

# EUTHANASIE IN DE LAGE LANDEN VERGELIJKENDE BESCHOUWINGEN BIJ DE BELGISCHE EUTHANASIEWET

door

M. ADAMS  
Universiteit Antwerpen

H. NYS  
Katholieke Universiteit Leuven/Universiteit Maastricht(\*)

*In België werd op 28 mei 2002 de zogenaamde „Wet betreffende de euthanasie” door de Kamer van Volksvertegenwoordigers goedgekeurd. Op 23 september van datzelfde jaar trad die wet ook in werking. Daarmee kwam een relatief kort wetgevingsproces ten einde dat eigenlijk pas in de zomer van 1999 een aanvang had genomen. Hoe anders is de situatie in Nederland, waar de recente „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding”, die op 1 april 2002 in werking trad, algemeen beschouwd wordt als vooral een beknopte codificatie van de normen en procedures, die gedurende zo’n drie decennia door een wisselwerking tussen beroepsgroep (artsen), rechtspraak, patiëntenorganisaties, OM, adviesorganen enz., gevormd werden. In dit artikel worden enerzijds het respectieve Belgische en Nederlandse recht inzake euthanaserend handelen met elkaar vergeleken, en anderzijds de verschillen tussen de twee in een bredere politiek-maatschappelijke context geplaatst. Aan het slot van het artikel ruimen we tenslotte ook plaats in voor een wat bredere, eerder culturele vergelijking, die de verschillen in het wetgevingsproces tussen beide landen kan verklaren.*

---

(\*) De auteurs wensen mr. Esther Pans en Dr. Klaas Rozemond (VU te Amsterdam) te danken voor het pertinente commentaar en de constructieve suggesties naar aanleiding van een eerdere versie van dit artikel. Dr. Bart De Smet, substituut-procureur des Konings te Antwerpen, gaf verhelderende toelichting bij enige aspecten van de strafvorderlijke dimensie van de Belgische euthanasiewet.

## INHOUD

### INLEIDING (1-3)

- I. HET MATERIËLE TOEPASSINGSGEBIED (4-10)
  - A. Euthanasie (4)
  - B. Hulp bij zelfdoding (5-9)
  - C. Andere beslissingen bij het levenseinde (10)
- II. HET PERSONELE TOEPASSINGSGEBIED (11-19)
  - A. De arts (11-17)
  - B. De patiënt (18-19)
- III. HET VERZOEK VAN DE PATIËNT (20-28)
  - A. Het actuele verzoek (21-22)
  - B. De wilsverklaring (23-28)
- IV. DE TOESTAND VAN DE PATIËNT (29-39)
  - A. In het geval van een actueel verzoek (30-38)
  - B. In het geval van een wilsverklaring (39-40)
- V. VERPLICHTINGEN VAN DE ARTS MET BETREKKING TOT HET VERZOEK EN DE TOESTAND VAN DE PATIËNT (41-45)
  - A. In het geval van een actueel verzoek (41-44)
  - B. In het geval van een wilsverklaring (45)
- VI. DE MELDINGSPROCEDURE (46-51)
- VII. TOT SLOT: „BESPREEKBAARHEID” (52-63)

## Inleiding

1. In België werd op 28 mei 2002 de zogenaamde „Wet betreffende de euthanasie” door de Kamer van Volksvertegenwoordigers goedgekeurd. Op 23 september van datzelfde jaar trad die wet ook in werking. Daarmee kwam een relatief kort wetgevingsproces ten einde dat formeel pas in de zomer van 1999 een aanvang had genomen<sup>(1)</sup>. Dat de Belgische euthanasiewet er zo snel gekomen is, is te meer opvallend nu dat wetgevingsproces op geen enkele wijze juridisch voorgestructureerd was: er bestond geen enkele jurisprudentie ter zake, en voor zover bekend is er tot voor kort zelfs vanwege het Openbaar Ministerie (verder: OM) nooit een aanzet tot vervolging geweest. Daardoor was bijvoorbeeld niet bekend of de constructie van de noodtoestand, zoals die in Nederland door de Hoge Raad werd aanvaard in de context van euthanaserend handelen, ook in België van toepassing zou zijn. Dit had een voor de artsen zeer rechtsonzekere situatie tot gevolg, en vanuit die optiek was er inderdaad behoefte aan een wet. Sinds 2000, dus nog voor de recente wet van kracht was en waarschijnlijk onder impuls van de actuele politieke discussie, lijkt het OM zich overigens wel degelijk wat actiever op te stellen. Zo werden er bijvoorbeeld in januari 2000 in Luik, op aangeven van verpleegkundig personeel, twee artsen (een cardioloog en een anesthesist) gearresteerd op verdenking van het feit dat zij een man met langdurige en chronische longproblemen, op diens verzoek en in overleg met de familie, dodelijke barbituraten zouden hebben toegediend. Recent werd bekend dat de Raadkamer te Luik besliste de artsen niet te vervolgen.

2. Hoe anders is de situatie in Nederland, waar de recente „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding” (verder: WTL), die op 1 april 2002 in werking trad, algemeen beschouwd wordt als vooral een beknopte *codificatie* van de normen en procedures, die gedurende zo’n drie decennia door een wisselwerking tussen beroepsgroep (artsen), rechtspraak, patiëntenorganisaties, OM, ad-

---

(1) De tekst van de wet is te vinden op [www.gbs-vbs.org/wetgeving/2002009590.htm](http://www.gbs-vbs.org/wetgeving/2002009590.htm) Voor een overzicht en analyse van de wetsvoorstellen die in België in december 1999 op de parlementaire tafel lagen, zie M. ADAMS en G. GEUDENS, „De regulering van euthanasie in België. Principiële beschouwingen naar aanleiding van een aantal recente wetsvoorstellen”, *R.W.* 1999-2000, 793-817. Een overzicht van de recente wet is te vinden bij T. VANSWEEVELT, „De euthanasiewet. Toepassingsgebied en krachtlijnen”, *Nieuw Juridisch Weekblad* 2002, 444-456. Voor een beschouwing over het politieke rechtsvormingsproces terzake, zie M. ADAMS, „Het rechtsvormingsproces inzake euthanasie in België. Politieke verklaringen en vergelijkende beschouwingen”, *Res Publica* 2002, 599-625.

viesorganen enz., gevormd werden(2). Waar in België de wet veeleer bedoeld is om het gedrag van artsen, door middel van een politiek proces, te *modificeren*(3), is dat in Nederland dus niet het geval. Een van de gevolgen van dit verschil is dat er in Nederland gesteund kan worden op een kwalitatief en kwantitatief belangrijke hoeveelheid rechtspraak en rechtsleer voor begrip van het recht terzake. In België stond en staat deze rechtsleer dus niet ter beschikking. Dit betekent dat commentaar op (de betekenis van) de Belgische wet met de nodige omzichtigheid gegeven en begrepen moet worden, zeker nu ook de parlementaire discussie niet altijd uitblonk door helderheid. Overigens is juist het ontbreken van rechtspraak ook één van de verklaringen voor het feit dat de Belgische wet, zeker in vergelijking met de Nederlandse, zo veel gedetailleerde bepalingen bevat. Dit is niet slechts een empirische constatering. Want hoewel zowel in België als in Nederland het niet naleven van de voorwaarden zoals uitdrukkelijk door de wet bepaald, strafrechtelijke consequenties kan hebben, zijn in Nederland de eveneens vele gedetailleerde toepassingsvoorwaarden niet allemaal wettelijk bepaald, maar veelal in jurisprudentie of door middel van zelfregulering uitgekristalliseerd. Dergelijke voorwaarden hebben in principe slechts tuchtrechtelijke consequenties(4).

3. In dit artikel willen we enerzijds het respectieve Belgische en Nederlandse recht inzake euthanaserend handelen met elkaar vergelijken, en anderzijds de verschillen tussen de twee in een bredere politiek-maatschappelijke context proberen te plaatsen. Dit laatste is natuurlijk altijd van belang in enig rechtsvergelijkend onderzoek; het ene hangt als het ware noodzakelijk met het andere samen. Vergelijking zonder context is zinloos. Maar zeker in het geval van de Belgische euthanasiewet lijkt die politiek-maatschappelijke context zelfs in zeer sterke mate noodzakelijk te zijn voor een evenwichtig begrip van de wet en het kunnen verklaren van een aantal van de (soms opmerkelijke) keuzes die werden gemaakt. Aan het slot van het artikel ruimen we tenslotte ook plaats in voor een wat bredere, eerder

---

(2) Zie H. WEYERS, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, Groningen, diss.doct., 2002, 401 p.

(3) Of de Belgische wetgever hierin zal slagen is overigens niet zeker, aangezien de wet geen brede steun lijkt te hebben onder de artsenpopulatie zelf. Uit een enquête die werd afgenomen in opdracht van de Belgische Artsenkrant, bleek dat slechts 42 % van de ondervraagde artsen bereid was euthanasie onder voorwaarden toe te passen, en slechts 15 % op patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden sterven. Zie *Visie van de huisarts en geneesheer-specialist ten opzichte van euthanasie*, Leuven, Market Analysis & Synthesis, 2001, 6-9.

(4) Dit laat natuurlijk onverlet dat jurisprudentiële toepassingsvoorwaarden die uitdrukkelijk betrekking hebben op de betekenis van de (zeer open geformuleerde Nederlandse) wet eveneens strafrechtelijke consequenties kunnen hebben.

culturele vergelijking, die de verschillen in het wetgevingsproces tussen beide landen kan verklaren.

## I. Het materiële toepassingsgebied

### A. EUTHANASIE

4. Artikel 2 van de Belgische wet definieert euthanasie als „het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.” Deze definitie werd eerder voorgesteld door het Belgische Raadgevend Comité voor de Bio-ethiek(5), in een advies van 12 mei 1997 betreffende „de wenselijkheid van een wettelijke regeling van euthanasie.” Dit comité werd in 1993 na jaren van politiek getouwtrek opgericht om daarna pas in 1996 geïnstalleerd te worden. Het is opgezet als een advies- en informatieorgaan voor samenleving en overheid, en kan adviezen uitbrengen over de problemen die rijzen „ten gevolge van het onderzoek en de toepassingen ervan op het gebied van de biologie, de geneeskunde en de gezondheidszorg (...): deze problemen worden onderzocht op hun ethische, sociale en juridische aspecten, meer bepaald betreffende de rechten van de mens” (aldus artikel 1 van het oprichtingsstatuut van het Comité). Het omvat 35 leden, artsen, juristen, ethici, psychologen en sociologen, en is, naar Belgische gewoonte, ideologisch en taalkundig evenwichtig samengesteld(6). Een van de belangrijke kwaliteiten van het zojuist vermelde advies, was dat het voor België voor het eerst een heldere, strikte en gezaghebbende definitie vastlegde betreffende euthanasie. Daardoor kwam het Comité tegemoet aan een *conditio sine qua non* voor het überhaupt kunnen voeren van een zinvolle discussie, ethisch-maatschappelijk zowel als juridisch, over (de regulering van) euthanasie. De definitie was overigens afkomstig van de Nederlandse Staatscommissie Euthanasie uit 1985, en werd daarvoor reeds in 1977 gesuggereerd door de gezaghebbende gezondheidsjurist Leenen(7). Opmerkelijk genoeg bevat de Nederlandse wet geen definitie van euthanasie, en ook de term als dusdanig wordt in de wet niet gebruikt. De Nederlandse wet verwijst slechts naar levens-

---

(5) Zie over de werking van dit Comité: F. VAN NESTE, „Pluralisme en tolerantie in het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek”, *Streven* 1999, 891-897.

(6) Te consulteren via: [www.health.fgov.be/bioeth/](http://www.health.fgov.be/bioeth/)

(7) H.J.J. LEENEN, „Euthanasie in het gezondheidsrecht”, in P. MUNTENDAM (red.), *Euthanasie*, Leiden, Stafleu's wetenschappelijke uitgeverij, 1977, 72-147.

beëindiging op verzoek, zonder dit concept expliciet te definiëren. Uit het loutere gebruik van de term 'levensbeëindiging *op verzoek*' en uit de toepassingsvoorwaarden van de Nederlandse wet, blijkt evenwel dat het toepassingsgebied van de twee wetten, tenminste wat dit aspect betreft, identiek is. Ook bevat art. 293 van het Nederlandse Wetboek van Strafrecht (verder: WvS) een delictsomschrijving die sterk bij de Belgische definitie lijkt aan te sluiten: „Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren...”.

## B. HULP BIJ ZELFDODING

5. De Belgische wet is in tegenstelling tot de Nederlandse, niet van toepassing op de hulp bij zelfdoding. Dat is minstens opmerkelijk, nu algemeen aanvaard wordt dat de verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding ethisch indifferent, of in ieder geval minimaal zijn. Het zou logisch zijn dat beide handelingen dan ook aan dezelfde juridische standaard zouden worden gebonden. Waarom wel het 'meerdere', maar niet het 'mindere' reguleren? De Belgische wetgever *lijkt* desondanks bewust deze keuze te hebben willen maken, ondanks dat de Raad van State in zijn advies over het toen nog wetsvoorstel deze keuze fors bekritiseerde(8).

6. Één reden voor deze uitsluiting zou kunnen zijn dat het Belgisch strafrecht, in tegenstelling tot het Nederlandse strafrecht in artikel 294 WvS, de zelfdoding niet strafbaar stelt. Men zou kunnen beredeneren dat de hulp bij zelfdoding dan ook niet strafbaar kan zijn, wat de nood tot regulering doet vervallen. Helemaal overtuigen kan deze argumentatie echter niet, want volgens verschillende auteurs zou de hulp bij zelfdoding wel degelijk op een indirecte wijze strafbaar kunnen zijn. Daarvoor worden dan de artikelen 422*bis* en 422*ter* van het Belgische Strafwetboek ingeroepen die betrekking hebben op schuldig verzuim wegens het niet verlenen van hulp aan een persoon in groot gevaar(9). De vooronderstelling is dan dat een persoon die

---

(8) Zie Advies van de Raad van State, Afdeling Wetgeving, nr. 31.441/AV-AG, randnummer 18.

(9) Zo bijvoorbeeld, met verdere verwijzingen, J. VELAERS, „Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie”, in: *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood*, Antwerpen, Maklu, 1996, 482-486. Over artikel 422*bis* Sw. meer uitgebreid: H. VUYE, „Schuldig hulpverzuim. Een analyse van artikel 422*bis* Sw, in het licht van de algemene leer van de omissie in het strafrecht”, in *Liber Amicorum Jean du Jardin*, Antwerpen, Kluwer, 2001, 431-480.

zelfmoord wenst te plegen hiervan moet worden weerhouden, aangezien hij of zij in groot gevaar verkeert. Bij gebrek aan enige Belgische rechtspraak in verband met deze kwestie is het echter koffiedik kijken of deze redenering opgaat, wat de rechtsonzekerheid voor de artsen vergroot.

7. Overigens is vanuit het standpunt van de patiëntenautonomie hulp bij zelfdoding zelfs te preferen boven euthanasie. De eerstgenoemde handeling biedt immers meer garanties ter zake, nu zelfdoding door de patiënt zelf wordt verricht. In ieder geval in Vlaanderen vormt de uitoefening van deze patiëntenautonomie een probleem, want uit recent sterfgevallenonderzoek blijkt namelijk de (relatief) belangrijke omvang van rechtstreekse levensbeëindiging zonder expliciet verzoek van de patiënt. Dergelijke handelingen kwamen immers bijna drie maal zo vaak voor als euthanaserend handelen. Euthanasie vormde slechts het topje van de ijsberg, en kwam in 1,1 % van het totaal aantal onderzochte sterfgevallen voor, terwijl aanverwante handelingen zoals de hulp bij zelfdoding en rechtstreekse levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt in respectievelijk 0,1 en 3,2 % van de onderzochte overlijdens voorkwamen(10). Er bestond, zo blijkt, een probleem op het vlak van de uitoefening van de keuzevrijheid en autonomie van de patiënt.

8. Hoe dit alles ook zij, de wat ons betreft meest waarschijnlijke verklaring voor deze keuze door de wetgever heeft betrekking op de ideologisch-politieke context waarin het wetgevingsproces zich in België heeft afgespeeld. De sfeer tussen respectievelijk oppositie en meerderheid is van het begin van het parlementaire proces erg vijandig geweest. De voor- en tegenstanders van de wet aarzelden daarbij niet om elkaar uit te maken voor extremisten (van conservatieve dan wel vrijzinnige aard), om aldus aan politieke beeldvorming te doen. De term hulp bij zelfdoding heeft in die context voor een heel aantal parlementsleden al van in het begin van het debat de dagelijkse betekenis gekregen van het simpelweg doden van iemand op diens verzoek, zonder verdere voorwaarden (hulp bij zelfmoord). Dat ten behoeve van de bovenvermelde beeldvorming met name de voorstanders van de liberale wet er niet van wensten beschuldigd te worden iets dergelijks „lichtzinnigs” te willen steunen, mag ook duidelijk zijn. Dat in de juridisch-technische betekenis van het woord het bij hulp bij

---

(10) L. DELIENS, F. MORTIER e.a., „End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey”, *The Lancet* 2000, 1806-1811.

zelfdoding slechts gaat om het verschaffen van dodelijke middelen op verzoek van de patiënt, waarbij het onderscheid met euthanaserend handelen louter en alleen ligt in de wijze waarop de arts te werk gaat, was daardoor op een bepaald moment voor velen van geen betekenis meer(11). Een van de politici die in de Belgische Senaat nogal eens het woord voerde over euthanasie, dhr. P. Vankrunkelsven van de toenmalige VU, zag het misverstand op een bepaald moment in, en diende ter zake amendementen in(12), maar die werden allemaal afgewezen. Het moment waarop de keuzes waren gemaakt was toen gepasseerd, en de goedkeuring van de wet mocht geen vertraging meer oplopen. Het is in de politiek, en niet alleen daar, inderdaad vaak buitengewoon moeilijk om eenmaal gemaakte keuzes, die soms ook nog hebben geleid tot andere keuzes en tot daarbij passende institutionele codes, ongedaan te maken. In de politieke wetenschappen staat dit bekend als 'pad-afhankelijkheid'.

9. Toch zou het wel eens zo kunnen zijn dat het maken van dit onderscheid in de Belgische wet een juridisch ontoelaatbare discriminatie is. In het kader van haar objectief contentieux zou het Arbitragehof via de hefboom van het gelijkheidsbeginsel hier dus kunnen concluderen dat het een ontoelaatbare discriminatie is om wel euthanasie toe te laten, maar niet de hulp bij zelfdoding. Ook de gemene rechter zou soelaas kunnen bieden. Als die meent alleen de letter van de wet als interpretatieinstrument te kunnen gebruiken, dan heeft de arts die hulp bij zelfdoding biedt pech: hij/zij zal een strafrechtelijke veroordeling oplopen. Als diezelfde rechter evenwel een wat meer constructieve of teleologische interpretatie toepast en daarvoor te rade gaat in de voorbereidende werken van de wet, dan zal die al snel ontdekken dat het eigenlijk niet zozeer de bedoeling was de hulp bij zelfdoding (in technische zin) uit te sluiten, maar wel totaal vrije euthanasie. In ieder geval kan de keuze van de Belgische wetgever wat ons betreft niet overtuigen, zeker nu gegeven de voorgaande gegevens de rechtsonzekerheid voor de artsen er door wordt vergroot. Dat kan nooit de bedoeling van de wet zijn geweest(13).

---

(11) Het verslag van met name de bevoegde senaatscommissie wemelt van de voorbeelden van verwarrend taalgebruik in dezen. Zie bijvoorbeeld *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/22, 540 e.v., 580 e.v. en 610 e.v.

(12) *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/3, amendement nr. 5.

(13) Waar we in het vervolg van dit artikel over euthanasie spreken, verstaan we daar voor wat betreft Nederland tevens de hulp bij zelfdoding onder, tenzij uit de context anders blijkt.



## C. ANDERE BESLISSINGEN BIJ HET LEVENSEINDE

**10.** Zowel de Nederlandse als de Belgische wet hebben geen betrekking op andere beslissingen bij het levenseinde (of medische beslissingen die het levenseinde bespoedigen), dan euthanasie. Hierop wordt nogal eens kritiek geleverd: aangezien euthanaserend handelen te camoufleren valt als pijnbestrijding, is, zolang niet alle medische beslissingen en handelingen bij het levenseinde worden gereguleerd, controle op euthanasie ook onmogelijk. De vraag is of een dergelijke brede controle in de praktijk ook haalbaar is, en niet tot een bureaucratie kan verworden die in zijn tegendeel gaat verkeren. Hier lijkt wat ons betreft vooral aan te moeten worden gemedieerd door het garanderen van patiëntenautonomie door middel van een wet op de patiëntenrechten(14).

## II. Het personele toepassingsgebied

### A. DE ARTS

**11.** Op grond van artikel 3 § 1 en artikel 4 § 2 van de Belgische wet, pleegt *de arts* die euthanasie verricht geen misdrijf wanneer hij de normen en procedures zoals door de wet voorgeschreven heeft gevolgd. Dat betekent dat in de Belgische wet werd gekozen voor een zogenaamde rechtvaardigingsgrond. Een rechtvaardigingsgrond werkt *in rem* (en niet *in personam*), aangezien een gedraging haar wederrechtelijk karakter als gevolg van de rechtvaardigingsgrond verliest, en de dader bijgevolg zelfs gerechtigd is de betreffende daad te stellen. Zo bekeken is er in België dus sprake van een decriminalisering van euthanaserend handelen. In Nederland is de situatie strafrechtsdogmatisch anders: artikel 293 van het Nederlandse WvS, zoals geamendeerd door artikel 20 van de Nederlandse WTL, leert dat het beëindigen van iemands leven op diens verzoek weliswaar een misdrijf is en blijft, maar dat de *arts* die tegemoet komt aan de criteria zoals uiteengezet in artikel 2 van de Nederlandse WTL en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig

---

(14) Een dergelijke wet, meer bepaald de *Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt*, B.S. 26 september 2002, trad recent in werking. Zie hierover C. TROUET en I. DREEZEN, „Rechtsbescherming van de patiënt. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt”, *Nieuw Juridisch Weekblad* 2002, nr. 16, 2-12 en H. NYS, „De wet betreffende de rechten van de patiënt”, *R.W.* 2002-2003, 1121-1133.

artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, zich kan beroepen op de schulduitsluitingsgrond die in lid 2 artikel 293 WvS staat opgenomen. Het misdrijf blijft dus bestaan, maar de dader is in voorkomend geval niet strafbaar. Dit betekent dat er van een decriminalisering van euthanaserend handelen technisch gesproken geen sprake is. Voor de bewijslast maakt het overigens geen verschil voor welke optie er wordt gekozen: de schulduitsluitingsgrond (Nederland), rechtvaardigingsgrond (België), of misschien zelfs een noodtoestand (waar de Belgische christen-democraten voor wensten te opteren). Zowel in Nederland als België draagt het OM namelijk de volle bewijslast om aannemelijk te maken dat er in voorkomend geval sprake is van een strafbaar feit.

**12.** In ieder geval kan zowel in België als in Nederland een euthanasie slechts legitiem door een arts worden verricht. Overigens worden er in België geen verdere vereisten gesteld aan de hoedanigheid van de arts. Zo hoeft die niet de behandelende arts te zijn, en ook is geen bijzondere kennis, bijvoorbeeld op het domein van de palliatieve zorgverlening, vereist. Dit laatste is ook in Nederland niet noodzakelijk. Wel wordt in Nederland algemeen aanvaard dat de arts die euthanasie pleegt *in principe* de behandelend arts dient te zijn(15) (in 70% van de gevallen gaat het meer concreet zelfs om de huisarts(16)). Griffiths refereert in deze context tevens aan de zogenaamde 'rondreizende euthanasieartsen', waarover in 1994 enige ophef ontstond, en die via de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) bij een euthanasie betrokken raakten indien de eigen arts weigerde euthanasie toe te passen(17). Gegeven het feit dat enerzijds een belangrijk deel van de Belgische artsen de Wet op de euthanasie niet lijken te steunen(18), en dat anderzijds de vereiste van hoedanigheid van behandelend arts niet expliciet gesteld wordt, zou men kunnen verwachten dat de Belgische euthanasiepraktijk meer kwetsbaar is voor dergelijke rondreizende euthanasieartsen. Maar wellicht dat men de vereiste

---

(15) Griffiths geeft aan dat er geen specifieke bron *in het recht* voor deze algemeen aanvaarde opvatting is aan te wijzen. J. GRIFFITHS, A. BOOD en H. WEYERS, *Euthanasia & Law in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998, 103, n. 41. Wel is het een algemeen aanvaarde richtlijn van zorgvuldig handelen, zoals terug te vinden in vele rapporten en documenten opgesteld door adviescommissies en artsenorganisaties.

(16) H.J.J. LEENEN, „The development of euthanasia in the Netherlands”, *European Journal of Health Law* 2002, 128.

(17) J. GRIFFITHS e.a., *o.c.*, 103, nr. 41. Deze praktijk wordt desondanks (met de nodige reserves en terughoudendheid) toch aanvaardbaar geacht. Zie bijv. Rb. Rotterdam 7 december 1992 (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993, 24) en Hof Den Haag 7 september 1994 (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994, 65).

(18) Zie *supra* voetnoot 3.

van behandelend arts impliciet zou kunnen afleiden uit artikel 3 van de Belgische wet, waar deze leert dat de arts met de patiënt een aantal gesprekken moet voeren, gespreid over een redelijke periode, om zich van de duurzaamheid van het verzoek te vergewissen. Bovendien vereist de evenwichtige beoordeling van de wettelijke zorgvuldigheidsvereisten een zekere bekendheid met de patiënt en diens ziektebeeld. Daar staat evenwel tegenover dat in de parlementaire voorbereiding valt te lezen dat een patiënt zijn arts volledig buiten de besluitvorming moet kunnen laten(19).

**13.** Opmerkelijk genoeg maakt de Belgische wet, in tegenstelling tot de Nederlandse, niet duidelijk welk misdrijf wordt gepleegd door de arts wanneer hij of zij de normen en procedures die door de wet worden bepaald niet volgt. Dit is te meer opmerkelijk nu de Belgische wet, opnieuw in tegenstelling tot de Nederlandse (in artikel 293 WvS), nooit een afzonderlijk misdrijf heeft gekend voor euthanasie. De vraag rijst dus: welk misdrijf pleegt de arts in voorkomend geval eigenlijk? Door het in België ontbreken van een *lex specialis* inzake euthanasie zou de algemene strafbepaling van toepassing zijn. Maar welke is dat eigenlijk? Doodslag (artikel 292 Strafwetboek), moord (artikel 394 Strafwetboek), vergiftiging (artikel 394 Strafwetboek)? Deze onzekerheid wordt nog vergroot doordat er tot voor kort geen vervolgingen van euthanaserend handelen hebben plaatsgevonden, en er dus ook geen rechtspraak bestaat. De reden voor deze situatie heeft wellicht te maken met het feit dat de (voorwaardelijke) decriminalisering van het euthanaserend handelen niet door middel van het Strafwetboek zelf heeft plaatsgevonden, maar door middel van een aparte wet. Het Belgische Strafwetboek zelf is daardoor ongewijzigd gebleven. Deze optie werd echter pas genomen toen het parlementaire wetgevingsproces al een tijd gaande was, en betekende wellicht vooral een stap in de richting van de christen-democratische oppositie, die voorstander was van de constructie van de, overigens door haar wettelijk gedefinieerde, 'noodtoestand'(20). Maar het zou ook zo kunnen zijn dat de betreffende optie wellicht genomen is om tegemoet te komen aan gelijkaardige bezwaren binnen de liberale fracties in

---

(19) *Parl. St.* Kamer 2001-2002, nr. 1488/9, 236.

(20) Deze positie kon daardoor in belangrijke mate vergeleken worden met de Nederlandse zoals die tussen 1993 en 2001 van kracht was, en die er overigens eveneens onder impuls van de Nederlandse christen-democraten is gekomen.

het federale parlement(21). In ieder geval wenste men door de uiteindelijk gekozen constructie te benadrukken dat de bescherming van het leven een principiële zaak is en blijft, en dat doden op verzoek geen 'normale' aangelegenheid is. Maar wat de reden voor deze keuze ook is geweest, jammer genoeg is de vraag naar welk delict overtreding van de wet concreet oplevert blijven liggen. Deze omissie vormt onzes inziens een pertinente schending van het strafrechtelijk legaliteitsbeginsel.

14. De uiteindelijke Belgische wet maakt in het verlengde van het voorgaande ook geen onderscheid tussen strafbaarstelling in geval van niet-naleving van zwaardere dan wel lichtere schendingen van de wet. De enkele miskennis van een louter vormelijke verplichting kan aldus leiden tot het opleggen van een straf die, zelfs gelet op de toepasselijke minimumstraffen en op de mogelijkheid tot inachtneming van verzachtende omstandigheden, bezwaarlijk kan worden geacht in een redelijke verhouding te staan tot de tenlastelegging, die er op neerkomt de euthanasie te hebben toegepast zonder het desbetreffende, louter vormelijke vereiste te hebben nageleefd. De proportionaliteit is op dat vlak zoek.

15. Een boeiende aangelegenheid heeft betrekking op de vraag welke conclusie er getrokken mag worden uit het feit dat euthanasie *slechts* door een arts mag worden verricht. In Nederland lijkt er een meerderheidsopinie te bestaan onder gezondheidsjuristen dat euthanasie desondanks geen „normaal medisch handelen” is: bij euthanasie gaat het niet zozeer om *medisch handelen* zoals dat door de medisch-professionele standaard wordt genormeerd, maar om *maatschappelijk handelen* waar artsen bij zijn betrokken. Zou euthanasie trouwens normaal medisch handelen zijn dan zou het niet verrichten ervan in strijd zijn met de beroepsplicht van de arts(22). In België bestaat er meer discussie over deze aangelegenheid. Sommigen menen dat het inderdaad om een normale medische handeling gaat, en het feit dat de

---

(21) Zoals onder meer door de strafrechtsgeleerde prof. Jules Messine (Université Libre de Bruxelles en lid van de Raad van State) onder woorden gebracht tijdens de hoorzittingen in de Belgische Senaat. Zie *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/24, 845-877.

(22) Zie hierover vooral H.J.J. LEENEN, *Handboek gezondheidsrecht*, I, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Alphen aan den Rijn, Samsom/Tjeenk Willink, 2000, 326. Deze discussie speelde zich in Nederland vooral af in de context van de vraag of de zogenaamde medische exceptie al dan niet op euthanaserend handelen van toepassing zou dienen te zijn. De Hoge Raad wees dit verzoek af. Zie Hoge Raad 21 oktober 1986, *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 607.

euthanasie door een arts moet worden uitgevoerd vormt daarvoor een bewijs(23). Dit argument kan niet overtuigen: het feit dat euthanasie door een arts moet worden verricht betekent inderdaad dat het gaat om een handeling van een medicus, maar daarom is het nog geen *normale* medische handeling. Bovendien, wanneer het inderdaad om een normale medische handeling zou gaan, dan zou de vereiste dat euthanasie door een arts moet worden verricht betekenisloos zijn, aangezien deze eis in België hoe dan ook al zou volgen uit de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. In ieder geval is de Belgische arts op grond van artikel 14 van de euthanasiewet niet verplicht om op een verzoek tot euthanasie in te gaan. Ook zullen we *infra* deze bijdrage zien dat zowel de wilsverklaring als het verzoek tot euthanasie geen dwingende waarde hebben, wat betekent dat er niet zoiets bestaat als een (subjectief) recht op euthanasie. Hoe dan ook, de sleutel voor begrip in deze kwestie ligt, opnieuw, besloten in de politieke context, en heeft uiteindelijk betrekking op de vraag of met name katholieke ziekenhuizen de artsen werkzaam binnen hun muren mogen verbieden om euthanasie te verrichten. Het antwoord daarop is alleen al daarom niet louter academisch omdat zo'n 80 % van de Vlaamse ziekenhuizen is aangesloten bij het zogenaamde Verbond der Verzorgingsinstellingen, dat weer deel uitmaakt van de zuil van Caritas Catholica Vlaanderen.

**16.** In tegenstelling tot in Nederland, wordt in België niet wettelijk vereist dat de arts de euthanasie met de nodige „medische zorgvuldigheid” verricht (artikel 2 lid 1 (e) Nederlandse wet). Daarover werd in het parlement weliswaar discussie gevoerd, maar de politieke meerderheid vond de vereiste overbodig aangezien een arts hoe dan ook al verplicht was in zijn handelen de nodige medische zorgvuldigheid te betrachten. Of dit een juiste evaluatie is geweest, is echter maar de vraag. In ieder geval blijkt uit de Nederlandse tuchtrechtpraak dat bij euthanaserend handelen de medische zorgvuldigheid een aantal bijzondere vereisten stelt: zo dient de arts bij de patiënt te blijven tot hij de dood heeft geconstateerd, dan wel dat hij bereikbaar en op zeer korte termijn beschikbaar moet zijn om indien nodig te kunnen ingrijpen(24). En ook dient de arts de juiste lethale middelen in de juiste dosering toe te dienen, wat misschien wel een van de belang-

---

(23) F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT, „Ziekenhuizen mogen euthanasie niet verbieden”, opinie in dagblad *De Standaard* 11 oktober 2002.

(24) Zie hierover bijvoorbeeld de beslissing van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam 11 april 1994, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994, 57.

rijkste aspecten van de eis van een medisch zorgvuldig uitgevoerde euthanasie is.

**17.** Tenslotte: de arts in België moet niet ingaan op een verzoek tot euthanasie, en mag omwille van gewetensbezwaren of medische redenen de toepassing van euthanasie weigeren (zie artikel 14 Belgische wet). Wel dient hij in voorkomend geval dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig te laten weten, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan moet die weigering in het medisch dossier van de patiënt worden opgetekend. Bovendien moet de arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon (over deze laatste verder meer). Dit betekent dat er niet zoiets bestaat als een (subjectief) recht op euthanasie. Overigens mag de arts ook bijkomende voorwaarden verbinden aan zijn bereidwilligheid om op een verzoek tot euthanasie in te gaan, zoals artikel 3 § 2 en artikel 4 § 2 bepalen. Ook de Nederlandse arts mag weigeren op een verzoek om euthanasie in te gaan, en uit de parlementaire stukken, niet uit de Nederlandse wet, blijkt dat er dan een plicht tot doorverwijzen van de patiënt naar een andere arts bestaat<sup>(25)</sup>.

## B. DE PATIËNT

**18.** De Belgische wet vereist dat de verzoekende patiënt een meerderjarige dan wel een ontvoogde minderjarige dient te zijn. Een ontvoogde minderjarige is een minderjarige van 15 jaar en ouder die tengevolge van de aanwending van het instituut van de ontvoogding handelingsbekwaam is om de rechtshandelingen te verrichten die de wet uitdrukkelijk aanwijst. Dit is evenwel een uitzonderlijke status, en in zijn algemeenheid worden minderjarigen dus van de wet uitgesloten. Deze uitsluiting is het gevolg van het feit dat het onderwerp dusdanig controversieel bleek, dat de opname ervan de algemene goedkeuring van de wet zelf in gevaar dreigde te brengen.

**19.** De Nederlandse wet is vanuit dit perspectief totaal verschillend, zo leert artikel 2, leden 3 en 4, van de WTL. Want een minderjarige tussen de 16 en 18 jaar oud kan, indien hij tot een redelijke waardering

---

(25) Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken 2000-2001*, 26691/22, 7 en 78.

van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, een legitiem verzoek om euthanasie plaatsen, indien tenminste de ouder of de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen (of de voogd) bij de besluitvorming werd(en) betrokken. Ook indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien de ouders die het gezag over hem uitoefenen (of de voogd) zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kunnen verenigen, aan het verzoek van de minderjarige patiënt voldoen.

### III. Het verzoek van de patiënt

**20.** Een belangrijk aspect van beide wetten heeft betrekking op het verzoek van de patiënt. De Belgische wet maakt een onderscheid tussen enerzijds het verzoek in de strikte betekenis van het woord (artikel 3) en anderzijds het verzoek door middel van een wilsverklaring (artikel 4). De Nederlandse wet maakt het onderscheid eveneens, maar spreekt wat het tweede betreft over de „schriftelijke verklaring”. Om de vergelijking te vergemakkelijken refereren we aan het eerste verzoek als zijnde het actuele verzoek, en aan het tweede als de wilsverklaring.

#### A. HET ACTUELE VERZOEK

**21.** Op gedetailleerde wijze reguleert de Belgische wet de vormelijke en inhoudelijke vereisten van het actuele verzoek. Dat verzoek dient volgens artikel 3 § 1 „vrijwillig”, „overwogen” en „herhaald” te zijn, en bovendien niet tot stand te zijn gekomen als gevolg van externe druk. In artikel 3 § 2, 2<sup>o</sup> staat bovendien dat de arts moet controleren dat het gaat om een „duurzaam” verzoek, waarvan hij zich in meerdere gesprekken moet vergewissen. Merk overigens op dat er niet staat dat het verzoek *goed geïnformeerd* dient te zijn, alhoewel dat wellicht als vanzelf voortvloeit uit de vereiste van overwogenheid: een verzoek kan immers maar overwogen zijn wanneer de patiënt na afweging van alle elementen, inclusief alle medische en andere informatie, tot zijn verzoek is gekomen. Het verzoek dient bovendien in principe schriftelijk te zijn, wat wil zeggen opgesteld, gedateerd en ondertekend door de patiënt (artikel 3 § 4), en bewaard in het medisch dossier van de patiënt (artikel 3 § 5). Indien de patiënt niet zelf in staat is het verzoek op schrift te zetten, als gevolg van bijvoorbeeld verlamming e.d.m.,

gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt. Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document (deze beide personen hoeven overigens niet zelf te ondertekenen). Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd. De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven (artikel 3 § 4, laatste zin).

**22.** De Nederlandse wet daarentegen spreekt slechts over een „vrijwillig en weloverwogen” verzoek van de patiënt (artikel 2.1.a), zonder verdere formele vereisten. Dat is in vergelijking met de Belgische wet een nogal beknopte formulering. Wanneer we echter kijken naar de zorgvuldigheidscriteria zoals vooral ontwikkeld in rapporten(26) (we zouden het zelfregulering kunnen noemen), dan blijkt de Nederlandse praktijk veel rijker bedoeld te zijn dan de wet suggereert. Zo dient het verzoek in principe tevens te worden geuit door de verzoekende partij zelf, moet het onafhankelijk zijn, en dus niet onder invloed van externe druk worden gevormd; het dient weloverwogen te zijn, wat wil zeggen goed geïnformeerd, na overleg en gebaseerd op een duurzaam verlangen naar het einde van het leven (wat aangetoond kan worden doordat het verzoek gedurende een zekere periode enkele malen werd herhaald). Dit laatste criterium is overigens uitdrukkelijk afgewezen als *wettelijk* criterium, omdat dit problemen zou kunnen opleveren bij acute noodsituaties, zo was de overweging. Tenslotte dient het verzoek bovendien bij voorkeur op schrift gesteld te zijn of op een andere wijze geregistreerd.

## B. DE WILSVERKLARING

**23.** Artikel 4 § 1 van de Belgische wet reguleert, opnieuw tot in detail, de formele vereisten die aan een wilsverklaring worden gesteld in het geval een patiënt zijn wil niet meer kan uiten. Het is interessant om te

---

(26) Zoals tot uiting komend in een aantal gezaghebbende rapporten, zoals: Rapport van de Staatscommissie Euthanasie 1985 (Den Haag, Sdu); Rapport 3 en 4 van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, 1993; Standpunt hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie, 1995.



constateren dat de vele inhoudelijke vereisten die aan een *actueel verzoek* worden gesteld, hier niet meer van toepassing zijn.

**24.** De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(o)n(e)n. In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

**25.** Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om dat te doen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen. Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

**26.** De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden. De Koning, bij wege van Koninklijk Besluit, bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld. Tot nog toe bestaat een dergelijk Koninklijk Besluit echter niet. Sterker nog, er bestaat geen juridische plicht om het door de Koning nog vast te stellen formulier te gebruiken op de wijze zoals door de wet voorzien, wat tot gevolg heeft dat andere vormen van wilsverklaring ook geldende kracht kunnen hebben(27).

---

(27) *Parl. St.* Senaat 2000-2001, nr. 2-244/22, 952-953 en 1019.

27. Overigens kan de bedoeling van de Belgische wetgever om de geldigheid van de wilsverklaring te limiteren tot 5 jaar na opstelling of bevestiging, niet bereikt worden op de wijze zoals de wet nu geredigeerd is. Het derde laatste lid van artikel 4 § 1 stelt immers: met een wilsverklaring kan alleen rekening worden gehouden „indien zij minder dan 5 jaar voor het moment waarop de betrokkene zijn wil niet kan uiten, is opgesteld of bevestigd”. Stel dat iemand op 1 januari 1995 een dergelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Op 1 januari 2003 wordt de wilsverklaring aan een arts voorgelegd. Hoe kan deze arts weten sedert wanneer de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten? Dat kan sedert 1996 zijn, maar evengoed sedert 2002. In het eerste geval kan met de wilsverklaring nog wel rekening worden gehouden want er is slechts een jaar verstreken tussen het opstellen van de wilsverklaring en het moment van wilsonbekwaamheid, in het tweede geval kan er geen rekening mee worden gehouden. Aan dit probleem had gemakkelijk verholpen kunnen worden door het wetsontwerp correct te formuleren. Niet het ogenblik waarop iemand zijn wil niet meer kan uiten is doorslaggevend om de geldigheid van de wilsverklaring te bepalen, maar wel het ogenblik waarop de uitvoering van die wilsverklaring wordt gevraagd. Indien er meer dan vijf jaar zijn verstreken tussen het opstellen of bevestigen van de wilsverklaring en het ogenblik waarop de uitvoering van de wilsverklaring wordt gevraagd, zou er geen rekening meer mee mogen worden gehouden. Dat was een objectief en gemakkelijk te controleren tijdstip geweest. Een van de auteurs van dit artikel (H. Nys) heeft op dit probleem gewezen tijdens hoorzittingen in de Commissie Justitie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 27 februari 2002(28). De kamerleden beseften het probleem, maar wensten de tekst van de wet niet aan te passen. Staatsrechtelijk zou dit namelijk te grote consequenties hebben gehad: mocht er maar de minste verandering hebben plaatsgevonden ten aanzien van de tekst zoals die in de Senaat was goedgekeurd, dan had immers opnieuw de Senaat zich over de aldus veranderde tekst moeten uitspreken. De politieke meerderheid wenste dat niet(29).

---

(28) *Parl. St.* Kamer 2001-2002, nr. 1488/9, 156.

(29) We onderschrijven dan ook niet de stelling van Leleu dat de euthanasiewet in het parlement „uiterst zorgvuldig” werd voorbereid (zie Y.-H. LELEU, „De redactie privaats. Regelgeving inzake het zelfbeschikkingsrecht”, *T.P.R.* 2002, 1379). Het tegendeel lijkt waar te zijn. Dit mag onder meer blijken uit het feit dat de betrokken commissies in het parlement weliswaar veel en lang hebben vergaderd, veelal overigens tegen de expliciete zin van de fractieleiders van de politieke meerderheid, maar dat met vrijwel geen enkel amendement van de oppositie is rekening gehouden, ook niet de amendementen die louter taalkundig of eerder technisch van aard waren. Ook werd in de Kamer van Volksvertegenwoordigers met het gezaghebbende, want vrijwel unanieme, advies van de Commissie Volksgezondheid op geen enkele wijze rekening gehouden.

**28.** Artikel 2.2 van de Nederlandse wet leert dat in het geval van een wilsverklaring de zorgvuldigheidscriteria van artikel 2.1 van toepassing zijn, wat betekent dat de patiënt, ten tijde van het opstellen van de verklaring in staat diende te zijn tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Zoals we zojuist ten aanzien van de Belgische wet zagen, worden er in België aan de wilsverklaring geen verdere wettelijke vereisten meer gesteld: de wet vereist dus niet dat er ter zake sprake dient te zijn van, zoals in het geval van een actueel verzoek, een vrijwillig, weloverwogen en herhaald verzoek, totstandgekomen zonder externe druk. Dit is een belangrijk verschil tussen de Nederlandse en Belgische regelingen. Ook vereist de Nederlandse wet geen formele kwaliteiten van de wilsverklaring, behalve dat die schriftelijk dient te zijn. Hoe dan ook, tot nog toe komt euthanasie in Nederland als gevolg van een wilsverklaring erg weinig voor, onder meer omdat er al voor de wet twijfels bestonden over de juridische geldigheid van een dergelijk instrument<sup>(30)</sup>. Dit kan verklaren waarom er in rechtspraak en rapporten weinig zorgvuldigheidscriteria over deze kwestie zijn te vinden. Ook nu de wet er is, is de verwachting niet dat er veelvuldig gebruik van zal worden gemaakt.

#### **IV. De toestand van de patiënt**

**29.** Een verdere inhoudelijke vereiste heeft betrekking op de gezondheidstoestand van de patiënt. We zullen opnieuw een onderscheid maken tussen de twee situaties die we in de vorige paragraaf al hanteerden, namelijk die waar de patiënt een actueel verzoek plaatst enerzijds, en het geval van een verzoek door middel van een wilsverklaring anderzijds.

##### **A. IN HET GEVAL VAN EEN ACTUEEL VERZOEK**

**30.** De Belgische wet vereist in artikel 3 § 1 dat de arts er zich van „verzekerd” heeft dat de patiënt die een actueel verzoek plaatst zich in een „medisch uitzichtloze toestand” bevindt „van aanhoudend en ondraaglijk fysiek *of* psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of

---

(30) J. GRIFFITHS en A. KLIJN, „Can doctors’ hands be bound? Advance directives under current Dutch law”, 1999, te vinden op: [www.rechten.rug.nl/mbpsl/milaanpa.htm](http://www.rechten.rug.nl/mbpsl/milaanpa.htm)

ziekte veroorzaakte aandoening.” Deze bepaling heeft aanleiding gegeven tot veelvuldig en verwarrend debat in het parlement.

**31.** Een meer objectief en een meer subjectief element kunnen erin worden onderscheiden. Het meer objectieve heeft betrekking op de *ernstige* en *ongeneeslijke* aard van de door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. We mogen ervan uitgaan dat artsen, in zijn algemeenheid, de kennis en deskundigheid hebben om over de ernstige en ongeneeslijke aard ervan te beslissen. Over de mogelijkheid daartoe moet uiteraard worden gerefereerd aan de huidige stand van zaken in de medische wetenschap. De wet maakt overigens geen onderscheid tussen aandoeningen van fysieke dan wel psychische aard of oorsprong. Fysieke terminaliteit is dus geen vereiste die de Belgische wet stelt. Het is ook geen vereiste die in de Nederlandse rechtspraak (en nu de wet) ooit werd gesteld. Het gaat hier om een wezenlijk ethische keuze. In ieder geval kan een van de argumenten die in het Belgische wetgevingsproces werd gehanteerd om niet de vereiste van terminaliteit te stellen, namelijk dat het begrip niet of nauwelijks te definiëren valt, niet overtuigen. Artsen zijn onzes inziens goed in staat om met elkaar, gegeven de stand van medische kennis, uit te maken wat de gemiddelde levensverwachting is van iemand die zich in de situatie bevindt van een concrete patiënt die een verzoek om euthanasie plaatst. Dat daarbij geen mathematische zekerheid kan worden bereikt, en dat sommige patiënten dus langer leven dan verwacht, doet aan dat gegeven niet af. Uiteindelijk gaat het dus om een kwestie van afspraken maken: verstaan we onder terminaal drie maanden, drie weken, of drie dagen?

**32.** De vraag is echter die naar de toepassing van de bepaling: wordt iemand die een kanker heeft die met zware chemobehandelingen tijdelijk kan worden behandeld, waardoor de betreffende patiënt bijvoorbeeld nog een jaar kan leven, ook onder de toepassing van de wet begrepen? Wellicht niet, althans niet in eerste instantie. De koppeling echter aan het feit dat de medisch uitzichtloze toestand betrekking kan hebben op een louter subjectief element, namelijk het al dan niet kunnen lenigen van het lijden, lijkt, althans in België, een dergelijke interpretatie betekenisloos te kunnen maken.

**33.** Dit is het gevolg, enerzijds, van het gegeven dat het de patiënt zelf is, en hij alleen, die mag bepalen of hij aanhoudend en ondraaglijk psychisch of fysiek lijdt: de arts moet er zich immers slechts van verzekeren dat *de patiënt* zich in een dergelijke toestand bevindt. Als

de patiënt zegt zich daarin te bevinden, dan kan de arts zich daar slechts bij neerleggen. Over de concrete symptomen wordt bijvoorbeeld niet gesproken, ook niet over de ervaring met pijn- of leedgevoelens bij andere vergelijkbare patiënten. Bovendien vereist anderzijds de Belgische wet nergens dat een patiënt, alvorens de arts op een verzoek tot euthanasie kan ingaan, een behandelalternatief moet ondergaan. Sterker nog, in artikel 3 § 2, 1, staat slechts dat de arts met de patiënt „zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg (...)” moet *bespreken*. Uit deze combinatie van gegevens zou onzes inziens kunnen volgen dat de patiënt, bijvoorbeeld de vermelde kankerpatiënt, een behandeling dus mag weigeren, waardoor die patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand zal bevinden (of beter: begeven) als gevolg waarvan er vervolgens legitiem op een verzoek om euthanasie van hem kan worden ingegaan. De enige objectieve vereiste van de wet, de vereiste van een ernstige en ongeheelbare door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, zou dus wellicht in belangrijke mate of zelfs cruciale wijze subjectief ingevuld kunnen worden. Als gevolg daarvan zou minstens een spanning kunnen bestaan met de vereisten van het EVRM, want uit een samenlezing van de voor euthanasie relevante bepalingen uit dat verdrag (de art. 2, 3 en 8), zou je kunnen afleiden dat euthanasie slechts verenigbaar is met dat verdrag indien het een ultieme remedie is. Indien een patiënt een zinvol behandelalternatief, inclusief palliatieve zorgverlening, mag afwijzen, is er evenwel geen sprake van euthanasie als ultieme remedie<sup>(31)</sup>. Maar ook ten aanzien van dit cruciale element is de Belgische wet niet helemaal duidelijk, wat valt te betreuren. Hier wreekt zich onder meer het feit dat de Belgische euthanasiediscussie niet door de rechtspraak 'voorgejuridiseerd' was.

**34.** Maar gelijktijdig zou het ook zo kunnen zijn dat, in weerwil van de suggestie die van de tekst van de wet uitgaat, de algemene rechts-

---

(31) Het gaat in ieder geval niet op om te stellen, zoals Leleu doet, dat aangezien het EVRM het zelfbeschikkingsrecht wenst te erkennen en euthanasie slechts onder voorwaarden mag worden toegepast, de wet „niet strijdig kan worden bevonden met artikel 2 van het EVRM.” (zie Y.-H. LELEU, *l.c.*, 1378). Om dat te kunnen concluderen moet de gehele wet intensief worden onderzocht in het licht van de artikelen 2, 3 en 8 EVRM. Leleu doet dat niet. En ook overigens heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in zijn recente arrest *Pretty*, uitdrukkelijk gezegd dat artikel 2 „cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life.” *Case of Pretty v. the United Kingdom*, nr. 2346/02, § 39 (cursivering toegevoegd). Het zelfbeschikkingsrecht ligt dus volgens het Hof zelf uitdrukkelijk niet ten grondslag aan art. 2 EVRM.

beginselen van de subsidiariteit en proportionaliteit van toepassing zijn. Ingaan op een verzoek van een patiënt waarvoor nog een reëel behandelalternatief bestaat, zou in hoofde van de arts een niet-subsidiaire dan wel disproportionele handeling zijn, aangezien andere mogelijkheden nog open stonden.

**35.** Hoe dan ook, indien de 'liberale' interpretatie van de Belgische wet inderdaad juist is, schuilt hier een toch wel belangrijk verschil met de Nederlandse wet, of beter het Nederlandse recht. De Nederlandse wet is ter zake in ieder geval, opnieuw, veel korter, en vereist in artikel 2 lid 1 b dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, en dat hij bovendien met de patiënt tot de overtuiging moet zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts zelf moet met de patiënt dus tot de betreffende overtuiging komen. Op basis van de rechtspraak<sup>(32)</sup> geldt in Nederland nu een omgekeerde situatie als in België: er wordt namelijk aanvaard dat het vereiste van de uitzichtloosheid een objectief element constitueert, althans dat het oordeel daarover bij de arts(en) alleen ligt. Dat is ten dele ook het geval voor de ondraaglijksvereiste (misschien zouden we het een intersubjectief criterium mogen noemen): dat wordt immers, zo blijkt, eveneens niet alleen door de patiënt ingevuld. Waar in Nederland de ondraaglijkheid dus minstens ten dele een objectief element uitmaakt — het gaat om medische onomkeerbaarheid of uitzichtloosheid, afhankelijk van het professionele inzicht van de arts — lijkt dat in België juist als een volledig subjectief element te kunnen worden opgevat.

**36.** Een illustratie van de mogelijke betekenis van het verschil kan worden geboden door de zaak „Chabot” uit 1994. Daarin stelde de Hoge Raad in rechtsoverweging 6.3.3. het volgende: „Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden, dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is (...) van belang, *dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn, indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen.*” (cursivering toegevoegd). En kort na deze uitspraak stelde de Haarlemse rechter, in navolging van de Hoge Raad, in een zaak van een man die als gevolg van drie herseninfarcten halfzijdig verlamd was en zijn blijvende invaliditeit als gevolg daar-

---

(32) Zie met name het arrest Schoonheim uit 1984, *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106.

van niet wilde en kon aanvaarden, dat er van een uitzichtloos lijden geen sprake is indien een reëel alternatief, in casu psychiatrische hulp, om dat lijden te verzachten door de patiënt in volle vrijheid werd afgewezen(33). De arts was met andere woorden te kort geschoten omdat hij zich te gemakkelijk had neergelegd bij de weigering van zijn patiënt om aan enig alternatief mee te werken. In beide gevallen beriep de rechter zich op het subsidiariteitsbeginsel (waar het begrip „uitzichtloos” uiteraard op steunt!), en de commentatoren lijken het er over eens dat hulp bij zelfdoding, want daar ging het in beide gevallen om, niet gerechtvaardigd kan zijn in het geval van een patiënt die een betekenisvolle behandeling weigert(34). Hier zouden we dus opnieuw geconfronteerd worden met een belangrijk verschil tussen de Belgische wet en het Nederlandse recht. Een verschil dat maakt dat de Belgische wet, tenminste wat dit aspect betreft, een stuk liberaler lijkt dan de Nederlandse(35).

37. Overigens valt de hulp bij zelfdoding, zo zagen we eerder, niet onder het toepassingsgebied van de Belgische wet. De Nederlandse jurisprudentie inzake psychiatrische patiënten, heeft evenwel betrekking op hulp bij zelfdoding. Ook dat doet vragen rijzen over de vergelijkbaarheid, want dit leidt tot de paradoxale situatie dat *euthanasie* in België bij psychiatrische patiënten wel van toepassing kan zijn, terwijl zoals gezegd de Nederlandse rechtspraak en casuïstiek inzake levensbeëindigend handelen bij psychiatrische patiënten slechts betrekking heeft op de hulp bij *zelfdoding*. De voorzitter van de Commissie Justitie in de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, dat was een van de commissies die het toen nog wetsontwerp bediscussieerde, maakte de kwestie nog wat verwarrender, want hij concludeerde dat levensbeëindigend handelen op een psychiatrisch patiënt nooit mogelijk kan zijn, aangezien psychisch lijden niet verenigbaar is met een vrijwillige en overwogen wilsuïcing(36). Dit is een opvatting die in ieder geval haaks staat op de opinie van de

---

(33) Zie *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994, 355-359.

(34) J. GEVERS en J. LEGEMAATE, „Physician assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional options” in THOMASMA, D.C. e.a. (eds.), *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1997, 77 en 85.

(35) Terzijde: hoewel zoals bekend het arrest *Chabot* betrekking heeft op hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, geldt de regel ook voor patiënten met louter fysieke klachten. Zie daarvoor met name rechtsoverweging 8.4.1 van het Schoonheim-arrest, *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106.

(36) *Parl. St. Kamer* 2001-2002, nr. 1488/9, 217. De Kamercommissie voor Volksgezondheid, die een adviserende rol had ten aanzien van de Kamercommissie Justitie in deze aangelegenheid, adviseerde unaniem dat zuiver psychiatrisch lijden alleen nooit aanleiding moet kunnen geven voor een legitieme euthanasie. *Parl. St. Kamer* 2001-2002, nr. 1488/9, 379.

Hoge Raad in de zaak Chabot, maar vooral niet lijkt te stroken met een zinvolle interpretatie van de woorden (en de bedoeling) van de Belgische wet. In ieder geval valt te bezien hoe de praktijk zich ten aanzien van dit aspect zal opstellen. Gegeven de terughoudende opstelling van de Belgische artsen ten aanzien van de wet, valt ten aanzien van dit aspect waarschijnlijk weinig verandering in de praktijk te verwachten. Wat overblijft is in ieder geval rechtsonzekerheid.

**38.** Tenslotte: de tekst van de Belgische wet spreekt uitdrukkelijk, zo zagen we eerder, over medische uitzichtloosheid als gevolg van „een ernstige en ongeneeslijke, door *ongeval of ziekte* veroorzaakte aandoening” (cursivering toegevoegd). Dat betekent dat de wetgever blijkbaar wenste dat Brongersma-zaken („klaar-met-leven” problematiek) van de toepassing van de wet zijn uitgesloten, aangezien er voor de doodswens in een dergelijk geval geen directe somatische oorzaak, van fysieke dan wel psychische aard, bestaat („ziekte”)(37). De vraag is natuurlijk wel of het begrip ziekte helder valt af te bakenen, en in de praktijk te hanteren. Dat lijkt niet het geval te zijn, wat vooral voortvloeit uit het feit dat het meestal niet duidelijk is in welke categorie een verzoek om euthanasie moet worden ingedeeld: wanneer komt een verzoek voort uit loutere levensmoeheid dan wel uit lichamelijke of psychische aandoeningen? De meeste artsen lijken het er over eens dat er eigenlijk altijd wel een reden gevonden kan worden op basis waarvan een verzoek om euthanasie (mede) tot een somatische oorzaak kan worden herleid. Het zou dus wel eens zo kunnen zijn dat de vereiste van de Belgische wet dat er sprake moet zijn van een door *ongeval of ziekte* veroorzaakte aandoening, in de praktijk betekenisloos is.

## B. IN HET GEVAL VAN EEN WILSVERKLARING

**39.** De Belgische wet bevat bijzondere vereisten met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt indien deze niet meer bij bewustzijn is, en er sprake is van een wilsverklaring. Uit artikel 4 § 1 blijkt namelijk dat een dergelijke patiënt moet lijden aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, en dat bovendien de toestand van het onbewustzijn volgens

---

(37) Hoge Raad 24 december 2002 (LJN-nummer AE8772), binnenkort te verschijnen in de *Nederlandse Jurisprudentie*. Zie hierover E. PANS, „De Hoge Raad en de onzekere arts. Kanttekeningen bij het arrest over hulp bij zelfdoding in de zaak Brongersma”, binnenkort te verschijnen in *Nederlands Juristenblad*.



de stand van de wetenschap onomkeerbaar moet zijn. De vereiste van ondraaglijk lijden wordt niet meer gesteld, aangezien de wetgever ervan uit is gegaan dat dergelijke patiënten niet meer ondraaglijk kunnen lijden. Zou deze vereiste wel gesteld worden, dan zou euthanasie op onomkeerbaar onbewuste patiënten onmogelijk worden, zo was de vrees. Ondanks dat de wet weinig interpretatieruimte lijkt te laten ten aanzien van dit aspect — de meeste, maar niet alle, parlementsleden gingen er in ieder geval van uit dat slechts patiënten die in een zogenaamd persistent vegetatieve staat verkeren aan dit criterium beantwoorden — heeft er toch nogal wat parlementaire discussie plaatsgevonden over dit aspect. Een van de indieners van het wetsvoorstel, met name de fractieleidster van de Nederlandstalige liberale senaatsfractie, meende namelijk dat wat haar betreft de wet onder meer — en meestal — op comateuze patiënten van toepassing diende te zijn(38), wat ruimer is dan „onomkeerbaar onbewust”. Dat gaf weer aanleiding tot vragen over de toepasbaarheid van de wet op demente bejaarden: bevinden die zich in een onomkeerbaar onbewuste situatie nu er geen echt vermogen tot besef meer is(39)? Hoewel de meeste parlementsleden meenden dat dit niet het geval diende te zijn, is er nooit definitief antwoord op dit discussiepunt gekomen. Ook ten aanzien hiervan bestaat er bijgevolg rechtsonzekerheid.

**40.** De Nederlandse wet daarentegen stelt in het geval van een wilsverklaring geen bijzondere voorwaarden aan de patiënt, maar slechts in artikel 2.2 dat de „zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van *overeenkomstige toepassing*.” (cursivering toegevoegd). We vragen ons af wat dit betekent ten aanzien van de vereiste van ondraaglijk lijden. De wet leert dat een wilsverklaring kan worden toegepast wanneer de patiënt „niet langer in staat is zijn wil te uiten”. Deze vereiste is duidelijk breder opgesteld dan die van de Belgische wet (er wordt immers niet gesproken van onomkeerbare bewusteloosheid). Commentatoren hebben desondanks te kennen gegeven twijfels te hebben over de praktische werkbaarheid van de bepaling, juist omwille van het feit dat de andere bepalingen, met name de vereiste van ondraaglijk lijden van artikel 2 lid 1, van kracht blijven(40).

---

(38) *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/22, 987.

(39) *Ibid.*, 987.

(40) G. DEN HARTOGH, „Een wilsverklaring is niet genoeg”, *Nederlands Juristenblad* 1999, 1919-1924.

## V. Verplichtingen van de arts met betrekking tot het verzoek en de toestand van de patiënt

### A. IN HET GEVAL VAN EEN ACTUEEL VERZOEK

41. Ten aanzien van dit aspect is de Belgische wet in het bijzonder zeer gedetailleerd. De wet bepaalt in artikel 3 § 1 en § 2 namelijk niet alleen dat de arts die euthanasie toepast, geen misdrijf pleegt wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat de toestand van de patiënt overeenkomstig de voorwaarden van de wet is. De arts moet bovendien, op basis van artikel 3 § 2, vooraf en in alle gevallen de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet tevens een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. Het advies van die arts is niet bindend, maar kan in het geval van eventuele latere betwistingen uiteraard wel gezaghebbend of zelfs bezwarend zijn. De geraadpleegde arts, die onafhankelijk moet zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen<sup>(41)</sup>, neemt inzage in het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging. Indien er bovendien een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, moet het verzoek van de patiënt worden besproken met dat team of de leden ervan. Indien de patiënt dat tenslotte wenst, moet zijn verzoek worden besproken met zijn naasten die hij aanwijst. Uiteraard is uiteindelijk alleen de mening van de patiënt zelf doorslaggevend, en is de opinie van de geconsulteerde naasten *als dusdanig* niet bepalend voor de legitimiteit van het euthanaserend handelen. Maar dit laat onverlet dat de arts zich wel degelijk door de mening van de naasten beslissend kan en mag laten beïnvloeden om niet op een verzoek tot euthanasie in te gaan.

---

(41) In beginsel is natuurlijk iedere arts bevoegd, en wellicht is hier dan ook bedoeld: bekwaam. In ieder geval gebruikt de Franstalige versie van de Belgische wet de term „*compétent*”, hetgeen zowel bekwaam als bevoegd betekent.

**42.** In het geval de behandelende arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien aan bijkomende vereisten voldoen: in de eerste plaats leert artikel 3 § 3 dat hij een *tweede* arts moet raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. Die tweede geraadpleegde arts neemt, evenals de eerste geraadpleegde arts, inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en bovendien van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Ook deze arts dient een verslag op te maken van zijn bevindingen, en moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. Ook in dit geval brengt de behandelende arts de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging. Bovendien dient er, in de tweede plaats, in het geval van een patiënt die niet binnen afzienbare tijd zal overlijden minstens één maand te verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

Een algemene vereiste op grond van artikel 3 § 5 is dat alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), regelmatig worden opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

**43.** In de vergelijking valt opnieuw de beknoptheid van de Nederlandse wet op. Artikel 2.1 (a-d) leert dat de arts: de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten, en met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Op basis van punt e van dezelfde bepaling moet er door de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts worden geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d. Maar al deze vereisten moeten opnieuw worden aangevuld met de vereisten van zorgvuldig medisch handelen zoals die volgen uit rapporten en documenten van artsen- en andere organisaties. Zo dient de arts de kwestie te bespreken met de directe familie en bekenden (tenzij de patiënt dit niet wenst of er andere goede redenen zijn om dit niet te doen), en met

het verplegend personeel dat in direct contact staat met de verzorgende patiënt(42). Ook moet de arts een volledig medisch dossier bijhouden, waarin tevens staat opgenomen hoe de arts zich aan de vereisten van de wet heeft gehouden.

44. In zijn algemeenheid lijkt het een veilige conclusie te zijn dat de verschillen tussen respectievelijk de Belgische en Nederlandse wet ten aanzien van dit punt materieel gezien gering zijn. Het belangrijke verschil zit hem in de additionele vereisten die de Belgische wet stelt in het geval van een patiënt die niet binnen afzienbare tijd zal overlijden. Vanuit een meer formeel perspectief daarentegen, zijn de verschillen wel degelijk van belang. In de inleiding stipten we al aan dat in Nederland in principe alleen de wettelijke vereisten strafrechtelijke relevantie hebben; alle overige criteria zijn in de eerste plaats, hoewel niet exclusief, tuchtrechtelijk van belang. In de Belgische wet hebben de wettelijke criteria uiteraard eveneens strafrechtelijke relevantie, maar die wet is in tegenstelling tot de Nederlandse wet wel zeer gedetailleerd. Eén mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het Belgische medisch tuchtrecht grondig verschilt van het Nederlandse tuchtrecht: in België is het vooral bedoeld om de eer en de waardigheid van het beroep te handhaven; in de praktijk betekent dit dat het handelen van artsen veelal niet door de tuchtrechter wordt beoordeeld, maar dat die laatste rechter voornamelijk op het domein van het intercollegiaal gedrag actief is(43). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de euthanasiekwestie in België niet juridisch was voorgestructureerd: er bestond geen rechtspraak om op te steunen of terug te vallen, en de parlementaire discussie moest wat dat betreft bijgevolg van punt nul beginnen. Het gevolg is dat het resultaat van die discussie volledig in de wet is terug te vinden, aangezien het de wet is, en de wet alleen, die rechtszekerheid moet bieden. Het is tenslotte echter ook mogelijk dat de Belgische wetgever geen echt vertrouwen heeft gehad in de bereidwilligheid van de artsenorganisaties/Orde van Geneesheren om de euthanasiepraktijk ook op een constructieve wijze te ondersteunen. Wat dit laatste betreft: het is inderdaad zo dat in Nederland de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (verder: KNMG) vroegtijdig openheid van de artsen heeft gepropageerd inzake euthanaserend handelen, en dat daardoor de rechterlijke macht

---

(42) J. GRIFFITHS e.a., *o.c.*, 106.

(43) Hierover meer uitgebreid H. NYS e.a., „Oordelen volgens de eer en waardigheid van het beroep”, *R.W.* 2001-2002, 1445-1458.

als het ware de mogelijkheid werd geboden om een rechtsvormende rol te gaan spelen. De grootste artsenorganisatie in België, dat is de Orde van Geneesheren, heeft er daarentegen niet echt blijk van gegeven invloed te willen uitoefenen op het politieke rechtsvormingsproces(44). Zo was de Orde steeds van mening dat de euthanasiekwestie maar beter geheel wordt overgelaten aan de beroepsklasse zelf. De Nederlandstalige ondervoorzitter van de Orde verklaarde in het voorjaar van 2000, tijdens hoorzittingen over de euthanasiewet in de Belgische Senaat, dat „[d]e Nationale Raad [van de Orde der Geneesheren] zich noch vóór noch tegen een wetgevend initiatief ter zake heeft willen uitspreken. (...) Een andere grote vraag voor ons is of een wetgevend initiatief ons meer rechtszekerheid brengt. Natuurlijk, zeggen sommigen, want alles zal in een wettekst vastliggen. Wij artsen en de juristen van de Nationale Raad zijn er niet zo zeker van dat die rechtszekerheid daarmee gegarandeerd is. (...) De vraag is ook of de arts-patiënt-relatie, waar we zeer veel belang aan hechten, niet zal worden ondermijnd door de nieuw bijgebrachte connotatie van de arts als bringer van de dood. Wij voelen ons daar als arts in een ongemakkelijke rol. Misschien omdat we die rol nog niet gewoon zijn, maar de ongerustheid is er niet minder om.”(45) Kortom, waar de rol van de KNMG in het Nederlandse rechtsvormingsproces dus van groot belang is geweest — samen met die van de rechterlijke macht — is dat voor de Belgische Orde van Geneesheren bepaald niet het geval geweest. De Orde was geen vragende partij, en heeft zich steeds zeer terughoudend willen opstellen.

## B. IN HET GEVAL VAN EEN WILSVERKLARING

**45.** Aangezien de Belgische wet, zoals we hierboven zagen, specifieke bepalingen bevat in het geval het verzoek is geformuleerd door middel van een wilsverklaring, werd er tevens voorzien in specifieke bepalingen ten aanzien van de arts. Het gaat om *grosso modo* dezelfde vereisten als die worden gesteld aan de arts die zich geconfronteerd weet met een bewuste patiënt die om euthanasie verzoekt.

---

(44) Hetzelfde geldt overigens voor een aantal privaatrechtelijke artsensyndicaten die naast de publiekrechtelijke Belgische Orde van Geneesheren functioneren.

(45) *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/24, 108.

## VI. De meldingsprocedure

46. Hoe artsen zo ver te krijgen dat zij hun euthanaserend handelen bloot stellen aan controle en toetsing van buitenaf? Die opgave dringt zich onvermijdelijk op aan elke overheid die, zoals de Belgische en de Nederlandse, tot de slotsom komt dat de traditionele bescherming van het leven via een strikt strafrechtelijk te handhaven verbod op euthanasie in feite niet realiseert wat men belooft. In Nederland en in België heeft men in het verlengde van de wetgeving inzake euthanasie dan ook commissies in het leven geroepen die het euthanaserend handelen moeten controleren. Daarmee wordt de voorheen zuiver strafrechtelijke toetsing gewijzigd in een meer professioneel en maatschappelijk georiënteerde, met het strafrecht meer op de achtergrond. De bedoeling is steeds de arts, die begrijpelijke huiver voelt ten aanzien van (de dreiging van) het strafrechtelijk apparaat, aan te zetten tot melding. Daardoor kan er beter zicht worden verkregen op de euthanasiepraktijk, en ook betere maatschappelijke controle, en eventueel zelfs verbetering van die praktijk, plaatsgrijpen.

47. Artikel 5 van de Belgische wet vereist dat een arts die een euthanasie heeft verricht, binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument(46) bezorgt aan de door de wet opgerichte federale controle- en evaluatiecommissie. De commissie onderzoekt, op basis van artikel 8 van de wet, het volledig ingevulde registratiedocument, dat uit een anoniem en niet-anoniem deel bestaat, en gaat op basis van het (anonieme) tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in de wet. In geval van twijfel kan de commissie, die uit 16 leden bestaat (acht artsen, vier juristen, en vier leden „uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten”), bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen. Uit de parlementaire discussie bleek evenwel dat de arts op basis van zijn beroepsgeheim dergelijke informatie mag weigeren(47), hoewel de arts dan natuurlijk wel een verdenking op zich zal laden. Dit laatste doet de vraag rijzen naar de reikwijdte in deze

---

(46) Het document is te vinden op [www.health.fgov.be/AGP/nl/euthanasie/index.htm](http://www.health.fgov.be/AGP/nl/euthanasie/index.htm)

(47) *Parl. St.* Senaat 1999-2000, nr. 2-244/22, 1220.

context van het *nemo tenetur*-beginsel. Alhoewel het niet duidelijk is hoever het recht om zichzelf niet te moeten incrimineren reikt — is het bijvoorbeeld ook van toepassing op een *potentiële* verdachte (zoals een arts die euthanasie pleegt en daar correct melding van maakt)? — roept een dergelijke constructie minstens een spanning op. Hoe dit alles ook zij, de commissie spreekt zich ter zake binnen twee maanden uit. Is de commissie van oordeel, bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid, dat de in de wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

**48.** Zoals wellicht bekend voorziet de Nederlandse wet in zogenaamde regionale toetsingscommissies, waarvan er momenteel vijf fungeren. Deze werden in 1998 ingesteld, en bestaan ieder uit drie leden (en drie plaatsvervangers): een arts, een deskundige inzake ethische of zinvraagstukken en een jurist. De laatste fungeert tevens als voorzitter. Indien een euthanasie heeft plaatsgevonden, stelt de handelende arts een rapport op en verzendt dat aan de toetsingscommissie in zijn regio. Die commissie staat dan in voor de toetsing achteraf van conformiteit aan de zorgvuldigheidsvereisten zoals die in de wet staan opgenomen. Het oordeel van de commissie wordt binnen zes weken bij gewone meerderheid en gemotiveerd meegeedeeld aan de arts. De commissie óf de arts kan vragen om het oordeel nog toe te lichten. In het geval van een negatieve beoordeling deelt de commissie dit ook mee aan het College van procureurs-generaal en de regionale inspecteur van de volksgezondheid.

**49.** Er bestaan toch wel een aantal opvallende overeenkomsten tussen de Belgische en Nederlandse wet. Zo is in beide stelsels de melding een noodzakelijke voorwaarde voor legitimiteit, en slechts verdachte gevallen worden gemeld aan het OM. In beide stelsels fungeren de meldingscommissies als een soort van buffer tussen arts en OM, en dit op basis van het inzicht dat een arts niet in een strafrechtelijke sfeer bejegend wenst te worden. Het doel ervan is natuurlijk om het meldingspercentage zo optimaal mogelijk te maken. In beide stelsels blijft bovendien het OM bevoegd zelfstandig tot opsporing over te gaan, wat in overeenstemming is met de grondwettelijke autonomie van dat OM.

**50.** Een aantal opmerkelijke verschillen zijn er echter ook. Zo bouwt de Nederlandse meldingsprocedure voort op de plicht voor artsen om overlijdens te melden, zoals die reeds in voege was lang voordat er

sprake was van enige regulering van euthanasie(48). Een dergelijke plicht om overlijdens te melden heeft nooit bestaan in België(49). België is waarschijnlijk omwille van het ontbreken van een efficiënt systeem van controle op overlijdens dan ook berucht omwille van het hoge aantallen opgravingen dat plaatsgrijpt(50). Waar in Nederland bovendien wordt aanvaard dat euthanasie geen natuurlijke dood betreft, is men in België eigenlijk nog maar juist begonnen met een discussie hierover. De wet zelf heeft hier in geen geval duidelijkheid over gebracht. Wel leert artikel 15 van de euthanasiewet dat een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie met correcte toepassing van de voorwaarden gesteld door de wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekerings-overeenkomsten. *A contrario* zou men hieruit kunnen afleiden dat euthanasie als dusdanig een onnatuurlijke dood betreft.

**51.** Tenslotte is de administratieve organisatie van de Belgische federale commissie niet zonder problemen. Kan een commissie van 16 niet-voltijdse leden de dossiers ernstig verwerken, nu er dat honderden zo niet duizenden per jaar zullen zijn? Er zal dan toch minstens sprake moeten zijn van een serieuze administratieve ondersteuning en begeleiding. Vooralnog is daarover niets duidelijk, en ook hier is *the proof of the pudding in the eating*.

## VII. Tot slot: „bespreekbaarheid”

**52.** In een rechtsvergelijkende studie dient ook plaats te worden gemaakt voor een wat bredere, eerder culturele vergelijking: een metaperspectief. Vanuit een dergelijk perspectief rijst al snel de vraag hoe het komt dat in Nederland, in tegenstelling tot in België, bepaalde factoren en actoren ervoor hebben kunnen zorgen dat euthanasie relatief vroeg onderwerp van maatschappelijk debat en regulering is

---

(48) J. GRIFFITHS, „Self-regulation by the Dutch medical profession that potentially shortens life”, in H. KRABBENDAM en H.-M. TEN NAPEL (red.), *Regulating Morality: A comparison of the role of the state in mastering the mores in the Netherlands and the United States*, Antwerpen/Apeldoorn, Maklu, 2000, 177.

(49) Vandaar ook dat sommige leden van het Belgisch Raadgevend Comité voor de Bioethiek, in het advies over de wettelijke regulering van euthanasie (zie *supra* voetnoot 6), stelden dat een „euthanasie-procedure impliceert dat de wetgever op een meer precieze wijze een regeling zou uitwerken betreffende de vermelding van de doodsoorzaken in de overlijdensverklaring”.

(50) W. VAN DE VOORDE en W. BAR, „Taak van de arts bij een ongewoon overlijden”, *Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, 880-887.



kunnen worden, terwijl dat in België niet het geval was. Met andere woorden: wat kan vanuit een wat ruimer perspectief de positie van België in vergelijking met Nederland verklaren(51)? Daarbij willen we overigens aantekenen dat in een dergelijke vergelijking de Nederlandse situatie ons meer bijzonder lijkt dan de Belgische, in die zin dat Nederland uitzonderlijk vroeg is geweest met het maatschappelijk en politiek aanvaarden van beleid en wetgeving inzake euthanasie(52).

**53.** Laten we vanuit het vermelde metaperspectief eerst een aantal opvallende verschillen tussen beide landen inventariseren:

- a. In de eerste plaats is het rechtsvormingsproces in België veel korter geweest in vergelijking met Nederland, en is het vooral een parlementair proces gebleken. Rechtsvorming blijkt in België vrijwel samen te vallen met *wetsvorming* via het parlement. In Nederland blijkt een geleidelijk proces van rechtsvorming veel meer samen te vallen met een lang uitgesponnen maatschappelijk proces van discussie en aanvaarding van euthanasie.
- b. In de tweede plaats valt in België in vergelijking met Nederland de afwezigheid op van de medische professie, zowel in de recente politieke euthanasiediscussie als daaraan voorafgaand.
- c. Ten slotte hebben in België zowel de staande als de zittende magistratuur zich vrijwel volledig afzijdig gehouden in de rechtsontwikkeling met betrekking tot euthanasie. In Nederland hebben beide actoren een prominente rol gespeeld in de ontwikkeling van juridische normen met betrekking tot euthanaserend handelen.

**54.** Er is overigens tevens een opvallende overeenkomst met betrekking tot de rechtsontwikkeling: een *parlementair* wetsvoorstel krijgt in beide landen namelijk pas een kans op het moment dat de christendemocraten niet meer in de regering zitten. In Nederland trad de eerste euthanasiewet op 1 april 2002 in werking, terwijl dat in België op 23 september 2002 het geval was.

---

(51) Zie voor een bespreking en analyse van de Nederlandse ontwikkelingen: H. WEYERS, „Euthanasia: the process of legal change in the Netherlands”, in A. KLIJN, M. TRAPPENBURG, M. OTLOWSKI (eds.), *Regulating Physician-Negotiated Death*, The Hague, Elsevier, 2001, 11-27. Tevens J. GRIFFITHS, A. BOOD en H. WEYERS, *o.c.*, 382 p. en H. WEYERS, *o.c.*, 401 p.

(52) Inmiddels lijkt de meerderheid van de Belgische bevolking inderdaad voorstander van een wettelijke regeling inzake euthanasie. Uit een enquête die in oktober 1999 in opdracht van de krant *La Libre Belgique* werd gehouden zou althans blijken dat 80% van de Belgen onder bepaalde voorwaarden wetgeving inzake euthanasie wenst. Vragen naar de inhoud van dergelijke wetgeving werden evenwel niet gesteld. Verder bleek dat amper 10% van de Belgen radicaal afwijzend staat tegenover elke vorm van euthanasie, en dat eveneens 10% geen enkele wettelijke beperking wenst.

55. De verklaring voor het eerste verschil heeft onzes inziens met een aantal aspecten te maken. Zo is daar het gegeven dat de klassieke ideologische scheidslijn tussen respectievelijk confessionele en niet-confessionele posities — zoals onder meer tot uiting komend in wat gemeenlijk 'verzuiling' wordt genoemd — zich in België maatschappelijk en politiek veel langer dan in Nederland heeft kunnen voortzetten. Waar in Nederland de secularisering, minstens maatschappelijk, al in de jaren zestig is ingetreden, was dat in België op dat moment nog lang niet het geval. Maar zelfs ondanks dat later een gestadige neergang van het electorale aandeel van de christen-democratie valt waar te nemen, heeft die politieke beweging door middel van regeringsdeelname tot in 1999, belangrijke invloed kunnen blijven uitoefenen op het politieke euthanasiedebat. Een belangrijke en meer externe verklaring voor de instandhouding, tot lang na de jaren '60, van de invloed van het maatschappelijke en/of politieke christelijk-katholieke denken in België, is dat deze niet heeft moeten concurreren, zoals in Nederland, met het protestantisme. Deze concurrentie lijkt in Nederland in ieder geval tot een cultuur van bespreekbaarheid te hebben geleid. In zijn cultuurhistorische studie van het Nederlandse euthanasiebeleid in de periode 1968-1985 schetst de Amerikaanse historicus James Kennedy de maatschappelijke en culturele veranderingen waarin de Nederlandse euthanasiediscussie kon gedijen(53). Kennedy brengt deze veranderingen samen onder de noemer 'bespreekbaarheid', een concept dat in deze context wat ons betreft uiteindelijk vooral samenhangt met secularisering en ontzuiling. De term 'bespreekbaarheid' betekent in ieder geval veel méér dan iets bediscussiëren: het gaat erom zich van maatschappelijke taboes te bevrijden én om tegelijkertijd door die openheid greep te blijven houden op anders onzichtbare, de maatschappelijke orde eventueel bedreigende gedragingen. Bespreekbaarheid van euthanasie is daarom tevens een voorwaarde voor het controle kunnen uitoefenen op euthanaserend handelen: „de enige manier om controle te krijgen op een praktijk die, ongeacht het bestaan van wettelijke verboden, tóch zal plaatsvinden”(54). De bespreekbaarheid van euthanaserend handelen krijgt in Nederland meer concreet vorm in onder meer het gebruik van een ruime opvatting over zelfbeschikking. Waar dit laatste in bijvoorbeeld de VSA nogal atomistisch wordt opgevat, ziet en

---

(53) J. KENNEDY, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*, Amsterdam, Bert Bakker, 2002, 247 p. Zie voor een welwillende doch kritische bespreking van dit boek, H. WEYERS, „Een weloverwogen dood volgens Kennedy”, *Facta* 10 maart 2002, 8-11.

(54) J. KENNEDY, *o.c.*, 18.

zag men dit in Nederland, aldus nog Kennedy, als een concept dat verdisconteert dat men bij het maken van eigen keuzes ook moet rekening houden met de gevoelens van anderen.

**56.** Vandaag is in België een belangrijk deel van het maatschappelijk draagvlak dat de ideologische tegenstellingen schraagde, weggeval- len. De 'ontideologisering' in de geesten is voor een heel aantal mensen een feit(55). In het licht daarvan is het logisch dat in België sinds het midden van de jaren '90, op het moment dat de christen- democraten nog in de regering zitten, de euthanasiediscussie ook op politiek niveau heel voorzichtige kansen begint te krijgen. Bijvoor- beeld door middel van het vragen van een advies inzake de regulering van euthanasie aan het Raadgevend Comité voor de Bioethiek(56), en het ter discussie stellen van de kwestie in een debat op 9 en 10 decem- ber 1997 in de Belgische Senaat tussen parlementsleden en deskun- digen, onder meer van het Raadgevend Comité(57).

**57.** Waar dus de langer aanhoudende verzuiling een verklaring kan bieden waarom in België euthanasie tot voor kort niet op een open wijze bespreekbaar was, moet dat inzicht, om de relatief korte duur van het wetgevingsproces te kunnen verklaren, gekoppeld worden aan de ideologische inhaalslag die na juli 1999, datum van aantreden van een nieuwe federale (en regionale) regeringscoalitie, plaats heeft gegrepen. Voor het eerst sinds lang wordt er zonder christen-democraten geregeerd, die naar het oordeel van de voorstanders van een dergelijke wet de kwestie te lang hebben geblokkeerd. Het valt inderdaad op dat enkele parlementaire tenoren afkomstig uit de par- tijen die in regering zetelen, steeds maar weer aandringen op haastige spoed met betrekking tot wetgeving inzake euthanasie(58).

**58.** Het tweede verschilpunt heeft ook te maken met wat hierboven bespreekbaarheid werd genoemd: eerder vermeldden we al dat in

---

(55) Ook zijn er tekenen die erop wijzen dat de met de vermelde tegenstellingen gepaard gaande geïnstitutionaliseerde verzuiling begint weg te ebben. Zo hebben bijvoorbeeld de zuilorganisaties, alleszins in Vlaanderen, niet altijd politieke invloed meer, begint het perso- neelsbeleid binnen de overheid te objectiveren, en is de (dagblad)pers niet langer meer de spreekbuis van deze of gene politieke partij.

(56) Zie hierover *supra* voetnoot 3.

(57) Een vrijwel letterlijk verslag van deze debatten is te vinden in: *Handelingen* van de Belgische Senaat 1997-98, 9 en 10 december 1997, 3891-3954.

(58) Zie hierover meer gedetailleerd M. ADAMS, „Het rechtsvormingsproces inzake euthanasie in België. Politieke verklaringen en vergelijkende beschouwingen”, *Res Publica* 2002, 599-625.

Nederland de algemeen erkende en aanvaarde artsenorganisatie, dat is de KNMG, vroegtijdig openheid van de artsen heeft gepropageerd inzake euthanaserend handelen(59), en daarmee de rechterlijke macht als het ware de mogelijkheid heeft geboden om een rechtsvormende rol te gaan spelen(60). De Belgische Orde van Geneesheren heeft dat niet willen doen. De Orde is namelijk, zo stelden we eerder al(61), van mening dat de euthanasiekwestie maar beter geheel wordt overgelaten aan de beroepsklasse zelf.

**59.** We zien een aantal redenen die de verschillen tussen Nederland en België terzake kunnen verklaren. In de eerste plaats zou er ten aanzien van de Belgische Orde van Geneesheren, in vergelijking althans met de KNMG, een probleem van representativiteit kunnen zijn. Alleszins is er voor de KNMG een veel meer representatieve rol weggelegd als vertegenwoordiger van de beroepsgroep naar samenleving en politiek toe. Wellicht dat het verplichte lidmaatschap van de Belgische Orde een van de redenen is voor de eerder gebrekkige representativiteit ervan. Maar helemaal overtuigen kan deze verklaring niet, want het is opvallend dat ook de privaatrechtelijke artsen-syndicaten, waar artsen vrijwillig zijn bij aangesloten en die dus wel degelijk op een meer representatieve wijze als woordvoeder voor hun leden zouden kunnen optreden, zich in deze kwestie eveneens uiterst terughoudend hebben opgesteld. De toenmalige voorzitter van het grootste Belgische artsen-syndicaat, dhr. Marc Moens van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS), verklaarde kort na het verschijnen van het meerderheidsvoorstel dat ingaan op een vraag om euthanasie best aan het individuele oordeel van de arts wordt overgelaten, want „die beschikt over voldoende deontologie en ethiek om zijn beslissing waardig te nemen en te weerstaan aan druk (...)”. Op de vraag of een nieuwe wet de artsen niet meer rechtsbescherming zou bieden, repliceerde hij: „Dat is relatief, kan U mij de meest recente veroordeling van een arts aanhalen voor het plegen van euthanasie? Ik weet er geen. Er bestaan misbruiken, maar die ga je niet te lijf door een wetsverzachting.”(62) De andere grote artsenvakbond, de ASGB

---

(59) Zie *supra* paragraaf V.

(60) Die dat dan ook gedaan heeft, waarbij het jaar 1984 als markeerpunt fungeert, toen de Nederlandse Hoge Raad het standaardarrest „Schoonheim” wees (*Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106). De Hoge Raad ontwikkelde in dat arrest een aantal zorgvuldigheidsvereisten voor het kunnen plegen van euthanasie, die door de KNMG reeds eerder (ook in 1984) waren aanvaard. Het hoofdbestuur van de KNMG meende tevens dat de artsenstand de plicht heeft een maatschappelijk aanvaardbare regeling van het euthanasievraagstuk mogelijk te maken.

(61) Zie *supra* paragraaf V.

(62) *De Standaard*, 24 december 1999.

(Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België) wenste zelfs helemaal geen standpunt in te nemen over deze aangelegenheid. „Zulke keuzen maken hoort niet toe aan een vakbond.”(63).

**60.** In de tweede plaats lijken de Belgische artsen nooit echt voorstander geweest van de wet. Deze twee gegevens maken het moeilijk voor de Orde, in de mate dat die zich beschouwde als woordvoerder van de artsenklasse, om uit een mond te spreken en zich als pleitbezorger van de wet op te stellen. Ook vanuit de optiek van de hierboven vermelde verzuiling is de afwezigheid van de Orde van Geneesheren overigens geen toeval. De Orde is namelijk een eerder neutrale organisatie die moet instaan voor tuchtrechtspraak en administratieve registratie van artsen e.d.m. Als organisatie die dus niet in het klassieke zuilenpatroon is opgenomen, heeft en had de Orde veel minder directe toegang, via de klassieke zuilenorganisaties, tot de politiek. Al deze gegevens maken het moeilijk om politieke invloed uit te oefenen.

**61.** Voor wat in de derde plaats de afwezigheid van de rechtspraak en het Openbaar Ministerie betreft: een aantal aspecten kunnen daarin een rol hebben gespeeld. Zo heeft in de eerste plaats in België de rechtspraak, zoals zojuist aangegeven, niet de mogelijkheid gekregen om zich te ontwikkelen: artsen zijn in België immers niet bereid gebleken, zoals in Nederland, zich kwetsbaar en dus juridisch toetsbaar op te stellen. Dat is in die zin begrijpelijk, dat gegeven de stand van het maatschappelijk debat over deze kwestie — het thema was tot aan midden jaren '90 nog niet breed bespreekbaar (gesteld) — er een gerede kans bestond dat die artsen vanwege de rechter op weinig clementie hoefden te rekenen. In ieder geval is het zo dat doordat er in België geen rechtspraak bestaat, zoals in Nederland, de maatschappelijke en politieke discussie niet juridisch voorgestructureerd was, wat ten dele het sterk *parlementaire* karakter van het Belgische euthanasiedebat kan verklaren. In de tweede plaats: in Nederland is doden op verzoek, in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht van 1886, als een apart misdrijf strafbaar gesteld dat minder zwaar bestraft wordt dan moord. De afwezigheid van een dergelijke bepaling in de Belgische strafwet, gekoppeld aan de onduidelijkheid over de positie van de rechtbanken ten aanzien van euthanaserend handelen, zou eveneens kunnen meespelen in de beperktere bereidheid van artsen om zich toetsbaar (en dus kwetsbaar) op te stellen tegenover de rechterlijke macht. In de derde plaats was (en is) ook de mogelijkheid

---

(63) *De Standaard*, 10 februari 2000.

voor het Parket om verdachte overlijdens, waaronder tot voor kort als gevolg van euthanasierend handelen, op het spoor te komen niet ideaal, en alleszins veel kleiner dan in Nederland. En dit met name omdat in België voor een arts niet, zoals in Nederland, een plicht bestaat om overlijdens te melden.

**62.** Vanuit een ander perspectief is de afwezigheid van het Openbaar Ministerie in de *vervolging* daarentegen opmerkelijk, aangezien in de context van abortus terzake wel degelijk een actief beleid werd gevoerd. Sinds 1971 was er parlementaire discussie over deze kwestie, maar door interne verdeeldheid bij de verschillende politieke partijen en het veto van de christen-democraten kwam het niet tot wetgeving. Sinds 1976 lag de kwestie op politiek vlak helemaal stil. Toen tegen het einde van de jaren '70 de poliklinische abortushulpverlening ingeburgerd raakte, besloot het Openbaar Ministerie, juist omdat regering en parlement niet tot besluitvorming wilden komen, (opnieuw) tot vervolging over te gaan<sup>(64)</sup>.

**63.** Wat tenslotte vanuit een meer globaal perspectief opvalt is in ieder geval dat abortus in zijn algemeenheid veel sneller in vele landen van de westerse wereld werd gelegaliseerd dan euthanasie, want wat dit laatste betreft zijn Nederland en België tot op heden uniek. Wellicht dat dit verschil te maken heeft met de ontwikkeling en invloed van de vrouwenbeweging sinds de jaren '60 en '70, die abortus tot een van haar strijdpunten heeft gemaakt. Een dergelijke invloedrijke buitenpolitieke actor heeft inderdaad lang ontbroken in de euthanasie-discussie.

---

(64) Over het rechtsvormingsproces inzake abortus in België, zie E. WITTE, „Twintig jaar politieke strijd rond de abortuswetgeving in België (1970-1990)”, *Res Publica* 1990, 427-487.