

Erfahrungsbericht aus Holland: Entwicklungen, Probleme, aktuelle Debattenlage

Beitrag

am 27. September 2021

Groningen/ Österreich

Theo A. Boer

Professor für Gesundheitsethik, Protestantische Theologische Universität,
Groningen

Mitglied des Niederländischen Gesundheitsrats

Mitglied einer Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe 2005-14

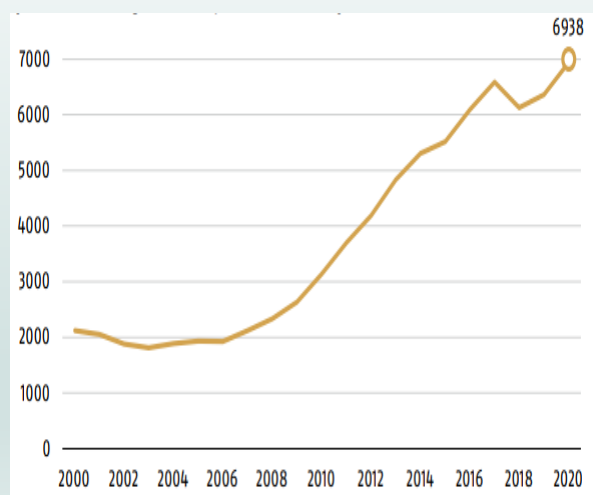
Überblick

- Regelungen rund um assistierten Suizid/Sterbehilfe in den Niederlanden
- Entwicklungen
- Ethische Perspektiven
- Empfehlungen

Historie

- Sterbehilfegesetz #1 1994, #2 2002
- Definition: „Euthanasie ist die aktive Tötung des Patienten, auf dessen Bitte“
 - Der Terminus beinhaltet sowohl aktive Sterbehilfe (97%) wie assistierten Suizid (3%)
- Kriterien:
 - Ärztliche Diagnose
 - Eine freiwillige und überlegte Bitte des Patienten
 - Unerträgliches Leiden
 - Das Leiden ist ohne Aussicht auf Verbesserung bzw. es gibt keine für den Patienten annehmbare Alternative
 - Durchgeführt mit medizinischer Sorgfalt
 - Weder für Ärzte noch für Institutionen eine Pflicht
 - Praktisch: in den Niederlanden wohnen
- Bezahlung: Krankenkassen (270 € - 3200 €)

Die Zahlen

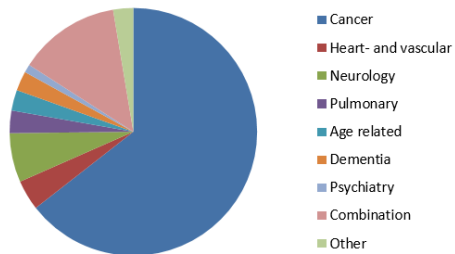


Pathologie 2002/2019

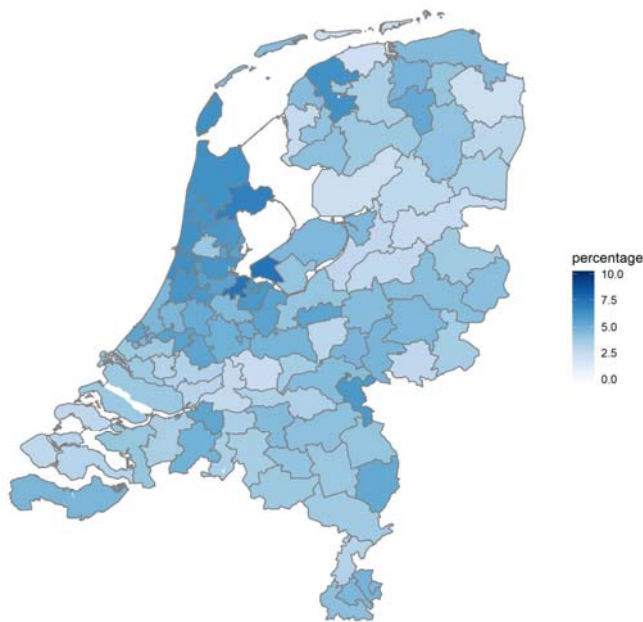
**Medical context 2002
(1,883 cases)**



Medical context 2019 (6,331 cases)



2017



Niederlande vs. Oregon

	Niederlande	Oregon
Definition	Tötung auf Verlangen	Hilfe bei der Selbsttötung
Kriterien	Medizinische Grundlage	Medizinische Grundlage
	Unerträgliches Leiden	Nicht länger als 6 Mon. Lebenserwartung
	Bitte oder Willenserklärung	Aktive Rolle des Patienten
Legalisiert	1994/2002	1998
Zahlen	4.5% aller Sterbefälle	0.6% aller Sterbefälle
Schiefe Ebene?	<ul style="list-style-type: none"> • Immer weitere Pathologien • Sterbehilfe als Recht • Sterbehilfe als am meisten würdige Tod 	<ul style="list-style-type: none"> • 15-Tage Bedenkzeit aufgehoben
Zukunft	Sterbehilfe für Nicht-krankte	-> Euthanasie

Die drei wichtigsten Argumente zugunsten der Legalisierung

- Mitleid/ Barmherzigkeit
 - Palliativmedizin eingreifend verbessert
 - Verlagerung von Pathologie
 - Verlagerung von Leidensgründen
- Rechtssicherheit der Ärzte
 - Hat sich tatsächlich verbessert, aber...
 - ...Spannung mit Strafbarkeit bleibt bestehen,
 - ...neue Grauzonen entstehen,
 - ...Erwartungen des Publikums verursachen neue Verunsicherung
- Transparenz und Verhütung von Missbrauch
 - Die ‚1000 von Rimmelink‘ 1990 wurden 2017 die 460, aber
 - Zahlen von palliativer Sedierung auf Rekordhöhe

Weitere Entwicklungen

- Zahlen der gewaltsamen Selbsttötungen nicht gesunken
- Ärzte werden zögerlicher
- 'Euthanasie für zwei'
- Euthanasie bei Kindern 1-11 Jahre
- Euthanasie bei Demenzpatienten
- Euthanasie bei Nicht-Kranken

Zwei Überlegungen

- **1. Angebot wird Nachfrage erzeugen.**
- Legalisierung aktiver Sterbehilfe beeinflusst die ganze Art und Weise wie wir mit Tod und Tragödie umgehen.
- Es ist nicht die Frage, *ob* sich eine Sterbehilfepraxis auf die Dauer ausbreitet, nur *wann*
- **2. Autonomie soll Autonomie, Tragik Tragik bleiben**
- Freiheit des Individuums ist zu respektieren
- Auf keinen Fall soll aber der Eindruck erweckt werden, dass die Gesellschaft den registrierten Tod
 - A. als eine Normaloption betrachtet
 - B. anbietet

Mein Ratschlag: Ärzte so viel wie möglich herauslassen

- Kein Urteil...
 - dass die Sterbehilfe für die Behörden ‚in Ordnung‘ ist
 - dass das Leiden ‚ernsthaft genug‘ ist
- Höchstens eine Beurteilung...
 - dass es sich um eine terminale Krankheit handelt (man hilft Menschen, zu sterben, nicht, das Leben zu nehmen)
 - (Obwohl sich hier die in Kanada vollzogene Erweiterung zu erwarten ist)
 - dass der Patient weiß, was er will (z.B. Bedenkzeit von 6 Monaten bei nichtterminaler Krankheit)
 - dass der Patient *tete a tete* einem Palliativmediziner begegnet ist
- Die Freiheit das eigene Leben zu beenden, kommt auch mit der Verantwortlichkeit, den Tod selber herbeizuführen