

## Sterbehilfe: Modell Holland?

Regelungen, Entwicklungen und Motive unter der Lupe

Methode: Texte analysieren, Film zeigen

Zeit: 30 Minuten (mit Film: 90 Min.)

### Einleitung

Im Jahr 2000 wurde in den Niederlanden vom Parlament ein Gesetz verabschiedet, wonach es Ärzten unter Einhaltung bestimmter Auflagen erlaubt wird, Euthanasie zu leisten, d.h. schwerkranke Patienten auf ihr Verlangen hin zu töten.<sup>1</sup> (Zu den Formen und Begrifflichkeiten der Sterbehilfe siehe → *Patientenrechte - Fachliche Kompetenz: Sterbehilfe: ein schillernder Begriff*) Kriterien für eine straffreie Tötung auf Verlangen wurden im Jahr 1984 bereits im Wesentlichen von der Königlich Niederländischen Ärztekammer aufgestellt und veröffentlicht. Im Jahr 1994 wurden die Leitlinien zu einem festgelegten Verfahren, durch das die direkte aktive Sterbehilfe - erstmals in einem Land Westeuropas - toleriert wurde.<sup>2</sup> Belgien ist im Jahr 2002 weitgehend dem niederländischen Modell gefolgt.

In der Unterrichtseinheit werden zunächst die Regelungen geklärt und mit Hilfe von Daten aus der Begleitforschung kritisch verglichen. *Mögliche Vertiefung:* Der Film „Sterben auf Wunsch“ thematisiert die Euthanasie-Praxis und zeigt die Tötung auf Verlangen in einer niederländischen Klinik

### Vorschläge für die Erarbeitung

- Lesen Sie zunächst die Zusammenfassung der gesetzlichen Regelung. Besprechen Sie mit Partnern oder in der Kleingruppe: Welche Festlegungen könnten problematisch sein?
- Welche Zahlen und Angaben aus der Begleitforschung zur niederländischen Praxis finden Sie auffällig? Warum? Fassen Sie einige der Zahlen der Tabellen in Aussagen zusammen. Vergleichen Sie dann die gesetzlichen Regelungen mit den Ergebnissen aus der Begleitforschung. Wo sehen Sie Unterschiede zwischen den Regelungen und der Praxis der Euthanasie?

Hinweis an Lehrkraft: Vorschläge, um in der Textauswertung Antworten zusammenzufassen (z. B. Flipchart), finden Sie im Arbeitsblatt als Kommentierung *kursiv* gesetzt.

<sup>1</sup> Aktive Sterbehilfe ist lediglich ein Oberbegriff für verschiedene (in Deutschland erlaubte und verbotene) Formen der Sterbehilfe. In der deutschen Rechtssprache heißt der Tatbestand „Tötung auf Verlangen“. Eine andere gebräuchliche Formulierung ist direkte aktive Sterbehilfe. Die Bezeichnung Euthanasie (griechisch: Der gute, leichte Tod) wird zwar als Terminus für diese Form der Sterbehilfe nicht nur in Holland, sondern auch immer wieder in der deutschen Diskussion benutzt, ist aber begrifflich beschönigend und geschichtlich in Deutschland bereits besetzt: Die Nationalsozialisten versuchten ihr Mord-Programm an behinderten Menschen mit dem Begriff Euthanasie zu tarnen.

<sup>2</sup> Eine offizielle Rechtfertigung des niederländischen Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung liefert das Ministerium für auswärtige Angelegenheiten in der Broschüre Sterbehilfe (deutsche Fassung). Bestelldresse: Ministerium für auswärtige Angelegenheiten, DVL/VB, Postbus 20061, 2500 EB Den Haag, Niederlande. Links zu den Gesetzestexten finden Sie unter [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

## Medien

Film: Sterben auf Wunsch (28.08.2001), ZDF, Reihe: 37°, Autor: Rob Hof. Mitschnitt nicht mehr über ZDF bestellbar, aber im Verleih diverser Medienzentralen. Inhalt und Kommentierung siehe → *Literatur, Medien, Internet-Adressen zur Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)*

## Lernziele

- Die Teilnehmer kennen die Regelungen zur Tötung auf Verlangen in den Niederlanden und finden damit verbundene Probleme heraus.
- Die Teilnehmer analysieren Forschungsergebnisse zur Praxis der Euthanasie und vergleichen diese Erkenntnisse mit den Regelungen.

## Wie ist die Tötung auf Verlangen in Holland gesetzlich geregelt?

7 theoretische Kriterien in der praktischen Kritik

Kriterien aus den gesetzlichen Regelungen	Kritischer Kommentar
<p><b>1. Freiwilligkeit:</b></p> <p>Es muss sicher sein, dass der Wunsch nach aktiver Tötung vollständig dem freien Willen des Patienten entstammt und nicht durch äußere Einflüsse oder gar Druck geleitet worden ist.</p> <p><b>2. Wohlüberlegtheit des Wunsches:</b></p> <p>Der Patient muss über seine Situation, die verbleibenden medizinischen Möglichkeiten und seine Prognose gut informiert sein. Es müssen alle Möglichkeiten einer palliativen Symptomlinderung ausgeschöpft sein.</p>	<p><b>Euthanasie: Verlangen wirklich freiwillig oder manipuliert und erzwungen?</b></p> <p>☛ Anmerkung aus Tabelle 4: Bei immerhin 13% spielt das Gefühl, „eine Belastung zu sein“, eine Rolle für den Wunsch nach Tötung. Frag-würdig: Entspringt dieses Gefühl nicht äußerem Einfluss?</p> <p>☛ Anmerkung aus Tabelle 1: In 0,7% (1995) aller Todesfälle gab es keine Zustimmung der Betroffenen, sondern nur ein angenommenes Interesse (z. B. bei Menschen im Wachkoma ohne eine entsprechende mündliche oder schriftliche Verfügung). Übrigens: Fast 20% der Angehörigen gaben in einer Untersuchung an, nichtfreiwillige Euthanasie für einen an Demenz erkrankten Bewohner beantragen zu wollen, aber 90% der noch selbstständigen Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sprachen sich gegen eine solche Form der Euthanasie aus. (FUCHS 1998: 51)</p> <p><b>Euthanasie: Ist der Wunsch das Ergebnis palliativer Unterversorgung?</b></p> <p>☛ Anmerkung aus Tabelle 4: Schmerzen und andere Symptome (Angst vor dem Erstickten) werden anscheinend häufig als Motiv genannt. Frag-würdig: Sind in der Praxis die palliativen Möglichkeiten wirklich bekannt, verfügbar und optimal genutzt worden? (Kann auch anhand des Vorgehens im Film angezweifelt werden.) Übrigens: Der Stand palliativer Versorgung bei der Schmerztherapie ist in den Niederlanden noch schlechter als im schmerztherapeutischen „Entwicklungsland“ Deutschland. (KLASCHIK 2003: 229)</p>

<sup>1</sup> Sorgfaltskriterien aus Artikel 293 Absatz 2 des niederländischen Strafgesetzbuches

**3. Dauerhaftigkeit der Bitte um aktive Tötung:**

Der Todeswunsch darf nicht nur einmalig und spontan geäußert worden sein oder aus einer vorübergehenden depressiven Verstimmung erfolgen, sondern reiflich überlegt. Präzisere Angaben zur Häufigkeit oder Dauer zu machen, schienen dem Gesetzgeber nicht sinnvoll zu sein. (Vorgabe in Belgien: Es muss eine Frist von mindestens einem Monat zwischen erstem Todeswunsch und der Tötung eingehalten werden ).

**4. Unerträglichkeit des Leidens:**

Bewusst ist dieses Kriterium weit gefasst worden. Es wird nicht zwischen einem physischen und einem mentalen Leiden unterschieden. Auch bei einem mentalen Leiden wird nicht unterschieden, ob dies auf einem körperlichen Zustand beruht (zum Beispiel zunehmende Lähmung) oder auf einem psychischen Leiden. Es muss aus fachlicher Sicht feststehen, dass sich der Zustand des Patienten nicht mehr bessern wird. Die „Todesnähe“ spielt dabei keine ausschlaggebende Rolle. Die Unerträglichkeit ist subjektiv, muss aber für den Arzt nachvollziehbar sein. (Modell Belgien: Hier sind Tötungen auch bei psychischen Leiden mit Krankheitswert unter Umständen erlaubt; eine zum Tode führende körperliche Erkrankung muss nicht vorliegen.)

**Euthanasie: Schnelle „Vollstreckung“ bei Menschen in verzweifelter Stimmung ?**

☛ *Anmerkung aus Tabelle 3: In fast der Hälfte der Fälle war die Zeitspanne zwischen dem ersten geäußerten Todeswunsch und der Euthanasiemaßnahme kürzer als eine Woche, in 13% sogar weniger als ein Tag. Frag-würdig: Wie verträgt sich dieser Befund mit der Vorgabe der Dauerhaftigkeit des Wunsches? Wie können in solch kurzer Frist schwankende Stimmungen von Haltungen und dauerhaften Wünschen unterschieden werden? Übrigens: In einer Untersuchung (Van der Wal) ging die Initiative zur Euthanasie in 10% vom Hausarzt aus, in 6% von Angehörigen. (WEBER JAHR: 15) (Siehe auch Film)*

**Euthanasie: Töten aus Hilflosigkeit?**

☛ *Anmerkung aus Tabelle 4: Bei den ermittelten Gründen scheinen fehlende Sinnmöglichkeiten eine deutlich größere Rolle zu spielen als körperliche Leidenszustände. Frag-würdig: Sind „Angst vor Würdeverlust, Angst vor Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Angst vor Entstellung Ängste, die zur Existenz des Menschen gehören und uns zur Solidarität im Sinne eines menschlichen Rückhaltes aufrufen?*

☛ *Das Recht auf Tötung auf Verlangen wird grundsätzlich nicht eingeschränkt. Alle Formen von Leiden können geltend gemacht werden. Frag-würdig: Wer darf sich töten lassen? Auch ein Trauernder oder jemand, der sich durch eine körperliche Amputation entstellt fühlt? Diese Unbestimmtheit führt dazu, dass inzwischen straffrei auch Tötungen bei psychischen Leiden (Depression, Magersucht) vorkommen (Fall „Chabot“) oder die Tötung auch als Option im Frühstadium einer Demenz diskutiert wird. Übrigens: In 8% der Fälle wurde nach Einschätzung das Leben um mehr als 6 Monate verkürzt. (Siehe FUCHS 1998: 40)*

☛ *Anmerkung aus Tabelle 5: Der Hauptbeweggrund der Ärzte für eine Tötung ohne direkt geäußerten Patientenwunsch ist, dass medizinische Behandlung sinnlos schien. Das ist kurativ, aber nicht palliativ verstanden. Frag-würdig: Wie weit überträgt der behandelnde Arzt sein Gefühl persönlicher medizinischer Machtlosigkeit als „Sinnlosigkeit und Ausweglosigkeit“ auf den Patienten im Sinne von: „Das kann man nicht mehr mit ansehen ...“ (Vgl. auch die 10%-Initiative, siehe oben). „Die eigenen Wünsche und Belastbarkeitsgrenzen des Patienten rangierten erst an siebter Stelle (!) der ermittelten Beweggründe für die unfreiwillige Euthanasie (PAYK 2004: 142)*

<p><b>5. Konsultation eines Kollegen</b></p> <p>Der behandelnde Arzt muss einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuziehen. Dieser untersucht den Patienten und muss schriftlich zu dem Tötungsgesuch und der Erfüllung der Voraussetzungen für eine Euthanasiemaßnahme Stellung nehmen.</p> <p><b>6. Durchführung der Tötung auf Verlangen nur durch Arzt</b></p> <p>Es muss bei der Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig vorgegangen werden.</p> <p><b>7. Meldung dieser „nichtnatürlichen Tode“ einer Kontrollkommission für Sterbehilfe</b></p> <p>Diese Kommissionen sind regionale Gremien, die mit einem Mediziner, einem Juristen und einem Ethiker besetzt sind. Sie prüfen rückblickend, ob die vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind.</p>	<p><b>Euthanasie: Töten im Alleingang und über ärztliche Allianzen?</b></p> <p>☛ <i>Anmerkung aus Tabelle 2: Es gibt bei den Ärzten, insbesondere den Hausärzten, mit insgesamt 90% eine sehr hohe Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen. Frag-würdig: Wer sucht den Kollegen aus? (Siehe hierzu auch Szene des Kontrollbesuchs im Film!) Übrigens: Drei Viertel der Ärzte haben keinen zweiten Kollegen zu Rate gezogen wie gefordert (FUCHS 1998: 44) - anscheinend ohne Konsequenzen, wie die geringe Zahl der strafrechtlichen Verfolgungen vermuten lässt.</i></p> <p><b>Euthanasie: Töten als folgenreiche Überforderung der Ärzte?</b></p> <p>☛ <i>Frag-würdig: Wie gehen die beteiligten Ärzte mit dieser Verantwortung und der „irritierende Erfahrung“ der Tötung um? (Siehe dazu auch Äußerungen des Arztes im Film). Übrigens: Auch die ärztliche Durchführung garantiert keinen schnellen Tod: In 10% der Tötungen gab es Komplikationen. (Siehe: Deutsche Hospiz Stiftung 2000: 3)</i></p> <p><b>Euthanasie: Tötungen weiterhin in einer Grauzone?</b></p> <p>☛ <i>Anmerkung aus Tabelle 1: Eine hohe Anzahl von geschätzt 60% Tötungen wird nicht gemeldet. Die Ziele der Transparenz und Entkriminalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe wurden nicht erreicht. Frag-würdig: Was könnten die Gründe dafür sein, dass eine Mehrheit ihre Maßnahmen nicht offen gelegt? Frag-würdig: Wenn im Beurteilungsverfahren Verstöße erkannt werden, ist der Patient bereits tot. Übrigens: Es gibt nur wenige strafrechtliche Verfolgungen (1990: keine; 1994: 10 Fälle) (Siehe: WEBER 1995: 14)</i></p>
---	---

<b>Tabelle 1</b>				
<b>Entscheidungen am Lebensende in den Niederlanden<sup>1</sup></b>				
	<b>1990</b>	<b>%</b>	<b>1995</b>	<b>%</b>
Sterbefälle insgesamt	128.800	100%	135.700	100%
Ausdrücklich von Patienten ausgesprochene Bitten um Euthanasie	8.900	6,9%	9.700	7,1%
Anzahl der freiwilligen Euthanasiefälle (geschätzt)	2.300	1,8%	3.200	2,3%
Anzahl der Fälle von medizinisch assistiertem Suizid (= Beihilfe zur Selbsttötung)	400	0,8%	400	0,3%
Tötung ohne ausdrückliche Bitte (geschätzt aufgrund der Begleitforschung)	976 (976*)	0,8%	913	0,7%
Schmerzbekämpfung mit ausdrücklicher Tötungsabsicht (geschätzt aufgrund der Begleitforschung)	1.350 (450*)	1,1%	---	**
Schmerzbekämpfung mit teilweiser Tötungsabsicht (geschätzt aufgrund der Begleitforschung)	6.750 (5.050*)	5,4%	---	**
Behandlungsabbruch (= Sterben zulassen auf Wunsch = passive Sterbehilfe) (geschätzt aufgrund der Begleitforschung)	14.550	11,3%	---	**
Zahl der Meldungen	486		1466	
* Zahl in (...) = Tötung ohne ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen **Zahl liegt nicht vor				

**Kommentar**

Wenn man die Zahlen von freiwilliger Euthanasie, Tötung ohne ausdrücklicher Bitte und assistiertem Suizid addiert, wurde 1990 in 3,4% der Todesfälle Euthanasie praktiziert. Um den ganzen Umfang zu ermessen, müssen auch noch die 6,5% der Todesfälle gerechnet werden, wo der Schmerzbekämpfung die Tötungsabsicht in den Vordergrund rückt. Sie können nicht mehr als indirekte aktive Sterbehilfe gewertet werden. Zusammenfassend kann man sagen: ca. 10% der Todesfälle in den Niederlanden erfolgen durch Tötung. In rund einem Drittel wird dem Ersuchen um Euthanasie nachgegeben. Nur ein kleiner Teil der Tötungen wird tatsächlich gemeldet (1995: 1466 von geschätzt 3200 Fällen). Ein besonders problematisches Ergebnis ist, dass dabei viele Patienten getötet wurden, ohne dass sie gefragt wurden oder dass sie darum ausdrücklich gebeten hätten (1995: 913 Personen)

<sup>1</sup>VAN DER WAL G ET AL. 1996: 1706-1711; Kombination der Daten aus: HUSEBÖ S. 2003, 80. Die Daten scheinen sich auf dem Niveau zu stabilisieren. Siehe ONWUTEAKA-PHILIPSEN ET AL. 2003



<b>Tabelle 2</b>				
<b>Ärztliche Einstellung und Verhalten in Hinsicht auf Euthanasie<sup>1</sup></b>				
Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zum Suizid	Hausärzte (n=152)*	Klinikärzte (n=203)	Heimärzte (n=50)	Gesamt (n=450)
Sterbefälle insgesamt	62%	44%	12%	<b>54%</b>
Noch nie angewandt, aber grundsätzlich bereit dazu	28%	40%	60%	<b>34%</b>
Grundsätzlich ablehnend, aber zu Überweisung zu anderen Kollegen bereit	6%	9%	26%	<b>4%</b>
Grundsätzlich ablehnend, auch gegenüber einer Überweisung	3%	9%	2%	<b>8%</b>
Gesamt	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\*Zahl in (...) beziffert die Anzahl der befragten Personen

**Kommentar**

Ein hoher Prozentsatz von insgesamt 88% hat Sterbehilfe bereits praktiziert oder wäre bereit dazu. Die Haltung der Hausärzte differiert deutlich von der der Heimärzte.

<b>Tabelle 3</b>	
<b>Zeitspanne zwischen erstem Sterbewunsch und Euthanasie<sup>2</sup></b>	
Weniger als 1 Tag	13%
1 Tag – 1 Woche	35%
1 Woche – 1 Monat	30%
1 – 6 Monate	17%

\*Zahl in (...) beziffert die Anzahl der befragten Personen

**Kommentar**

Bei fast der Hälfte aller Tötungen auf Verlangen beträgt die Zeitspanne zwischen der ersten Äußerung und der Durchführung weniger als eine Woche.

<sup>1</sup>VAN DER MAAS P. J. ET AL. 1991: 669-674. Daten übernommen von: FUCHS 1998: 46

<sup>2</sup>VAN DER WAL ET AL. 1992: 135-140. Daten übernommen von FUCHS 1998: 43



<b>Tabelle 4</b>	
<b>Begründung der Patienten für das Verlangen nach Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung nach Aussagen der Ärzte<sup>1</sup></b>	
Aussichtsloses und unerträgliches Leiden	74%*
Vermeidung von Entwürdigung	56%
Vermeidung von stärkerem bzw. weiterem Leiden	47%
Sinnloses Leiden	44%
Schmerz	32%
Lebensmüdigkeit	18%
Vermeidung von Ersticken	18%
Wunsch, der Familie nicht mehr zur Last zu fallen	13%
Vermeidung von Schmerz	10%
*Es konnten mehrere Gründe benannt werden.	

**Kommentar**

Sozial beeinflusste Gründe spielen eine große Rolle, z. B. „Vermeidung von Entwürdigung“ und die Angst, „zur Last zu fallen“. Schmerzen oder die Sorge vor fehlender Kontrollierbarkeit von Schmerzen oder Ersticken wurde für mehr als die Hälfte der Patienten als Begründung für die Bitte um Tötung angegeben.

<b>Tabelle 5</b>	
<b>Begründung von Ärzten, ohne ausdrücklichen Wunsch das Leben von Patienten zu beenden<sup>1</sup></b>	
Jede medizinische Handlung war sinnlos geworden	67%
Keine Aussicht auf Verbesserung	44%
Die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen	38%
Geringe Lebensqualität	36%
Wollte nicht unnötig verlängern	33%
(Unterstellter) Wunsch des Patienten	30%
Vermeidung von Entwürdigung/weiterem Leiden	9%
Die Behandlung war bereits eingestellt, doch der Patient verstarb nicht	2%
Andere Gründe	8%
*Es konnten mehrere Gründe benannt werden.	

**Kommentar**

Auffällig ist, dass nur in 30% der Fälle auf einen mutmaßlichen Wunsch Bezug genommen wird. Alle anderen Gründe sind Bewertungen des „Lebenswertes“ von außen. Bei fast zwei Drittel der Ärzte scheint medizinische „Ohnmacht“ als Motiv eine Rolle zu spielen.

<sup>1</sup>Es gibt nur Angaben von Ärzten, aber keine direkt geäußerten Motive von Betroffenen! VAN DER WAHL ET AL 1996; Daten übernommen von: FUCHS 1998: 46

