (Nl-StGB) datiert von 1886 und hat viel vom damaligen deutschen Strafrecht übernommen. Die die Sterbehilfe betreffenden Artikel sind in

der Gruppe ‚Verbrechen gegen das Leben‘ aufgeführt. Es geht dabei um zwei Artikel:

- die Tötung auf Verlangen (Artikel 293 Nl-StGB),
- die Beihilfe zur Selbsttötung (Artikel 294 Nl-StGB).

In beiden Fällen beinhaltet es Verbrechen, die einen Vorsatz verlangen.

Die Tötung auf Verlangen ist ein privilegierter Tatbestand für Totschlag und Mord. Der Artikel 293 lautete in der ursprünglichen Version des Gesetzgebers von 1886: „Wer einem anderen auf dessen ausdrückliches und ernstes Verlangen das Leben nimmt, wird mit einer Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe bis zu € 45.000,- bestraft.“

Die Beihilfe zur Selbsttötung, wie der Artikel 294 üblicherweise genannt wird, ist ein Delikt sui generis. In der ursprünglichen Version lautete dieser Artikel: „Wer vorsätzlich einen anderen zur Selbsttötung treibt, ihm dabei behilflich ist oder ihm die Mittel dazu verschafft, wird, wenn die Selbsttötung stattfindet, mit einer Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bis zu € 11.000,- bestraft.“

Also ist die Tötung auf Verlangen, genauso wie in Deutschland, strafbar. Nur kennt der niederländische Artikel eine Höchststrafe von zwölf Jahren (gegenüber fünf Jahren in Deutschland). Anders als in Deutschland ist jedoch in den Niederlanden auch die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar, jedoch nur, wenn der Tod auch wirklich eintritt. Der Versuch hingegen ist straflos.

Für die Straflosigkeit des Versuchs führte der Gesetzgeber (von 1886) praktische Gründe an. Bei erfolgreicher Selbsttötung verwirkt sich das Recht zu einem Strafantrag. Ein Versuch zur Selbsttötung sollte bei dem Betroffenen nicht bestraft werden, da der Gesetzgeber der Ansicht war, dass ein Strafantrag (gegen den Betroffenen oder den Teil-

nehmer) den Betroffenen zu einem neuen Versuch veranlassen könnte.

Zur Grundlage der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung führte der Gesetzgeber aus:

„Die Zustimmung des Betroffenen kann die Strafbarkeit der Lebensbeendigung nicht beseitigen, aber sie gibt dem Tatbestand einen ganz anderen Charakter – das Gesetz bestraft sozusagen nicht mehr den Angriff auf das Leben einer bestimmten Person, sondern die Verletzung der Ehrerbietung gegenüber dem menschlichen Leben im Allgemeinen. Das Verbrechen gegen das Leben bleibt bestehen, der Angriff auf die Person fällt weg.“<sup>1</sup>

Wenn das niederländische Strafgesetzbuch das Berufsrecht des Arztes kommentierte, geschah dies in Fällen, in denen es für jeden (und nicht nur für den Arzt) selbstverständlich war und ist, dass der Arzt „rechtmäßig“ eingreift. Es erscheint mir unwahrscheinlich, dass der Gesetzgeber hier eine Ausnahmeposition für den Arzt als so selbstverständlich empfand, dass er sie nicht im Einzelnen definierte, während er sowohl bei der Abtreibung wie auch bei der Körperverletzung ausführlich darauf einging. Unsere höchsten Richter, der Hohe Rat, hat darum auch zu Recht in einem Urteil über Sterbehilfe (im so genannten Euthanasie-II-Urteil<sup>2</sup>), in dem durch die Verteidigung das Berufsrecht des Arztes eingeschränkt wurde, geurteilt:

1. Aus der Geschichte der Rechtsprechung und der Literatur kann abgeleitet werden, dass wenn ein Arzt der (schweren) Körperverletzung angeklagt würde mit der Begründung, sein Handeln erfülle den Tatbestand des Strafartikels, er sich erfolgreich auf sein Recht als Arzt berufen kann, er habe im Interesse seines Patienten gehandelt;

2. weder die Geschichte des Gesetzes noch eine veränderte gesellschaftliche Auffassung unterstützt die Richtigkeit der Auffassung des Beschuldigten, dass Artikel 293 nicht für den

Arzt geschrieben wurde, der im Rahmen einer wohlabgewägten medizinischen Handlung das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet (ganz abgesehen davon, dass der Richter, wenn die gesellschaftliche Auffassung sich tatsächlich verändern sollte, die durch den Gesetzgeber akzeptierte Ausnahme einer straus-schließenden Wirkung aberkennen könnte).

### *Die Entwicklung der Sterbehilfe in der Rechtsprechung*

Am Ende der sechziger Jahre begann auch unter Juristen eine Diskussion über die Sterbehilfe.<sup>3</sup> Ein Urteil des Landgerichts Leeuwarden aus dem Jahre 1973<sup>4</sup>, das übrigens in den Niederlanden auch das erste bekannte echte Urteil über Sterbehilfe darstellt, markierte eine juristische Wende. In dieser Sache wurde ein Arzt wegen Tötung auf Verlangen verurteilt. Der Arzt hatte angeführt, dass er im rechtfertigenden Notstand gehandelt habe. Das Landgericht wies dies ab mit der Begründung, dass eine weniger eingreifende Behandlung hätte vorgenommen werden können, nämlich die der lebensverkürzenden Schmerzbekämpfung. Der vom Landgericht angehörte Inspektor für die Volksgesundheit erklärte, dass in medizinischen Kreisen die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung in der Sterbephase akzeptiert sei, wenn der Patient unheilbar krank ist, sein Leiden für ihn unerträglich ist, er um Tötung nachgesucht hat und vom behandelnden Arzt oder in Rücksprache mit diesem gehandelt wird. Das Landgericht Leeuwarden schloss sich diesen Ausführungen an, mit Ausnahme jedoch der Formulierung ‚in der Sterbephase‘, die das Gericht nicht in jedem Fall für notwendig erachtete.

Ich weise ausdrücklich auf die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung hin, eine Handlung, die heute im Allgemeinen nicht als Euthanasie, sondern als erlaubte medizinische Handlung angesehen wird.

Dieses Urteil des Landgerichts Leeuwarden von 1973 führte übrigens zur Gründung der niederländischen Vereinigung für die Freiwillige Euthanasie (Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie, NVVE) und der Stiftung für die Freiwillige Euthanasie (Stichting voor vrijwillige euthanasie, SVE). Die SVE löste sich 1985 auf, da sie ihr Ziel erreicht sah.

### *Eigentliche, indirekte und passive Sterbehilfe*

Zu Beginn der Debatte wurde zwischen freiwilliger und unfreiwilliger, aktiver und passiver, direkter und indirekter Euthanasie/Sterbehilfe unterschieden. Innerhalb weniger Jahre hat sich eine andere Unterscheidung durchgesetzt. Es werden seitdem in der Fachliteratur und auch durch den Gesetzgeber die eigentliche Sterbehilfe (Euthanasie), die indirekte Sterbehilfe und die passive Sterbehilfe unterschieden.

#### a) Die eigentliche Sterbehilfe

Als eigentliche Sterbehilfe wird heutzutage nur noch die vorsätzliche Lebensbeendigung durch einen anderen als den Patienten angesehen. Es kann darum von der eigentlichen Sterbehilfe nur gesprochen werden, wenn die Tötungshandlung auf den Wunsch des Betroffenen zurückgeführt werden kann.

Handlungen, die der eigentlichen Sterbehilfe ähneln, sind die so genannte indirekte Sterbehilfe und die so genannte passive Sterbehilfe.

#### b) Die so genannte indirekte Sterbehilfe

Sie betrifft die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung und geschieht mit einer anderen Absicht als die Sterbehilfe, nämlich zur Schmerzbekämpfung. Strafrechtlich gesehen fällt auch diese Handlung unter den Artikel 293 Nl-

StGB. Es handelt sich um einen bedingten Vorsatz, bei dem die Intention des Arztes für den Tatbestand (den Beweis) keine Rolle spielt. Die Intention ist zwar wichtig bei Strafausschließungsgründen, aber nicht in dem Sinne, dass sie selbstständig die Strafausschließung tragen kann. Darum ist die Konstruktion mittels der Strafflosigkeit schwierig, es sei denn, dass die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung als ein normales medizinisches Handeln angesehen wird. Dann könnte die Strafflosigkeit aus dem Berufsrecht des Arztes abgeleitet werden.

c) Die so genannte passive Sterbehilfe

In diesem Fall unternimmt der Arzt nichts. Der Grund kann darin liegen, dass er keine Zustimmung zu einer Handlung bekommen hat (während der Patient diese hätte geben können) oder weil (weiteres) medizinisches Handeln sinnlos wäre. In beiden Fällen besitzt der Arzt keine Pflicht zur Hilfeleistung mehr. Im Gegenteil, der Arzt würde sich strafbar machen, wenn er dennoch handeln würde.

Wenn der Patient nicht in der Lage ist seinen Willen zu äußern und dem Arzt auch weiteres nicht über den Willen des Patienten bekannt ist, dann darf der Arzt so handeln, wie er es für verantwortbar hält (Buch 7, Art. 450, Absatz 3 BW).

*Kriterien für straflose Sterbehilfe*

Das Landgericht Leeuwarden hat allgemeine Bedingungen erstellt, unter denen lebensverkürzende Schmerzbekämpfung straflos sein kann.

Auch andere Amtsgerichte haben solche Kriterien formuliert; meistens jedoch für die eigentliche Sterbehilfe. Im Großen und Ganzen weichen sie nicht prinzipiell voneinander ab. Der Hohe Rat der Niederlande hat hingegen

einen allgemeinen Rahmen vorgegeben. Für die Strafflosigkeit eignet sich am besten der allgemeine Strafausschließungsgrund ‚rechtfertigender Notstand‘. Dieser Grund ist sehr weit formuliert, und es ist nicht beabsichtigt, ihn als solchen weiter einzuschränken. Zum anderen wollte der Hohe Rat durch die Formulierung von allgemeinen Kriterien wahrscheinlich nicht (zu schnell) als eine Art Pseudo-Gesetzgeber auftreten.

Für einen rechtfertigenden Notstand ist es erforderlich, dass das Ziel der Handlung gerechtfertigt ist und dass der Arzt eine rationale Entscheidung auf Grund einer Pflichtenkollision trifft, ohne sich von der Situation überwältigen zu lassen. Die Pflichtenkollision entsteht dann, wenn die Meinung vertreten wird, mit der Sterbehilfe ließe sich ein höheres Ziel verfolgen als das, welches der Gesetzgeber mit den Artikeln 293 und 294 schützen wollte. Das Interesse des Patienten (ein Ausweg aus seiner Notsituation zu finden) steht hier dem gesetzlich geschützten Interesse gegenüber (dem Schutz des menschlichen Lebens im Allgemeinen). Wenn die Berufung auf das Vorliegen eines rechtfertigenden Notstands Erfolg haben soll, dann muss objektiv feststehen, dass das angestrebte Ziel von höherem Wert ist als das gesetzliche Ziel. Außerdem muss der Arzt nicht auf eine andere, weniger eingreifende Weise das Ziel erreichen können, zum Beispiel durch schmerzlindernde Mittel.

Gerade in der allgemein gehaltenen Umschreibung der Zulässigkeit der Sterbehilfe kommt meiner Meinung nach gut zum Ausdruck, wie in den Niederlanden (auf jeden Fall den juristischen Niederlanden) die Strafbarkeit beziehungsweise Strafflosigkeit der Sterbehilfe gesehen wird.

Nun die Erläuterungen, die der Hohe Rat 1986 zum Euthanasie-II-Urteil gab.

Die Abwägung der entgegengesetzten Pflichten und Interessen muss sorgfältig geschehen, um festzustellen, ob nach wissenschaftlich verantworteter medizinischer Ein-

sicht und gemäß der in der medizinischen Ethik geltenden Normen, eine Situation vorhanden war, die als rechtfertigender Notstand anerkannt werden muss'. Als Faktoren, die dabei eine Rolle spielen können, nannte der Hohe Rat:

1. „ob und, für den Fall einer bejahenden Antwort, inwieweit nach fachkundig medizinischer Einsicht ein ständig weitergehender Abbau ... und/oder eine noch zunehmende Verschlechterung des durch den Patienten doch schon als unerträglich erfahrenen Leidens erwartet werden konnte,

2. ob, im Zusammenhang mit der Möglichkeit von neuen Rückfällen, zu erwarten war, dass der Patient – ... – in absehbarer Zeit nicht mehr auf würdige Weise sterben könnte, und

3. ob und, bei positiver Antwort, inwieweit noch Möglichkeiten bestanden zur Verminderung des Leidens.“<sup>5</sup>

Im Chabot-Urteil aus dem Jahre 1994<sup>6</sup> führte der Hohe Rat dies wie folgt aus: Wenn der Arzt sich auf einen rechtfertigenden Notstand beruft, dann muss der Richter untersuchen: ob der Arzt, im Besonderen gemäß wissenschaftlich verantworteter medizinischer Einsicht und gemäß der in der medizinischen Ethik geltenden Normen, aus untereinander streitenden Pflichten eine Wahl getroffen hat, die, objektiv gesehen und im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles, als gerechtfertigt zu erachten sind.

Beide Zitate zeigen, wie stark die eigentliche Sterbehilfe in einem medizinischen Rahmen verankert ist. Das lässt nur wenig oder gar keinen Raum für Nicht-Ärzte in Bezug auf mögliche Straflosigkeit bei der eigentlichen Sterbehilfe. Bis heute hat es auch noch keine richterliche Entscheidung gegeben, in der die Sterbehilfe durch einen Nicht-Arzt straflos geblieben wäre. Das heutige Meldeverfahren, das einen besonderen Strafausschlussgrund für den Arzt beinhaltet, hat diesen Gesichtspunkt noch verstärkt.

Das die eigentliche Sterbehilfe durch einen Arzt geschehen muss, bedeutet jedoch nicht, dass diese Hilfe als eine Art des normalen medizinischen Handelns aufgefasst wird. Häufig wird gesagt, dass es kein medizinisches Handeln ist, sondern Handeln durch einen Arzt.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Vorbereitung des heutigen Meldeverfahrens dieses Handeln als nicht normales medizinisches Handeln typisiert. Damit verband er als Konsequenz, dass die eigentliche Sterbehilfe nicht nur unter der Hauptverantwortung eines Arztes geschehen muss, sondern auch, dass er diese Hilfe persönlich erbringen muss. Mit anderen Worten: Er kann diese Handlung nicht an einen Assistenten oder einen Krankenpfleger delegieren.<sup>7</sup>

### *Auf dem Weg zur heutigen gesetzlichen Regelung*

Erst bestand das Verbot und die allgemeinen Strafausschließungsgründe. Von den letzten kamen nur die Rechtfertigungsgründe in Betracht. In der Rechtsprechung wurden Kriterien formuliert, aus denen der Arzt ableiten konnte, unter welchen Voraussetzungen er straffrei Sterbehilfe gewähren darf. Diese Kriterien hat die Rechtsprechung zum größten Teil aus der Medizin übernommen, und die niederländische Ärzteorganisation<sup>8</sup> hat viel getan, um diese Bedingungen bei den Ärzten zu verbreiten. Das war anscheinend nicht ausreichend. Ärzte fanden es schwierig zu akzeptieren, dass die Justiz sich mit dem Arzt beschäftigt, der Sterbehilfe gewährt. Von Seiten der Ärzte wurde deshalb darauf gedrängt, die Sterbehilfe durch den Arzt aus dem Strafrecht zu streichen.

Der erste Gesetzentwurf zur Sterbehilfe datiert vom 12. April 1984.<sup>9</sup> Er stammt von Frau Wessel-Tuinstra, dem Mitglied einer kleinen liberalen Partei (D'66), die die Zeit für reif und die Situation für dringend erachtete, um zu ei-

ner gesetzlichen Festlegung der straflosen Sterbehilfe zu kommen. Darum hat sie auch nicht den Bericht der im Jahre 1982 durch die Regierung einberufenen Staatskommission Sterbehilfe abgewartet. Deren Rapport erschien im Herbst 1985.<sup>10</sup> Der darin aufgenommene Mehrheitsstandpunkt, den ich den Vorschlag der Staatskommission nenne, beeinflusste den ersten Gesetzentwurf der Regierung zur Sterbehilfe, der einige Monate später erschien.<sup>11</sup>

In diesen drei Entwürfen (Wessel-Tuinstra, Staatskommission, Regierung) wurde ein besonderer Strafausschließungsgrund<sup>12</sup> aufgenommen und es wurden darin auch – abgesehen von kleinen Unterschieden – die folgenden Bedingungen genannt:

1. Das Verlangen des Patienten ist freiwillig zustande gekommen, nachdem er ausreichend über seine Situation informiert worden war;

2. der Arzt war der Überzeugung, dass der Patient sein Verlangen um Sterbehilfe nach sorgfältiger Abwägung und freiwillig geäußert hat;

3. der Arzt hat einen anderen unabhängigen Arzt um Rat gefragt;

4. der Arzt muss ein Tagebuch führen, in dem er den Situationsverlauf beschreibt;

5. wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern, kann der Arzt aufgrund einer schriftlichen Erklärung des Patienten gegebenenfalls Sterbehilfe leisten, wenn er überzeugt ist, dass der schriftliche Wunsch freiwillig und gut abgewogen zustande gekommen ist.

Auf der Seite des Patienten ist vor allem nötig, dass dieser sich in einer „aussichtslosen Notsituation“ befindet. Im damaligen Regierungsentwurf wurde von „Sterbensbegleitung“ und „konkreter Todeserwartung“ gesprochen.

Allen drei Entwürfen lag dieselbe Auffassung hinsichtlich der eigentlichen, indirekten und passiven Sterbehilfe zu Grunde, in zwei Entwürfen wurde vorgeschlagen, dies

auch gesetzlich festzulegen; Wessel-Tuinstra fand es überflüssig, das Selbstverständliche in einem Gesetzesartikel zum Ausdruck zu bringen.

Die Entwürfe der liberalen Partei und der Regierung sollten im Februar 1986 im Parlament besprochen werden. Im letzten Augenblick stellte die Regierung den Antrag, von einer parlamentarischen Beratung abzusehen, da sie selbst einen neuen Entwurf vorstellen wollte. Inzwischen war nämlich nicht nur von juristischer Seite Kritik geäußert worden, sondern es zeigte sich auch, dass es im niederländischen Volk über die Frage der eigentlichen Sterbehilfe mehr Dissens gab, als dies noch vor längerer Zeit den Anschein hatte. Frau Dessaur, Professorin für Kriminologie in Nijmegen, hatte in sehr eindringlichen Worten in einer wissenschaftlichen Zeitschrift für Strafrecht Parallelen zwischen der eigentlichen Sterbehilfe und der Euthanasie unter Hitler in Deutschland gezogen.<sup>13</sup> Dies war schon dem Titel zu entnehmen: Euthanasie – der Selbstmord an kranken und alten Menschen.

In der gesellschaftlichen Debatte zeichneten sich schließlich drei Richtungen ab. Die erste wollte keine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe, sondern eine Lösung durch die Rechtsprechung, wobei die Rechtsprechung sich der medizinischen Rechtfertigung (Berufsrecht des Arztes) und/oder dem rechtfertigenden Notstand bedienen konnte. Eine gesetzliche Regelung fand diese Richtung überflüssig beziehungsweise zu wenig flexibel. Eine zweite Richtung befürwortete eine Liberalisierung der Gesetzgebung, wobei der Entwurf Wessel-Tuinstra den meisten Anklang fand, während eine dritte Partei die bestehende Gesetzgebung beibehalten wollte.

Die Regierung stellte am 11. Dezember 1987 einen neuen Entwurf vor.<sup>14</sup>

Im Strafgesetzbuch sollte ausschließlich der Wortlaut des Artikels 293 redaktionell (und nicht inhaltlich) der

heutigen Zeit angepasst werden. Die übrige Regelung sollte in das Gesetz zur Ausübung der Gesundheitskunde<sup>15</sup> aufgenommen werden. In diesem Gesetz sollte unter anderem ein Artikel verankert werden, der die Kriterien aufführte, unter denen eine erfolgreiche Berufung auf den rechtfertigenden Notstand bei Sterbehilfe wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher war. Die Kriterien waren im Großen und Ganzen in Übereinstimmung mit denjenigen, die in der Rechtsprechung formuliert waren und die auch in den ersten drei Entwürfen, die ich oben angeführt habe, genannt wurden. Für den Rechtfertigungsgrund wurde auf den rechtfertigenden Notstand verwiesen, der seiner Art nach ein offener Rechtfertigungsgrund ist. Dieses, meiner Meinung nach, aus strafrechtlicher Sicht merkwürdige Konstrukt, nämlich eine Art berufsbezogener rechtfertigender Notstand, sollte damit also doch in einem Gesetz niedergelegt werden, ohne allerdings eine Garantie zu beinhalten, während von Seiten der Richter die Bindung an die Kriterien sehr zweifelhaft war.

Mein Eindruck war, dass dieser Entwurf eine große Erfolgsaussicht hatte, gerade weil damit nichts prinzipiell festgelegt war. Ich habe damals gesagt, dass ich eine derartige Regelung für überflüssig halte, aber dass sie auch keine nachteiligen Effekte hat.<sup>16</sup> Sterbehilfe durch einen Arzt würde glücklicherweise auch weiterhin von Fall zu Fall beurteilt werden. Das hielt ich im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der Situationen und im Zusammenhang mit den großen Interessen, die hierbei auf dem Spiel standen, für sehr wichtig.

Aber es ist anders gelaufen. 1989 trat die Regierung zurück. In der Koalitionsvereinbarung der neuen Regierung wurde festgestellt, dass kein wirkliches Bedürfnis über Art und Umfang der Praxis der Sterbehilfe bestünde. Im Jahre 1990 wurde die Kommission zur Untersuchung der medizinischen Praxis die Sterbehilfe betreffend gebildet.<sup>17</sup> Um die

Ärzte zur Mitarbeit zu motivieren, wurde ausdrücklich angemerkt, dass die Untersuchung anonym geschehen würde. Außerdem wurde vom 2. November 1990 an eine nationale Meldeprozedur für alle möglichen Arten der Sterbehilfe eingeführt. Ihr Untersuchungsfeld bezog sich auf die so genannten MEL's, die medizinischen Entscheidungen rund um das Lebensende. Darunter verstand man alle Entscheidungen, die zum Ziel haben oder mit zum Ziel haben, durch lebensverkürzende Handlungen oder solche, bei denen jedenfalls mit einer Lebensverkürzung gerechnet werden muss, das Leiden zu beenden.

Die Untersuchung aus dem Jahre 1990 wies nach, dass in den Niederlanden jährlich ungefähr 130.000 Menschen sterben. In 87.000 Fällen kann der Arzt eine medizinische Entscheidung rund um das Lebensende treffen, in 49.000 Fällen macht er das auch. Die 49.000 Fälle betreffen:

- 22.500 mal das Absehen von medizinisch sinnlosem Handeln;
- 22.500 mal lebensverkürzende Schmerzbekämpfung;
- 5.800 mal das Beenden oder Nichtanfangen mit einer Behandlung auf Verlangen des Patienten;
- 2.300 mal Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten;
- 1.000 mal aktive Lebensbeendigung des Patienten ohne entsprechende Willenserklärung des Patienten.

In einer Zahl von Fällen, in denen der Patient sich wohl zur Lebensbeendigung hätte äußern können, hat der Arzt die Kommission nicht darüber informiert. 20 % der Ärzte gaben als Grund an, dass es nicht nötig sei mit dem Patienten gemeinsam zu überlegen, weil der Arzt wüsste, was das Beste für den Patienten wäre.

Andere, meiner Meinung nach doch ziemlich erstaunliche Zahlen waren:

- 70 % der Ärzte gaben zu Unrecht einen Totenschein ab;
- 22 % der Ärzte waren unter keinen Umständen bereit, Sterbehilfe auf Verlangen zu melden;

- 30 % waren der Meinung, dass die Untersuchung durch die Staatsanwalt stattfinden müsse; 3 % meinten, dass dies eine Aufgabe für den kommunalen Leichenbeschauer sei und 37 % waren der Meinung, dass diese Aufgabe beim medizinischen Inspektor liegen müsste.

Im Jahre 1991 hatte die Regierung das Ei des Kolumbus gefunden. Sie stellte das seit dem 1. November 1990 geltende Meldeverfahren als Basis für ein strukturelles Meldeverfahren vor.

Das neue Meldeverfahren war für Sterbehilfe auf Verlangen und für Sterbehilfe ohne Zustimmung vorgesehen, also nicht für die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung. Sterbehilfe ohne Zustimmung sei kein normales medizinisches Handeln, befand die Regierung (aber das ist Sterbehilfe auf Verlangen auch nicht). Dies wurde in der Rechtsprechung nicht akzeptiert, während nach Meinung der Regierung es erwünscht war, dass der Richter sich hierüber auslässt.

Am 1. Juni 1994 wurde das neue Meldeverfahren eingeführt. Nach geleisteter Sterbehilfe muss der Arzt Fragen beantworten, und die Antworten werden durch den kommunalen Leichenbeschauer der Staatsanwaltschaft vorgelegt, die danach über eine Anklageerhebung entscheidet, wobei sie sich an die damals bestehende Rechtsprechung hält. Das Meldeverfahren ist gedacht als ein prozedurales Verfahren zur Lebensbeendigung durch einen Arzt. Der Gesetzgeber war der Meinung, dass die Untersuchung nach der Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten im Allgemeinen nicht zur Anklageerhebung führen würde, während dies sehr wohl der Fall wäre bei der Lebensbeendigung ohne Zustimmung des Patienten.

Das Meldeverfahren 1994 verlief wie folgt. Wenn der Arzt keine Sterbeurkunde abgibt, dann muss er den kommunalen Leichenbeschauer informieren. Wenn der Arzt

im Sinne des Meldeverfahrens lebensbeendigend gehandelt hat, dann meldet er dies und beantwortet die entsprechenden Fragen. Der Arzt übergibt danach eine entsprechende Liste an den kommunalen Leichenbeschauer. Dieser untersucht den Leichnam und erklärt – sofern dies der Fall ist –, dass der Arzt ihm mitgeteilt habe, dass der Tod eingetreten ist als Folge einer Lebensbeendigung auf Verlangen, durch Selbsttötung des Patienten, wobei der Arzt Hilfestellung geleistet habe oder als Folge der Lebensbeendigung ohne Zustimmung. Auch hält der Leichenbeschauer fest, ob er vom Arzt eine schriftliche Willenserklärung des Patienten erhalten hat. Der Leichenbeschauer schickt seinen Bericht an den Staatsanwalt, der den Fall weiter untersucht. Wenn dieser der Ansicht ist, dass Anklage erhoben werden muss, dann legt er den Fall der General-Staatsanwaltschaft vor, die definitiv über eine Anklageerhebung entscheidet.

Ich nenne zwei Kritikpunkte bei diesem Meldeverfahren von 1994. Zum Ersten ist es bedauerlich, dass sowohl die Lebensbeendigung auf Verlangen als auch die Lebensbeendigung ohne Zustimmung in einem Verfahren behandelt wurden. Hierdurch konnte der Eindruck entstehen, dass auch Lebensbeendigung ohne Zustimmung zulässig ist. Zum Zweiten ist es schade, dass die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung nicht unter das Meldeverfahren 1994 fiel, da sie doch häufig angewandt wird.

Die erste Untersuchung nach Einführung dieses neuen Verfahrens zeigte, dass einige Ärzte mit diesem Verfahren Mühe hatten. Sie lehnten es wegen der bürokratischen Formalitäten ab. Und sie machten deutlich, dass sie deshalb Sterbehilfe nicht melden würden.

Auch das Meldeverfahren 1994 war nach Meinung der Ärzte noch zu strafrechtlich ausgerichtet.

### *Das heutige Meldeverfahren*

So kam es dann schließlich und endlich zum heutigen Melde- und Überprüfungsverfahren, das ich verkürzt Meldeverfahren nenne. Die Artikel 293 Absatz 1 und 294 Absatz 1 sind extra für den Arzt geschrieben, der am Verfahren teilnimmt.<sup>18</sup> Die wichtigsten Bedingungen für straffreie Sterbehilfe im Sinne des Meldeverfahrens sind:

- das Handeln darf nur auf ausdrückliches Verlangen des Patienten geschehen;
- der Patient muss gut informiert sein über seine Situation und den Verlauf der Krankheit;
- die Handlung darf nur durch einen Arzt ausgeführt werden; dieser Arzt muss der behandelnde Arzt sein;
- der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist;
- Arzt und Patient müssen überzeugt sein, dass es keine angemessene andere Lösung gibt;
- der behandelnde Arzt muss einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuziehen. Der zweite Arzt muss den Patienten gesehen haben und sein Urteil schriftlich abgeben, wobei er auf die Sorgfaltskriterien eingehen muss.

### *Der Verlauf des Verfahrens*

Wenn der Arzt oder der Leichenbeschauer davon überzeugt ist, dass der Tod nicht infolge einer natürlichen Ursache eingetreten ist, darf er keinen Totenschein ausstellen.

Wenn der Tod eine Folge der Sterbehilfe im Sinne der Artikel 293 Absatz 2 oder 294 Absatz 2 ist, also Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung, dann muss der Arzt die Ursache des Todes dem kommunalen Leichenbeschauer melden. Außerdem muss der Arzt einen

begründeten Bericht beifügen. Der Bericht besteht im Kern aus einem auszufüllenden Fragenkatalog.<sup>19</sup>

Wenn der Leichenbeschauer der Auffassung ist, dass er keinen Totenschein ausstellen kann, dann muss er unverzüglich dem Staatsanwalt Meldung machen. Ist der Tod eine Folge der Sterbehilfe im Sinne des Meldeverfahrens, dann meldet der Leichenbeschauer dies auch unverzüglich an die Regionale Kontrollkommission. Dieser sendet er auch den Bericht des Arztes zu. Die Staatsanwaltschaft erhält diesen Bericht im Allgemeinen also nicht.

Der kommunale Leichenbeschauer spielt in dem heutigen Meldeverfahren eine geringere Rolle als in dem früheren. Er beurteilt nicht im Detail, ob die Sorgfaltsbedingungen eingehalten wurden, aber er muss die Situation so gut beurteilen können, dass er ernsthafte Unregelmäßigkeiten bemerken und an die Staatsanwaltschaft weiterleiten kann; er prüft also marginal. Der Leichenbeschauer spricht darüber hinaus auch mit dem Arzt. Außerdem besitzt der Leichenbeschauer eine weitere Signalfunktion für die regionale Kontrollkommission<sup>20</sup>, der er ebenfalls Unregelmäßigkeiten mitteilen kann. Auch Dritte können den Leichenbeschauer benachrichtigen, wenn Zweifel über die Todesursache bestehen.

Die Regionale Kontrollkommission muss im Allgemeinen innerhalb von sechs Wochen (der Termin kann einmal verlängert werden) eine Entscheidung treffen. Die Entscheidung betrifft den Tatbestand, ob die Sterbehilfe entsprechend den Sorgfaltsbedingungen geleistet wurde. Nur im letzteren Fall übermittelt sie ihre Entscheidung an den Staatsanwalt. Dieser entscheidet dann, ob eine Anklage erhoben werden soll.

Welche Rolle spielt in diesem Verfahren die Staatsanwaltschaft? In den Niederlanden kann nur die Staatsanwaltschaft eine Anklage erheben. Sie hat das sogenannte Verfolgungsmonopol. Die Niederländische Staatsanwalt-

schaft muss aber nicht immer eine Anklage erheben, wenn der Verdacht einer Straftat besteht. Sie kann davon aus Gründen der Opportunität absehen. Dies wurde bisher, d. h. bevor das heutige Gesetz in Kraft trat, häufig bei Drogendelikten und bei der Sterbehilfe auch so gehandhabt.

Ist mit dieser Regelung die Staatsanwaltschaft nicht, de facto, ausgeschaltet? Auf jeden Fall wird sie auf eine große Distanz gesetzt. Nach Meinung des Gesetzgebers hat sich eigentlich nichts geändert. Der Staatsanwalt erhält weiterhin die Meldung über einen unnatürlichen Tod, und dann steht es ihm frei, Ermittlungen einzuleiten.

Er muss nur in genügendem Maße von der strafrechtlich relevanten Schuld des Arztes überzeugt sein, so dass dieser als Verdächtiger betrachtet werden kann. Dies aber, so sagt der Gesetzgeber, ist erst dann der Fall, wenn die zuständige Regionale Kontrollkommission erklärt, dass der Arzt nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt hat, oder wenn der Staatsanwalt aus einer anderen Quelle Information erhalten hat, die der Regionalen Kontrollkommission nicht zur Verfügung standen und die zu einem begründeten Verdacht führen.<sup>21</sup> Früher bestand Anlass zu einer Untersuchung, wenn die Staatsanwaltschaft eine Mitteilung erhielt, dass kein Totenschein ausgestellt worden war, weil der Verdacht auf einen unnatürlichen Tod bestand.

Das Meldeverfahren gilt nur für die eigentliche Sterbehilfe, also für Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten. Eine Regionale Kontrollkommission kann natürlich im Rahmen ihrer Untersuchungen überzeugt sein, dass in einem konkreten Fall kein Verlangen vorhanden war. In diesem Fall bewertet sie nicht die Zulässigkeit des Handelns, sondern sie sendet ihre Beurteilung an den Staatsanwalt.

Über eine Anklageerhebung bei Sterbehilfe im Sinne des Melde- und Prüfungsverfahrens oder Lebensbeendigung ohne Zustimmung des Patienten, entscheidet wiederum die General-Staatsanwaltschaft.

*Erläuterungen zu einigen Kriterien*

a) Die Rolle des Verlangens und die Situation des Patienten  
Was ist ausschlaggebend für die Einwilligung des Tötungsversuches? Die medizinische Situation, so wie der Arzt sie sieht, oder das Todesverlangen des Patienten? Wenn man die Beurteilung der Situation des Patienten aus medizinischer Sicht für ausschlaggebend hält, dann ist es der Arzt, der die Entscheidung fällt. Und dieses befürworte ich nicht. Über die aktive Beendigung des Lebens kann, wenn überhaupt, nur der Patient selbst entscheiden. Aber er kann diese nicht erzwingen.<sup>22</sup>

In den Niederlanden ist die Rolle der Selbstbestimmung des Patienten immer wichtiger, wie es auch das Gesetz über den ärztlichen Behandlungsvertrag<sup>23</sup> zeigt. Im engeren Sinn ist auch das Abtreibungsgesetz Ausdruck der Selbstbestimmung (in diesem Fall der Frau).

Eigentliche Sterbehilfe kann meiner Meinung nach nur zulässig sein, wenn sie auf ausdrückliches Verlangen des Patienten geschieht. Wenn der Patient seinen Willen nicht kenntlich machen kann und auch keine schriftliche Willenserklärung vorliegt, dann darf keine Sterbehilfe gewährt werden. Dabei halte ich es nicht für wichtig, ob der Patient eher in der Lage war ein Lebenstestament zu erstellen oder nicht. In beiden Fällen liegt keine ausdrückliche Entscheidung des Patienten zur Sterbehilfe vor.

Eigentliche Sterbehilfe kann aber nicht nur auf die Selbstbestimmung des Patienten zurückgeführt werden. Der Patient besitzt keine freie Entscheidung über sein Leben als Ausdruck der Rechtsordnung. Voraussetzung ist immer auch ein bestimmter Zustand des Patienten.

b) Der Zustand des Patienten

Das Gesetz umschreibt den Zustand des Patienten als aussichtslos und sein Leiden als unerträglich.<sup>24</sup> Der Arzt und

der Patient müssen zu der Überzeugung gelangen, dass das Leiden unerträglich ist. Der Patient muss sich nicht in einer terminalen Phase befinden. Dies ist auch schon seit längerer Zeit der Standpunkt der Rechtsprechung.<sup>25</sup>

Wie aussichtslos muss die Situation des Patienten aus medizinischer Sicht sein? Eine (weitere) Behandlung muss auf jeden Fall keine Verbesserung bringen können, während der Patient unerträglich leidet. Neben der medizinischen Beurteilung steht die Einschätzung der Lebensqualität. Hierfür ist die Beurteilung des Patienten maßgeblich. Angesichts der Aussichtslosigkeit muss das medizinische Handeln nicht notwendigerweise sinnlos sein. Die Rechtsprechung hat entschieden, dass Sterbehilfe auf Verlangen durch einen Arzt straflos ist, wenn der Verlauf der Krankheit zu einer weiteren Verschlechterung des Zustandes des Patienten führt, so dass dieser in absehbarer Zeit nicht mehr in Würde sterben kann. Der Arzt hat bei der Beurteilung eine marginale Rolle: Er muss die Entscheidung des Patienten auf Grund seiner Einschätzung der Situation billigen können, auch wenn er zum Beispiel für sich selber, wenn er in der gleichen Situation wäre, eine andere Entscheidung treffen würde.

### c) Die Konsultation

Das der konsultierte Arzt den Patienten auch selbst sehen muss, ist eine Bedingung, die in früheren Entwürfen nicht vorgesehen war. In der Rechtsprechung wurde diese Bedingung bis auf einen Fall nie gestellt. Das passt auch nicht so gut zum offenen Charakter des rechtfertigenden Notstands. Der Hohe Rat hat im Chabot-Urteil<sup>26</sup> 1994 ausgeführt, dass bei einem Patienten mit einer somatischen Krankheit oder Erkrankung für eine erfolgreiche Einberufung des rechtfertigenden Notstands nicht einmal eine Konsultation erforderlich ist. Der Hohe Rat sieht dies anders bei einem Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Wegen der dabei bestehenden Unsicherheit über die

Willensfreiheit des Patienten, die Situation, in der er sich befindet, den Ernst des Leidens und die Aussichtslosigkeit des Leidens – und im Zusammenhang damit die Frage, ob andere Möglichkeiten bestehen als die (Hilfe zur) Lebensbeendigung –, fordert der Hohe Rat, dass der konsultierende Arzt den Patienten und seine Situation untersucht.

Während ich aus strafrechtlicher Sicht Schwierigkeiten habe mit dieser Forderung, befürworte ich diese Niederlegung in einem Gesetz. Ich sehe sie als ein wünschenswertes Kontrollinstrument.

d) Die strafrechtliche Bedeutung der einzelnen Bedingungen  
Was in dem heutigen Verfahren weniger gut gelungen ist, ist die strafrechtliche Gewichtung der einzelnen Bedingungen. Wenn man sich das Verfahren anschaut, dann könnte jeder Punkt gleich wichtig sein. Das war jedoch nicht die Absicht des Gesetzgebers. Der gab an, dass nicht jede Bedingung gleich viel Gewicht auf der Waagschale erhält. Die ersten zwei Bedingungen (aussichtslos und unerträglich, Leiden und sein Verlangen) sah er als inhaltliche Kriterien, die beiden letzten Bedingungen als mehr prozedural.<sup>27</sup> Was der Gesetzgeber mit der Gewichtung gemeint hat, ist nicht ganz deutlich. Es sollte aber so sein, dass die Einhaltung der Bedingungen zur Tatbestandserfüllung des Artikels 293 oder 294 gehört, während die Höhe der Strafe durch die nicht eingehaltenen Bedingungen bestimmt wird.

e) Der besondere Rechtfertigungsgrund und die allgemeinen Strafausschließungsgründe

Übrigens schließt der besondere Rechtfertigungsgrund die Berufung auf einen allgemeinen Strafausschließungsgrund nicht aus. Der Gesetzgeber dachte dabei an einen Schuldausschließungsgrund.<sup>28</sup> Solch eine Berufung auf einen Strafausschließungsgrund sollte meiner Meinung nach in fast allen Situationen erfolglos bleiben (und ich hoffe,

dass ich Recht habe). Ein allgemeiner Rechtfertigungsgrund geht von einer sorgfältigen Abwägung von Interessen und überhaupt von einem sorgfältigen Handeln aus. Wenn ein Arzt den Bedingungen des besonderen Rechtfertigungsgrundes nicht nachkommt, dann hat er nicht sorgfältig gehandelt. Kann er sich dann noch erfolgreich auf einen Schuldausschließungsgrund berufen? Ein Arzt und eine Schuldausschließung passen im niederländischen Strafrecht nicht zusammen. Der Arzt hat eine verantwortungsvolle Position, das niederländische Strafrecht spricht von einer Garantstellung (und gebraucht dabei das deutsche Wort), die Schuldausschließung beinahe immer ausschließt.

#### *Der minderjährige Patient und die normale medizinische Behandlung*

Die Volljährigkeit fängt in den Niederlanden mit 18 Jahren an. Wie wird vorgegangen, wenn der Patient minderjährig ist? Für die normalen medizinischen Handlungen gilt das Gesetz über den ärztlichen Behandlungsvertrag (WGBO: Buch 7, Art. 450 BW). Das unterscheidet bei den minderjährigen Patienten zwischen Patienten, die jünger als 12 Jahre, zwischen 12 und 16 Jahre und, um mit der letzten Kategorie zu beginnen, die über 16 Jahre alt sind. Patienten ab 16 Jahren werden, im Sinne des WGBO für volljährig gehalten.

Bei Patienten zwischen 12 und 16 Jahren ist im Allgemeinen die Zustimmung der Eltern oder des Vormundes erforderlich. Aber wenn eine Handlung notwendig ist, um einen ernsthaften Nachteil für den Patienten abzuwenden, oder wenn der Patient auch nach der Weigerung der Eltern auf eine Behandlung drängt, kann der Arzt die Weigerung der Eltern/des Vormunds ignorieren.

Ist der Patient jünger als 12 Jahre, dann entscheiden seine Eltern oder sein Vormund für ihn.

Diese Regelung trifft auch dann zu, wenn es um die Verweigerung einer (weiteren) Behandlung oder das Nicht-Erlauben der Zustimmung geht.

### *Der minderjährige Patient und die Sterbehilfe*

Nun zur Regelung der Sterbehilfe bei minderjährigen Patienten. Auch da wird zwischen denselben Kategorien unterschieden.

Bei Patienten zwischen 16 und 18 Jahren gilt, dass der Arzt dem Verlangen zur Sterbehilfe nachkommen darf, wenn der Patient seine Interessen verantworten kann (wovon der Arzt in diesem Lebensalter im Allgemeinen ausgehen darf) und der Arzt in seine Entschlussfassung zuvor noch die Eltern oder den Vormund miteinbezogen hat. Diese haben aber kein Vetorecht.

Anders verhält es sich bei einem Patienten zwischen 12 und 16 Jahren. Der Arzt darf hier nur dann der Bitte des Patienten um Sterbehilfe nachkommen, wenn auch die Eltern oder der Vormund damit einverstanden sind.

### *Die schriftliche Willenserklärung zur Sterbehilfe*

Entscheidend ist, dass der Patient ab 16 Jahren seinen Wunsch zur Sterbehilfe zum aktuellen Zeitpunkt äußert. Nur wenn er dazu nicht in der Lage ist, darf eine schriftliche Willenserklärung diesen Platz einnehmen. Diese Erklärung hat eine unbeschränkte Geltungsdauer. Entscheidend ist nur, dass der Patient zum Zeitpunkt der Niederschrift in der Lage war, seine Interessen gut einzuschätzen.

Uneinheitlich ist die Rolle der schriftlichen Willenserklärung bei einem minderjährigen Patienten, der älter als 16 Jahre ist, der nicht mehr in der Lage ist, seinen Wil-

len zu äußern und der aber zuvor ein Lebenstestament abgelegt hat. Das Gesetz fordert nicht mehr als dass der Patient zum Zeitpunkt der schriftlichen Willenserklärung in der Lage war, seine Interessen gut einzuschätzen. Es ist demnach möglich, dass ein Patient, der zum Zeitpunkt der Behandlung 16 Jahre alt ist, im Alter von 15 Jahren bereits eine schriftliche Willenserklärung abgelegt hat. Dann kann der Arzt unter den genannten Bedingungen der schriftlichen Willenserklärung folgen, auch wenn die Eltern oder der Vormund damit nicht einverstanden sind. Das ist etwas Besonderes, weil Buch 7, Art. 450, Absatz 2 WGBO bei 15-Jährigen im Allgemeinen die Zustimmung der Eltern erfordert. Das Gesetz schließt nicht einmal schriftliche Willenserklärungen aus, die von Patienten zu einem Zeitpunkt abgegeben wurden, als sie jünger als 12 Jahre waren.

Der Gesetzgeber führt hierzu aus: „Wir halten es im Prinzip für denkbar, dass in den in einer schriftlichen Willenserklärung eines 14-Jährigen aufgenommenen Wunsch nach Sterbehilfe im Falle eines irreversiblen Komas Jahre später eingewilligt wird, wenn diese Situation wirklich eintritt.“<sup>29</sup> An einer anderen Stelle sagte er: „Wenn eine schriftliche Willenserklärung durch einen Zwölfjährigen aufgestellt wird und genügend deutlich ist und auch keine Anzeichen vorhanden sind, dass der Betroffene später anders über Krankheit und Tod denkt, dann hat seine Willenserklärung die Rechtskraft, wie sie in Artikel 2 Absatz 2 beschrieben ist.“<sup>30</sup>

Während ich an eine schriftliche Willenserklärung im Allgemeinen keine zeitliche Beschränkung knüpfe (es liegt in der Verantwortung des Verfassers dieses Dokuments für aktuelle Anpassungen zu sorgen), meine ich, dass es gut wäre, eine Ausnahme in den Situationen zuzulassen, in denen die schriftlichen Willenserklärungen durch minderjährige Patienten aufgestellt werden.

Über minderjährige Patienten, die jünger als zwölf Jahre alt sind, sagt der Gesetzgeber, dass sie im Allgemeinen nicht in der Lage sind, eine solche Entscheidung verantwortungsvoll zu treffen. Etwas weiter im Text steht es noch etwas deutlicher, dass nämlich das Meldeverfahren keine Anwendung bei minderjährigen Patienten findet, die jünger als zwölf Jahre alt sind.<sup>31</sup>

### *Lebensbeendigung ohne Zustimmung des Patienten*

Wenn ich über Lebensbeendigung durch einen Arzt spreche als eine durch den Arzt beabsichtigte Sterbehilfe, dann meine ich eine Lebensbeendigung, die ohne Zustimmung des Patienten geschieht. Anders als bei der Sterbehilfe auf Verlangen, kann Lebensbeendigung sowohl durch ein Handeln als auch durch ein Nichthandeln geschehen, also sowohl aktiv als auch passiv sein.

Mit dem Beginn der Diskussion über Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten fing auch die Diskussion über die Lebensbeendigung von willensunfähigen Patienten an. Das konnten Patienten sein, die erst im Laufe der Zeit willensunfähig wurden oder schon von Beginn an willensunfähig waren. Vor allem aus der Kinderheilkunde und im Zusammenhang mit komatösen Patienten wurden Stimmen laut, lebensbeendendes Handeln zu ermöglichen, das heißt zu legalisieren. Ich nenne einige Daten.

1988 erschien eine Diskussionsnotiz der Kommission Akzeptanz Lebensbeendigendes Handeln (CAL) von der KNMG über Lebensbeendigung von Neugeborenen.

1989 erscheint ein Zwischenrapport der Niederländischen Vereinigung für Kinderheilkunde (NVK) mit dem Titel: ‚Tun oder lassen?‘.

1990 erschien der Interimsrapport der Kommission Akzeptanz Lebensbeendigendes Handeln, gefolgt durch eine

Diskussionsnotiz im Jahre 1991 über Patienten im Koma und 1992 durch den Endrapport Tun oder Lassen der CAL.

1993 erschien der Endrapport der CAL über Lebensbeendigung bei Neugeborenen.

Der Rechtsprechung wurden nicht viele Fälle über Lebensbeendigung von willensunfähigen Patienten vorgelegt. Die wenigen Fälle haben jedoch immer für Aufsehen gesorgt.

Da gab es zunächst einmal den Fall des Babys Ross, das durch einen Abbruch der Behandlung starb. Wie bekannt, muss der Arzt medizinisch sinnloses Handeln unterlassen. In dieser Sache, die sich zu Anfang der neunziger Jahre abspielte, waren Fragen an der Tagesordnung wie etwa die, wann ein Handeln medizinisch sinnlos ist, ob bei dem Urteil über die Sinnlosigkeit auch eine Wertung der Lebensqualität durch den Arzt eine Rolle spielt und wie sich der Einfluss der Eltern auf diese Entscheidungen auswirkt.<sup>32</sup>

Im Jahre 1990 spielte sich der Fall Stinissen ab. Dabei ging es um eine Frau, die 15 Jahre im Koma lag und künstlich ernährt wurde. Der Ehemann hatte auf Beendigung weiterer Behandlungen, wozu er auch die künstliche Ernährung zählte, gedrängt. Die Zivilkammer des Oberlandesgerichts Arnhem erkannte die künstliche Ernährung nicht als Versorgungsbehandlung an, sondern als medizinische Behandlung, weil die Situation der Frau Stinissen medizinisch kontrolliert war, durch Ärzte begleitet wurde und darum in überwiegendem Maße unter die medizinische Verantwortlichkeit fiel. Aktive Lebensbeendigung hielt das Oberlandesgericht für nicht zulässig, weil das nach den herrschenden Rechtsauffassungen nur auf ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen des Patienten geschehen darf. Nach dem Urteil des Oberlandesgerichts darf der Richter in solch einer Situation nur eingreifen, wenn er der Meinung ist, dass ein vernünftig handelnder Arzt, bei Wahrnehmung des medizinisch-professionellen

Standards, nicht zu einer Entscheidung zur Beendigung der künstlichen Ernährung kommen konnte.<sup>33</sup>

1995 verursachte die Lebensbeendigung zweier schwer behinderter Neugeborener durch ein Euthanaticum viel Aufregung. In beiden Fällen gab der Justizminister den Auftrag, eine Anklage zu erheben, um via Rechtsprechung Kriterien für oder gegen eine solche Tötung zu erhalten.

### *Der Fall Prins*

Der erste Prozess betraf den Gynäkologen Prins, gegen den Anklage wegen Mordes an dem Baby Rianne erhoben wurde.<sup>34</sup> Das Landgericht Alkmaar sprach Prins wegen Handelns im rechtfertigenden Notstand frei.<sup>35</sup> Es formulierte dazu vier Bedingungen:

1. Es muss von einem aussichtslosen, unerträglichen und nicht zu behandelnden Leiden gesprochen werden, das nicht auf medizinisch sinnvolle Weise gelindert werden kann;

2. die Beschlussfassung und die Ausführung müssen sorgfältig geschehen;

3. das Handeln des Arztes muss in Übereinstimmung stehen mit der herrschenden Lehrmeinung und den in der medizinischen Ethik geltenden Normen;

4. Lebensbeendigung darf nur geschehen auf ausdrückliches, wiederholtes und konsistentes Verlangen der Eltern.

In zweiter Instanz kam auch das Oberlandesgericht Amsterdam zu einem Freispruch (OVAR). Dieser Fall wurde nicht dem Hohen Rat zur Entscheidung vorgelegt.

Das Oberlandesgericht überzeugte erst, dass nach wissenschaftlich verantworteter medizinischer Lehrmeinung der Weg der Schmerzensbekämpfung hier nicht gangbar war. Daraus leitete das Oberlandesgericht ab, dass Schmerzbekämpfung keine medizinisch sinnvolle Hand-

lung sei und dass von dem Arzt nicht gefordert werden könne, sich dafür zu entscheiden.

Da das Leben des Babys Rianne, objektiv gesehen, beherrscht wurde durch ein ernsthaftes und akutes Leiden ohne Aussicht auf Verbesserung und auch keine alternative medizinische Handlung zur Schmerzbekämpfung sinnvoll war, urteilte das Oberlandesgericht, dass die Entscheidung des Arztes Prins, das Leben des Babys Rianne aktiv zu beenden, unter den gegebenen Umständen gerechtfertigt war.

### *Der Fall Kadijk*

Der zweite Fall betraf den Hausarzt Kadijk, der ein wenige Wochen altes Baby getötet hatte. Das Baby hatte eine Anomalie, durch die Hirngewebe durch den Kopf nach außen austrat. Der dadurch verursachte Schmerz war mit Schmerzbekämpfung nicht zu beseitigen. Eine Behandlung war medizinisch nicht durchführbar. Der Arzt und die Eltern waren der Auffassung, dass diese daher unterlassen werden sollte. Der Staatsanwalt war der Meinung, dass der Arzt in einem rechtfertigenden Notstand gehandelt hatte. Das Landgericht Groningen sprach den Arzt am 10. November 1995 wegen rechtfertigendem Notstand frei.

### *Lebensbeendigung von Patienten, die ihren Willen nicht äußern können*

Das Töten eines Patienten, ohne dass dieser darum ersucht hätte, ist wegen des Fehlens der Zustimmung keine Sterbehilfe und erfüllt daher, eben, weil keine Zustimmung ausgesprochen wurde, den Tatbestand eines Mordes (Art. 289 NL-StGB). Die Umschreibung von Mord ist im niederlän-

dischen Strafrecht neutral. Die Motive der Handlung sind darum nicht wichtig für die Feststellung, dass es sich um einen Mord handelt. Im Unterschied zum Totschlag muss beim Mord der Täter mit einem stärkeren Vorsatz handeln.

Das Töten eines Neugeborenen betrifft die aktive Lebensbeendigung. Die durch das Landgericht Alkmaar im Fall Prins formulierten Kriterien rücken die aktive Lebensbeendigung eines ernsthaft behinderten Neugeborenen in die Nähe der eigentlichen Sterbehilfe. Doch gibt es wichtige Unterschiede. Davon ist sicher der wichtigste, dass nur dann von eigentlicher Sterbehilfe gesprochen werden kann, wenn der Patient selber um Lebensbeendigung ersucht hat.

Ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden typisiert die Situation des Patienten bei der Sterbehilfe. In wieweit ein Leiden aussichtslos und unerträglich ist, hängt zu einem großen Teil von der Beurteilung des Patienten ab. Wenn ein Patient aussichtslos und unerträglich leidet, dann braucht aber (weiteres) medizinisches Handeln selbst noch nicht sinnlos zu sein.

Bei einem schwer behinderten Neugeborenen darf medizinisches Handeln nur unterlassen werden, wenn es medizinisch sinnlos ist. Wenn das Neugeborene Schmerzen leidet, darf dieser Schmerz adäquat bekämpft werden. Selbst wenn die Schmerzbekämpfung einen lebensverkürzenden Effekt hat, wird sie als normales medizinisches Handeln angesehen. Wenn weiteres medizinisches Handeln sinnlos ist und der Schmerz nicht adäquat bekämpft werden kann, dann ist die Frage, ob das Leben eines Neugeborenen aktiv (durch ein Euthanaticum) beendet werden kann. Wenn der Arzt auf keine andere Weise den Schmerz bekämpfen kann, ist es ihm möglicherweise erlaubt, das Leben des Neugeborenen zu beenden.<sup>36</sup>

Was meiner Meinung nach nicht geschehen darf, ist, dass das Verabreichen eines Euthanaticums an Neugeborene als Sterbehilfe klassifiziert wird, da das Verlangen der

Eltern an Stelle des Verlangens des Patienten gesetzt wird. Die einzige Funktion, die die Meinung der Eltern hierbei haben kann, ist, dem Arzt in Zweifelsfällen zu einer Entscheidung zu verhelfen. Das aktive Töten eines ernsthaft behinderten Neugeborenen bedeutet die wissentliche Tötung eines willensunfähigen Patienten, der seinen Willen hierüber nicht geäußert hat. Kann dennoch von einem Handeln im rechtfertigenden Notstand gesprochen werden? Im juristischen Sinne schon: Für den rechtfertigenden Notstand ist eine Zustimmung keine absolute Bedingung. Aber bis zu den Entscheidungen der Landgerichte Alkmaar und Groningen wurde in der Rechtsprechung die Zustimmung des Patienten gefordert. Die Entscheidungen der Landgerichte Alkmaar und Groningen bedeuten darum eine eingreifende Kursänderung. Auch ohne Zustimmung des Patienten kann es einem Arzt erlaubt sein, das Leben eines willensunfähigen Patienten wohlbewusst und in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zu beenden. Wie begreiflich es auch in individuellen Fällen sein kann, dass der Arzt straflos bleibt, Straffreiheit bei der Lebensbeendigung darf meiner Meinung nach auch für Ärzte kein normaler Zustand sein, und darum befürworte ich keine Regelung in diesem Sinne. Im äußersten Fall kann mittels eines allgemeinen Strafausschließungsgrundes eine befriedigende Lösung gefunden werden. Hierfür ist erforderlich, dass (weiteres) medizinisches Handeln sinnlos ist, dass der willensunfähige Patient auf eine unerträgliche Weise leidet und der Schmerz nicht auf eine andere, weniger eingreifende Weise adäquat zu bekämpfen ist als durch das Töten des Patienten.<sup>37</sup>

## *Zum Schluss*

Der niederländische Gesetzgeber betrachtet das heutige Gesetz als Endpunkt einer Entwicklung in der Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten.

Natürlich ist die Sterbehilfe-Diskussion nicht beendet mit dem heutigen Gesetz. Die Gegner der straflosen Sterbehilfe werden sich rühren, genauso wie die Gegner der straflosen Abtreibung. Diese prinzipiellen weltanschaulichen Themen finden manchmal ein (vorläufig) juristisches, aber sicher kein prinzipielles Ende. Das ist auch gut so.

Der große Vorteil des niederländischen Weges und damit auch des heutigen Verfahrens ist das Festhalten an der Willenserklärung des Patienten. Wenn das Verfahren mit dazu beiträgt, dass der Arzt hierfür Sensibilität entwickelt, dann hat das Verfahren schon seinen Zweck erreicht. Die Willenserklärung darf aber nicht eine ausreichende Legitimation darstellen für die Durchführung von Tötungshandlungen (durch Ärzte). Dass neben der Willenserklärung auch gefordert wird, dass sich ein Patient in einer bestimmten Situation befinden muss, ist ebenfalls von großer Bedeutung.

Eine kritische Anmerkung zum Meldeverfahren. Das Verfahren fordert, dass es keine angemessene andere Lösung geben darf (Art. 2, Absatz 1, unter d). Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, dafür zu sorgen, dass auch andere Lösungen vorhanden sind. Ich höre manchmal, dass es bei mehr palliativer Therapie zu einer geringeren Nachfrage nach Sterbehilfe käme. Ich würde gerne wissen, was in den Niederlanden an palliativer Therapie getan wird und wie diese weiterentwickelt wird.

Sorgen verursachen mir zwei Tendenzen. Bei der einen liegt der Schwerpunkt auf der medizinischen Situation und dem Leiden des Patienten. Diese Tendenz betrifft in den Niederlanden ein Ansinnen der Mediziner, die Lebensbeendigung von Patienten, die ihren Willen nicht äußern

können und sich auch früher nicht (schriftlich) geäußert haben, gesetzlich so zu regeln, dass – natürlich unter bestimmten Bedingungen – der Arzt das Leben beenden darf. Ich kann mir vorstellen, dass ein Arzt mit Fällen konfrontiert wird, wo es zu einem bestimmten Zeitpunkt angemessen sein kann, eine Lebensbeendigung herbeizuführen. In der heutigen gesetzlichen Situation ist es wahrscheinlich, dass er sich dann mit Erfolg auf einen allgemeinen Strafausschließungsgrund berufen kann. Wir können mit dem heutigen Strafrecht und der Anwendung des Opportunitätsprinzips durch die Staatsanwaltschaft diese Fälle gut lösen. Ich bin dagegen, dass diese Fälle dazu führen, dass das Gesetz im Sinne einer strukturellen Legitimation angepasst wird. Dann geben wir meiner Meinung nach als Gesellschaft ein falsches Signal ab. Dem gegenüber steht, dass die Rechtsprechung in diesen Fällen auf Dauer auch normbildend ist, aber im Allgemeinen weniger Möglichkeiten einschränkender Kriterien beinhaltet (siehe auch weiter oben die Ausführungen über die Konsultation).

Bei der zweiten Tendenz steht die Autonomie des Patienten im Zentrum. Vor einigen Jahren hat das Alt-Mitglied des Hohen Rats, Drion, sich stark gemacht dafür, älteren Menschen ein Euthanaticum zur Verfügung zu stellen, die dann selber den Zeitpunkt ihres Todes bestimmen können. Deshalb wird auch von der Pille Drions gesprochen. Vor allem wegen möglicher unerwünschter Nebenerscheinungen (Missbrauch) ebte das Thema schnell ab, um hin und wieder das Licht der Öffentlichkeit zu erblicken, wobei sowohl die Frage nach der Einnahme solcher Pillen wie auch die, sie nicht an eine bestimmte Lebenszeit zu binden, diskutiert werden. Dieser Vorgehensweise scheint viel weniger Erfolg beschieden zu sein als der Straflosigkeit von lebensbeendenden Handlungen unter bestimmten Voraussetzungen.

Beide Tendenzen zeigen, wie wichtig es ist, im Rahmen der Sterbehilfe festzuhalten sowohl an dem Verlangen des

Patienten als auch an dem bestimmten Zustand, in dem er sich befinden muss.

Gesetz und Recht im Allgemeinen sind eine Seite der Medaille, die nicht-juristische Wirklichkeit eine andere. Um mögliche Differenzen zu überbrücken und um möglichen Missverständnissen vorzubeugen, ist es wichtig, dass darüber offen miteinander gesprochen wird.

### Anmerkungen

1 H.J. Smidt, *Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht. Eerste en Tweede Deel*, Haarlem 1891, Teil II, S. 463 und 465.

2 HR 21 Okt. 1986, NJ 1987, 607 mit Anm. GEM.

3 Eine große Rolle hatte hierbei das frühere Mitglied des Hohen Rates, Ch.J. Enschedé, der sich für ein Berufsrecht des Arztes auf Sterbehilfe aussprach. Vgl. z. B. ‚Op sterven na dood‘, Utrecht-Antwerpen/Deventer 1987 und ‚Het recht op leven en dood‘, Deventer 1988.

4 Rechtbank Leeuwarden 21 Februar 1973, *Nederlandse Jurisprudentie* (NJ) 1973, 183.

5 HR 21 Oktober 1986, NJ 1987, 607 mit Anm. G.E. Mulder.

6 HR 21 Juni 1994, NJ 1994, 656 mit Anm. Schalken.

7 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, 6, S. 5 i.o.m. Hof Leeuwarden 21 sept. 1995, NJ 1996, 61 en i.o.m. Richtlijnen Hoofdbestuur KNMG, MC 1992, I, S. 29–32

8 KNMG = Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

9 Gesetzentwurf des Mitglieds Wessel-Tuinstra zur Veränderung der Artikel 293 en 294 des Strafgesetzbuches; Zweite Kammer, 1983–1984, 18331, Nrs. 1–3. Später übernahm Kohnstamm die Behandlung.

10 Rapport der Staatskommission Euthanasie, ‚s-Gragenhage 1985, Staatsuitgeverij, 3 Teile.

11 Zweite Kammer, 1985–1986, 19356, Nr. 2. Die sogenannte ‚Proeve‘ (= Prüfung) der Regierung.

12 In der ‚Proeve‘ war dieser Grund wie ein Rechtfertigungsgrund formuliert, aber durch die Regierung gemeint als Schuldaußschliessungsgrund. Darum stand in dem Entwurf auch noch ein Artikel

über die Straffeloosheit von Teilnehmern (man denke an Krankenpfleger). Sieh hierzu näher J. Wöretshofer, *Volgens de regelen van de kunst*, Gouda Quint, Arnhem, S. 172–173.

13 C.I. Dessaur, *Euthansie: de zelfmoord op zieke en oude mensen*, *Delikt en Delinkwent* 1985, S. 913–917. Mw. Dessaur ist im September 2002 gestorben.

14 Zweite Kammer, 1987–1988, 20383, Nrs. 1–3.

15 *Wet op de uitoefening van de geneeskunst (WUG)*.

16 J. Wöretshofer, *Het tweede advies van de Raad van State inzake euthanasie*, *Delikt Delinkment* 1987, S. 840–848; *Volgens de regelen van de kunst*, 1992, S. 191–195.

17 Nach ihrem Vorsitzler auch die Kommission Rimmelink genannt.

18 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 8.

19 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, 6, S. 38.

20 Eine Regionale Kontrollkommission besteht aus zumindest drei Mitgliedern, von denen einer Jurist sein muss. Der Jurist ist zugleich Vorsitzler.

21 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 17, 22, 34, 40–41, 46–47.

22 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 16–17.

23 *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*.

24 Im ursprünglichen Gesetzentwurf stand als Kriterium nicht das unerträgliche Leiden.

25 Schon das Landgericht Leeuwarden hat ihn in seinem Urteil vom 21 Februar 1973, NJ 1973, 183 nicht gestellt und der Hohe Rat hat das niemals getan. Im Chabot-Urteil (HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656 mit Anm. Schalken) hat er das ausdrücklich gesagt.

26 HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656 m.nt. Schalken (Chabot).

27 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 52–53.

28 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 25, 44.

29 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 94.

30 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 98.

31 Zweite Kammer 1999–2000, 26691, Nr. 6, S. 94.

32 Sieh hierzu näher J. Wöretshofer, *Volgens de regelen van de kunst*, 1992, S. 293–303.

33 Sieh hierzu näher J. Wöretshofer, *Volgens de regelen van de kunst*, 1992, S. 291–293.

34 Mord hat im Niederländischen Strafrecht keinen extra negativen Klang. Es ist ein vorsätzlicher Totschlag.

35 Tatsächlich ‚ontslag van alle rechtsvervolging‘, aber vergleichbar mit einer Freisprache.

36 Vgl. H.J.J. Leenen, *Active levensbeëindiging bij een ernstig gehandicapte baby*, NJB 1995, S. 851–852.

37 Die Kinderärzte selber sind über die medizinisch-ethische Zulässigkeit der aktive Lebensbeendigung von Baby's uneinig. Ich weise auf z. B. Rotterdams Dagblad 21 Dezember 1995, NRC Handelsblad 6 Januar 1996 und den Rapport der Niederländischen Vereinigung für Kinderheilkunde (NVK), Tun oder Lassen, 1992.