



Euthanasie contra het vijfde gebod

Communio, 1996 (21), nr. 1, p 51-61

door dr. W.J. Eijk, dr. in de geneeskunde en in de moraaltheologie, priester van het bisdom Roermond, docent aan het priesterseminarie Rolduc in Kerkrade.



Televisie- en radioprogramma's over euthanasie trekken over het algemeen veel belangstelling. Met name de oudere generatie die bewuster met de dood bezig is, hecht er ofwel grote waarde aan zich van de mogelijkheid van euthanasie verzekerd te zien, of zij maakt zich grote zorgen over het risico van onvrijwillige levensbeëindiging. Ook hier blijkt hoe pluralistisch onze samenleving is.

Discussies over euthanasie lopen dikwijls vast doordat over de begripsinhoud van de gebruikte termen geen overeenstemming bestaat. Hier wordt de in Nederland gebruikelijke terminologie betreffende levensbeëindigend handelen gevolgd (1). Onder *euthanasie* wordt verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is als regel een ondraaglijk geacht lijden als gevolg van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Bij euthanasie gaat het vooral om het vermijden van een door lijden getekend terminaal stadium van het leven, hetgeen overigens niet betekent dat alleen van euthanasie wordt gesproken wanneer het leven in de stervensfase actief wordt beëindigd. *Hulp bij suïcide* wordt gedefinieerd als het opzettelijk verlenen van hulp bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is hierbij in het algemeen dat de betrokkene zijn leven niet wil voortzetten vanwege een fysieke handicap, psychiatrische aandoening of een andere vorm van tegenslag. Levensbeëindiging van een zieke buiten diens wil of medeweten wordt in Nederland geen euthanasie genoemd, maar omschreven als levensbeëindigend handelen zonder verzoek.

Euthanasie zonder enige toevoeging betreft in Nederland dus altijd levensbeëindiging op verzoek, terwijl het onderscheid tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie niet gehanteerd wordt. Deze definitie van euthanasie is overigens geenszins algemeen. In de Verenigde Staten wordt met euthanasie zonder meer vaak levensbeëindiging buiten medeweten van de patiënt bedoeld, terwijl wat in Nederland vrijwillige euthanasie heet, medische hulp bij suïcide wordt genoemd (2).

Nederland wordt in het algemeen als koploper gezien op het terrein van de euthanasie, en dat niet zonder reden. Blijkens de bevindingen van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, dat in 1990 in opdracht van de Commissie Rammelink de opvattingen en het feitelijk handelen inzake euthanasie onder de Nederlandse artsen heeft onderzocht, wijst slechts een kleine minderheid van de Nederlandse artsen, namelijk 12%, euthanasie onder alle omstandigheden af. 54% had minstens éénmaal euthanasie gepleegd en 34% was bereid een eventueel verzoek van een patiënt om levensbeëindiging te honoreren (3).

Overigens valt wat de aanvaarding van euthanasie in de omliggende landen betreft, een snelle inhaalmanoeuvre te constateren. In 1993 was van de artsen in België (4) 54% en in Luxemburg (5) 72% voor verrichting van euthanasie in bepaalde situaties. De bevinding dat dit percentage onder Belgische artsen jonger dan 45 jaar 61% bedraagt, doet vermoeden dat het aantal voorstanders in de nabije toekomst snel zal toenemen. Buiten Europa valt dezelfde tendens waar te nemen. Onderzoek onder artsen in Zuid-Australië in 1991 wees uit dat 45% van de ondervraagden voorstander is van de legalisering van actieve euthanasie onder bepaalde omstandigheden, terwijl 19% daadwerkelijk tot levensbeëindigend handelen was overgegaan (6).

1. De wetgeving onder druk

Maatschappelijke veranderingen leiden op den duur onvermijdelijk tot aanpassingen van de bestaande wetgeving, die immers de in de samenleving heersende tendensen en ethische opvattingen reflecteert.

In Nederland is de formele strafbaarheid van euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging gehandhaafd. De arts die deze handelingen heeft verricht, kan echter een beroep op de noodtoestand doen, zoals voorzien in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. De noodtoestand impliceert een conflict van plichten. Hier zou het enerzijds om de plicht gaan het leven te respecteren zoals het geldende recht dat verlangt, en anderzijds om de plicht het lijden van de patiënt naar vermogen te verlichten. In sommige gevallen zou dit laatste alleen mogelijk zijn door het leven van de patiënt te beëindigen, zodat de genoemde plichten met elkaar in conflict raken. Slaagt een beroep op de noodtoestand, dan wordt de arts geacht een hoger rechtsbelang te hebben gediend. Hij zou dan niets wederrechtelijks hebben gedaan en wordt bijgevolg van rechtsvervolgung ontslagen. Voorwaarde voor een succesvol beroep op de noodtoestand is dat de arts een aantal zorgvuldigheidsvereisten, vermeld in een bijlage bij artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging, in acht neemt. Hieronder valt met name de eis dat hij zichzelf via de gemeentelijke lijkschouwer aangeeft. Op het overlijdensformulier mag hij niet invullen dat het om een natuurlijke doodsoorzaak zou gaan. Feitelijk is de beoordeling van actieve levensbeëindiging door een medicus een kwestie van jurisprudentie (7).

Ook elders staan de ontwikkelingen niet stil. Bij een referendum in Oregon in 1994 bracht een meerderheid zijn stem uit op een voorstel om medische hulp bij suïcide te legaliseren. Tot een wetswijziging heeft dit tot nu toe niet geleid als gevolg van een rechtszaak die is aangespannen om het wetsvoorstel te toetsen aan de grondwet (8). In de staat Michigan wordt een heftige discussie gevoerd over de legalisering van medische hulp bij suïcide naar aanleiding van de tientallen patiënten die door de internist Jack Kevorkian sinds 1990 werden geholpen suïcide te plegen. In een groot aantal gevallen ging het daarbij om situaties waarin wij van (vrijwillige) euthanasie zouden spreken. Zowel een voorstel tot het instellen van een absoluut verbod op medische assistentie bij de zelfgekozen dood als een voorstel tot legalisering hebben het tot nu toe niet gehaald (9). Overigens lijkt Kevorkian te kunnen rekenen op brede steun vanuit de Amerikaanse samenleving, want blijkens enquêtes uit 1986, 1990 en 1993 is ongeveer twee derde voorstander van een wettelijke regulering van medische hulp bij suïcide. Hieruit concludeert Pence: "Among ordinary Americans, Kevorkian is approaching the status of a folk-hero" (10).

Op 25 mei 1995 zette het parlement van het Noordelijk Territorium in Australië vrij onverwachts een opmerkelijke stap met de rechtstreekse legalisering van (vrijwillige) euthanasie door de aanneming van de "Rights of the Terminally Ill Act 1995". Volgens deze wet kan een patiënt van minstens 18 jaar (art. 7,1,a) zijn arts verzoeken zijn leven te beëindigen in het geval dat hij aan een terminale ziekte lijdt, die een ondraaglijk lijden veroorzaakt (art. 3). Een terminale ziekte wordt omschreven als een ziekte die zonder de toepassing van buitengewone middelen of een voor de patiënt acceptabele behandeling tot de dood voert (art. 4; vgl. art. 7,b). Het overlijden van de patiënt wordt niet als een onnatuurlijke dood geregistreerd (art. 13,2). Voorwaarde is dat de arts een onafhankelijke collega consulteert die in het bezit is van een diploma "psychological medicine" (art. 7,c). Hij zal niet tot levensbeëindiging overgaan als hij van mening is dat er nog palliatieve mogelijkheden zijn en het lijden en de pijn van de patiënt tot een aanvaardbaar niveau kunnen worden verlicht (art. 8) (11). Deze wet kan in Australië op brede steun onder de bevolking rekenen, gezien het feit dat ruim 75% positief tegenover euthanasie staat (12).

2. Een tegenstrijdig gebod ?

Verontrust door deze steeds verdergaande aantasting van het respect voor het menselijk leven, met name in de hoog ontwikkelde landen, vroeg het Consistorie van kardinalen in april 1991 unaniem aan de paus een aparte encycliek aan deze problematiek te wijden. Eind maart vorig jaar werd deze na jaren van voorbereiding



gepubliceerd onder de titel *Evangelium vitae*. Overeenkomstig de traditie die de Kerk vanaf het begin kent, worden euthanasie, (hulp bij) suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek in dit document gezien als handelingen die krachtens het vijfde gebod, “gij zult niet doden” (Ex. 20,13; Deut. 5,17), ongeoorloofd zijn. Dit gebeurt in bewoordingen die doen denken aan een dogmaverklaring: “Na deze onderscheidingen bevestig ik in overeenstemming met het leergezag van mijn voorgangers en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, dat euthanasie (binnen de context van de encycliek zowel op verzoek als buiten medeweten van de betrokkene, E.) een zware schending is van de wet van God, aangezien zij het opzettelijk en zedelijk onaanvaardbaar doden betekent van een menselijke persoon” (*Evangelium vitae* nr. 65; nr. 66 handelt over suïcide) (13).

De visie van de katholieke Kerk op het respect voor het leven komt op sommigen als onlogisch over. Enerzijds wijst zij abortus provocatus, euthanasie en suïcide af, terwijl zij anderzijds de doodstraf, waar juist grote kritiek op bestaat, niet volstrekt uitsluit (vgl. *Evangelium vitae* nr. 56). Het vijfde gebod krijgt slechts een absoluut karakter wanneer het betrokken wordt op het doden van onschuldige mensen: “Met de autoriteit die Christus aan Petrus en zijn opvolgers heeft gegeven, en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, verklaar ik daarom dat het directe en vrijwillige doden van een onschuldig menselijk wezen altijd een ernstig zedelijk vergrijp is” (*Evangelium vitae* nr. 57). Euthanasie betreft de actieve levensbeëindiging van een onschuldige mens en is uit dien hoofde een intrinsiek kwaad.

Dit klassieke standpunt ontlokt in discussies menigeen de uitspraak: “Maar ik heb met de schuld of onschuld van de patiënt niets te maken, als het om euthanasie gaat” (14). Hij of zij heeft gelijk dat in een euthanasiesituatie het al dan niet schuldig zijn van de betrokkene geen motief vormt voor de beëindiging van diens leven. Doel is het vermijden van een ondraaglijk geacht levenseinde. De nadere precisering van het vijfde gebod met betrekking tot onschuldige personen maakt – zoals gezegd – er een absolute norm van. Dit betekent uiteraard niet dat schuldige mensen vogelvrij zouden zijn. Het doden van schuldige mensen is in het algemeen ook niet geoorloofd. Het gaat hier echter niet om een absolute norm, maar hooguit om een algemene, dat wil zeggen een norm die in de meeste gevallen geldt, maar waarop uitzonderingen bestaan.

Het vijfde gebod moet niet worden gelezen als een louter negatief verbod, maar ook als een positieve opdracht, namelijk om het menselijk leven te beschermen. Waar deze opdracht niet effectief kan worden vervuld zonder de belager of misdadiger te doden binnen het kader van de legitieme (zelf)verdediging of doodstraf: dan wordt dat krachtens het vijfde gebod ook vereist. Hiermee schijnt de contradictie nog niet volledig te zijn weggenomen. Heeft de belager of de misdadiger dan geen recht op leven dat respect verdient?

Voor een antwoord op deze tegenwerping is het nodig zich te realiseren dat het hier om een analoog begrip gaat. Verschillende rechten kunnen worden onderscheiden zoals het gebruiksrecht, het recht op vruchtgebruik, beschikkingsrecht en eigendomsrecht. Gebruiksrechten heeft de mens ten aanzien van zijn leven zonder twijfel, anders zou hij zijn opdracht als mens en christen niet kunnen realiseren. Bij het verlenen van het rentmeesterschap over de schepping geeft God de mens echter hooguit een beperkt beschikkingsrecht over het infrahumane leven, maar niet over zijn eigen fysieke natuur (Gen. 1,26-28). Hij behoudt de eigendomsrechten en de daaraan inherente beschikkingsrechten over het leven aan Zichzelf voor (Deut. 32,39), met name vanwege de unieke plaats die de mens in het geheel van de schepping inneemt: “Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als zijn beeld heeft God de mens gemaakt” (Gen. 9,6).

Het geestelijk levensbeginsel van iedere mens dat een directe schepping van Gods hand is, maakt hem tot Diens beeld en gelijkenis, tot een persoon die participeert in God ook als doel in zich. Er mag daarom nooit over hem als over een louter instrumenteel goed worden beschikt. Omdat het lichaam een intrinsiek onderdeel van de menselijke persoon is, deelt het in de waardigheid van de menselijke persoon als doel in zich. Het lichamelijke



leven is derhalve geen extrinsiek goed met alleen nuttigheidswaarde, maar een intrinsiek goed dat niet mag worden opgeofferd om aan het lijden te ontkomen, ook al is dit op zich een nobele intentie (15). Hoe ontlusterd het leven van de mens door ziekte ook mag zijn, hij blijft als persoon – geschapen naar Gods beeld en gelijkenis – altijd “een manifestatie van God in de wereld, een teken van zijn aanwezigheid” (*Evangelium vitae* nr. 34).

Het leven mag dan een intrinsiek goed zijn, het is geen absoluut goed. Ook het recht van de mens op zijn leven geldt niet absoluut. Hij kan door zijn gedrag als ongerechtvaardigde agressor of door de ernstige bedreiging die hij voor het algemeen welzijn vormt, dit recht verliezen. De reden waarom het de mens niet is geoorloofd – bij voorbeeld door middel van euthanasie – over zijn of andermans leven te beschikken, is ook de reden waarom hij het recht op leven eventueel kan verliezen. Hij heeft hierop slechts een gebruiksrecht. Had hij eigendoms- en beschikkingsrechten, dan zou men hem zijn leven nooit mogen ontnemen. De juiste interpretatie van het begrip “recht op leven” neemt de schijnbare tegenstelling weg.

Dat het leven geen absoluut goed is, impliceert tevens dat het niet tot elke prijs in stand hoeft te worden gehouden. Kan dat met gewone of geproportioneerde middelen worden bereikt, dan geldt er een morele plicht om deze toe te passen. Wordt de verhouding tussen de voor- en nadelen van levensverlengende behandelingen ongeproportioneerd, dan vervalt een dergelijke verplichting. In het laatste geval kan niet worden gezegd dat men met het besluit van behandeling af te zien levensbeëindiging beoogt. Het gaat feitelijk om het opgeven van een doel, de instandhouding van het leven. Hier moet dan ook niet van “passieve euthanasie” worden gesproken (16).

3. Een gebod met een opdracht

In zijn absolute formulering “gij zult geen onschuldige mensen doden” geeft het vijfde gebod slechts een ondergrens voor het morele handelen aan. De “Blijde Boodschap van het leven” omvat echter meer dan dat alleen. Zij betekent een opdracht, waaronder op de eerste plaats valt – zoals gezegd – het in stand houden van het leven met geproportioneerde middelen. Is dit geen haalbare kaart meer, dan zullen artsen, verpleegkundigen en familieleden ieder naar hun eigen verantwoordelijkheid zich ervoor inzetten om het lijden van de patiënt tot draaglijke proporties terug te brengen.

De pijnbestrijding heeft in de laatste twintig jaar een pijlsnelle ontwikkeling doorgemaakt. Door nieuwe combinaties van analgetica, sterk verbeterde toedieningstechnieken en de mogelijkheid om sensibele zenuwbanen selectief te onderbreken, kan pijn altijd afdoende worden bestreden. Ook al zullen chirurgisch ingrijpen, radio- en chemotherapie niet altijd tot blijvende genezing leiden, toch bewerken zij als regel een milder beloop van ziekten dan onder natuurlijke omstandigheden het geval zou zijn.

In dit opzicht zou er in onze tijd minder dan ooit reden zijn om aan euthanasie te denken, ware het niet dat de drempel voor het verdragen van pijn en lijden sterk psychisch bepaald is. Het schrijnend gebrek aan solidariteit en de eenzaamheid in de technisch en economisch hoog ontwikkelde landen, gekoppeld aan het ontbreken van een zingevende levensbeschouwing of religie, hebben het vermogen om lijden en tegenslag te incasseren drastisch gereduceerd. Tekenend is in dit verband de ervaring dat patiënten die hoge dosis morfinomimetica toegediend krijgen, na opname in een hospice, waar zij menselijke zorg, hartelijkheid en persoonlijke aandacht ondervinden, na verloop van tijd met minder of zelfs zonder pijnstillende middelen uitkomen.

Een bijzondere opdracht is weggelegd voor politici. Recht en ethiek vallen niet zonder meer samen, maar staan ook niet los van elkaar. Het positieve recht dient overtredingen van morele normen te sanctioneren voor zover het algemeen welzijn dat verlangt. Hoewel het recht vaak onder druk van veranderende opvattingen in een samenleving aangepast wordt, is het omgekeerde ook waar. Wordt de rechtsbescherming van het menselijk leven eenmaal losgelaten, dan gaat daar op zijn beurt ook een stimulerende werking van uit en begeeft men

zich op de "gladde helling".

Christelijke politici zien zich in hun strijd om de rechtsbescherming van het leven zoveel mogelijk te handhaven soms voor pijnlijke dilemma's geplaatst. Vormen zij een minderheid, dan is meestemmen met het minst vergaande voorstel ter legalisering van abortus provocatus en euthanasie niet zelden de enige mogelijkheid om zij het ook slechts een relatieve bijdrage tot de garantie van het algemeen welzijn te leveren. Blijkens nr. 73 van *Evangelium vitae* valt een dergelijke keuze onder strikte condities moreel te rechtvaardigen: " ... wanneer het niet mogelijk is een abortuswet af te wenden of volledig af te stemmen, zou het een afgevaardigde, wiens persoonlijke absolute tegenstand tegen abortus duidelijk en aan iedereen bekendgemaakt was, geoorloofd kunnen zijn wetsvoorstellen te steunen die ten doel hebben de schade te beperken en die de negatieve effecten op het gebied van de cultuur en de openbare moraal verminderen. Zo werkt men namelijk niet ongeoorloofd mee aan een onrechtvaardige wet, maar veeleer wordt een wettige en passende poging ondernomen om de kwade aspecten te beperken".

In Nederland hebben leden van het Christen-Democratisch Appèl zich gretig op de geciteerde passage gestort als zou die een pauselijke ondersteuning voor de Nederlandse euthanasieregeling zijn, waartoe zij de voornaamste initiatiefnemers waren (17). Bij deze veronderstelling zijn enkele kanttekeningen te maken.

Het Noordelijk Territorium van Australië mag euthanasie dan rechtstreeks hebben gelegaliseerd en in dat opzicht Nederland schijnbaar hebben voorbijgestreefd, Nederland blijft met zijn euthanasieregeling koploper. In het Noordelijk Territorium is euthanasie bij wet slechts toegelaten bij een terminale ziekte indien palliatieve zorg geen soelaas meer mocht bieden. Niettegenstaande de handhaving van de formele strafbaarheid van levensbeëindigend handelen, biedt de Nederlandse euthanasieregeling veel ruimere mogelijkheden. De Hoge Raad achtte in 1994 weliswaar een psychiater schuldig die een vijftigjarige vrouw met een depressie middelen had verstrekt om suïcide te plegen, maar de reden daarvan was dat hij verzuimd had een onafhankelijke collega te consulteren. De mogelijkheid van een beroep op de noodtoestand bij (hulp bij) zelfdoding, ook in gevallen waarin er van een somatische aandoening geen sprake is, werd in de betreffende uitspraak van de Hoge Raad niet principieel uitgesloten (18). In tegenstelling tot de vorige minister van justitie Hirsch Ballin (19) zijn de huidige minister van justitie Sorgdrager en de minister voor volksgezondheid Borst van mening dat actieve levensbeëindiging ook buiten de terminale fase mogelijk moet zijn (20). Bovendien is in enkele proefprocessen het beroep op de noodtoestand toegekend van een gynaecoloog (Prins) en een huisarts (Kadijk) die beiden het leven van gehandicapte pasgeborenen hebben beëindigd (21). De opening daartoe werd al geboden in een brief van onder andere de christen-democraat Hirsch Ballin aan de Tweede Kamer in november 1991 (22), terwijl de oppositie alleen voor legalisering van levensbeëindiging op verzoek had gepleit. De Nederlandse euthanasieregeling werkt bovendien gebrekkig doordat 75% van de artsen de melding van euthanasiegevallen achterwege laat (23).

Beperking van de euthanasiepraktijk naar vermogen is een opdracht die uit het vijfde gebod voortvloeit. Voor moreel goed handelen is echter meer nodig dan alleen een goede intentie. Het middel waarmee het doel wordt bereikt, het object van de act, mag in zich geen moreel kwaad zijn en moet geproportioneerd zijn aan het doel. Aan de laatste voorwaarde voldoet de Nederlandse euthanasieregeling zeker niet, aangezien ze slechts een verruiming van de euthanasiepraktijk in de hand werkt. Een intrinsiek bezwaar betreft het beroep op een plichtenconflict ter rechtvaardiging van levensbeëindigend handelen, omdat er zich op het vlak van de fundamentele, uit de wezensnatuur van de menselijke persoon voortvloeiende normen geen conflicten tussen plichten kunnen voordoen. Zou dat wel mogelijk zijn, dan zou men een innerlijke contradictie in de wezensstructuur van de mens zelf moeten aannemen.

De opdracht die het vijfde gebod inhoudt, vergt op de eerste plaats van allen in de samenleving een keuze voor



het leven. Alleen zo'n keuze baant het pad naar een nieuwe cultuur van het leven gebaseerd op het respect voor de intrinsieke waarde van de mens en zijn leven. Dit doet – mutatis mutandis – denken aan de keuze die Mozes in de vlakte van Moab aan de Israëlieten voorhield, vlak voordat zij het beloofde land binnentrokken: “Leven en dood houd ik u voor, zegen en vloek. Kies dan het leven, dan zult gij met uw nakomelingen het leven bezitten” (Deut. 30,19). Ondanks alle concrete historische verschillen heeft deze keuze niets aan actualiteit ingeboet.

Noten

1. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake euthanasie Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag 1991, p. 13-17.
2. H.T. Engelhardt, The foundations of bioethics, Oxford University Press, New York/Oxford 1986, p. 317: “I will term such a practice euthanasia where there is no actual competent consent but only presumed consent, in order to distinguish it from suicide and even assisted suicide, where a competent individual dying effects death, either alone or through the agency of another”.
3. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde..., o.c., p. 29-31.
4. “Wie bent u, dokter?”, in: Artsenkrant 14(1993), speciale editie, 21 december, p. 19.
5. Y. Kenis, “Artsen en actieve euthanasie. Opinie en praktijk”, in: Medisch Contact 49(1994), nr. 27/28, p. 921-924 (speciaal tabel 3).
6. C.A. Stevens, R. Hassan, “Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia”, in: Journal of medical ethics 20(1994), nr. 1, p. 41-46.
7. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, nrs. 643 en 688.
8. “More on Oregon”, in: Hastings Center Report 25(1995), nr. 5, p. 48.
9. J. Ellin, “Assisting suicide in Michigan”, in: Bioethics 10(1996), nr. 1, p. 56-70.
10. G. Pence, “Dr Kervorkian and the struggle for physician-assisted dying”, in: Bioethics 9(1995), nr. 1, p. 62-71, citaat op p. 62.
11. De tekst van deze wet is volledig afgedrukt in een artikel van E. Singer, “The legalization of voluntary euthanasia in the Northern Territory”, in: Bioethics 9(1995), nr. 5, p. 419-436.
12. Ibid., p. 420.
13. Hier is geciteerd Encycliek Evangelium vitae. Over de waarde en de onaantastbaarheid van het menselijk leven, Colomba, Oegstgeest 1995.
14. Zie voor een uitgebreide kritiek op de absoluteheid van het “gij zult geen onschuldige mensen doden”: R.A. McCormick, The critical calling. Reflections on moral dilemmas since Vatican II, Georgetown University Press, Washington, O.C. 1989, p. 220-231.
15. W.J. Eijk, “Euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindigend handelen zonder verzoek”, in: W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens (red.), Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Colomba, Oegstgeest 1994 (=Publikaties van de Stichting Medische Ethiek nr. 1), p. 115-116.
16. W.J. Eijk, “Suïcide omdat je oud bent? Reactie van een katholiek”, in: D. Pranger (red.), De zin van het rekken van het leven, Uitgeverij Kok, Kampen 1994 (=Nederlands Gesprek Centrum nr. 80), p. 152-157.
17. Vgl. de reactie van de voorzitter van het Christen-Democratisch Appèl, Helgers, in: Trouw, 31 maart 1995, p. 10; E. Hirsch Ballin, “Evangelie van leven – een strategie tegen dodelijke zinloosheid”, in: Trouw, 14 april 1995, p. 11.
18. Nederlandse Jurisprudentie, 1994, nr. 656.
19. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 16, p. 22.
20. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, “Euthanasie. De stand van zaken”, in: Medisch Contact 50(1995), nr. 12, p.



382 en 384.

21. Zie voor de zaak Prins de uitspraak van de Arrondissementsrechtbank van Alkmaar, Parketnummer 14.010021.95, en die van het Gerechtshof Amsterdam, Arrestnummer 23002076-95. De uitspraak in de zaak Kadijk werd gedaan door de Arrondissementsrechtbank te Groningen, Parketnummer 070093-95.

22. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14.

23. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde ... , o.c., p. 37-38; vgl. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, "De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding", in: Medisch Contact 46 1992), p. 43-47; vgl. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, "Euthanasie ... ", o.c., p. 381.

Ethische aspecten bij de postmortale orgaandonatie

door prof.dr. W.J.Eijk, arts, moraaltheoloog en mw.dr.M.W.H. Steemers-van Winkoop, ethica, pastor
Hoofdstuk 4 uit: Postmortale orgaandonatie. Een medisch-ethische en juridische beschouwing. Van Gorcum 1996, onder redactie van de Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond

1 Inleiding

Hoe goed de intentie van de postmortale orgaandonatie ook mag zijn, toch roept zij een aantal ethische vragen op, waaraan men niet voorbij mag gaan. Zoals bij de meeste problemen uit de medische ethiek staat ook hier de vraag centraal, welk beschikkingsrecht de mens over zijn lichaam toekomt. Het antwoord op deze vraag bepaalt het uitgangspunt voor de beantwoording van allerlei deelvragen.

Met name de discussie over de orgaandonatie laat zien hoezeer men in de westerse cultuur naar een utilistisch lichaamsbeeld is toegegroeid. We vinden het als burger niet ongewoon om na onze dood organen voor transplantatie te (moeten) afstaan. Orgaantransplantaties bevorderen deze utilistische visie op het menselijk lichaam. Het levende en dode lichaam of onderdelen daarvan hebben een (her)gebruikswaarde, een economische waarde of zelfs ruilwaarde gekregen. Daarmee lijkt het lichaam niet meer zozeer ons eigen lichaam te zijn, en daarmee uitdrukking van onze persoonlijkheid, onze identiteit, maar een verzameling van voor anderen nuttige en levensreddende organen. Door de toegenomen medisch technologische beheersbaarheid, die de orgaandonatie heeft mogelijk gemaakt, dreigt de mens in meerdere opzichten zijn 'zelfbeheersing' te verliezen (1).

Zou het mogelijk zijn om ook op een andere manier te spreken over de relatie tussen de mens en diens lichaam? Dat kan wanneer er enige relativisering van het menselijk lichaam plaats vindt en er aandacht is voor het gegeven dat de mens niet alleen een lichaam heeft, maar ook een lichaam is. Leven en dood zijn niet alleen de weergave van biologische processen, maar evenzeer van geestelijke processen. De mens is een heelheid en dat is meer dan lichamelijk. Dan komen noties als de onaantastbaarheid en beschermwaardigheid van het menselijk leven, integriteit en waardigheid van het lichaam aan de orde.

Omdat het lichaam tijdens het leven essentieel tot het zijn van de menselijke persoon hoort, deelt het ook in de waardigheid die aan de persoon toekomt. Het levende lichaam is daarom evenals de menselijke persoon zelf geen louter instrumenteel goed (gebruiksgoed). Hieruit volgt dat de mens noch over het eigen lichaam noch over dat van zijn medemensen beschikkingsrecht heeft (2). Na de dood verandert echter de betekenis van het lichaam. Het deelt niet langer in de waardigheid van de menselijke persoon, zodat men er tot op zekere hoogte -dat wil zeggen met respect voor de overledene en diens wil -als een instrumenteel goed over mag beschikken.



Aan de hand van dit uitgangspunt zal worden getracht op de verschillende afzonderlijke kwesties verbonden aan de postmortale orgaandonatie een antwoord te vinden.

2 De bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie op zich

2.1 De intrinsieke bezwaren

Zowel in kerkelijke als niet-kerkelijke kringen ziet men geen intrinsieke bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie. Het uitnemen van organen die voor het leven onmisbaar zijn, zou bij een levende donor diens dood betekenen. Na het intreden van de dood is het lichaam echter niet langer het lichaam van een menselijke persoon, maar een stoffelijk overschot.

Van katholieke zijde (3) sprak Pius XII zich reeds in 1956 in algemene zin positief over de orgaandonatie na de dood uit. *“Vanuit moreel en godsdienstig perspectief kan men niets inbrengen tegen de verwijdering van de cornea van een overledene... Voor wie de corneae ontvangt, de patiënt, betekenen zij het herstel en de correctie van een defect dat vanaf de geboorte bestond of als gevolg van een ongeluk is ontstaan... Het overleden lichaam is niet langer een subject van rechten in de eigenlijke zin van het woord: want het lichaam is niet de drager van een menselijke persoon meer die alleen subject van rechten kan zijn. De extirpatie is niet langer het verwijderen van een goed; de gezichtsorganen (hun aanwezigheid, hun integriteit) dienen geen enkel doel meer”* (4).

Bij herhaling heeft de huidige paus Johannes Paulus II de gelovigen opgeroepen hun organen na de dood voor transplantatie ter beschikking te stellen (5). De Duitse bisschoppenconferentie heeft samen met de Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in 1989 en 1990 zich positief over de postmortale orgaandonatie uitgelaten (6).

Ook binnen de diverse protestantse kerkgenootschappen in Nederland is de postmortale orgaanexplantatie praktisch algemeen aanvaard (7). Blijkens een vraag gesteld tijdens de discussie naar aanleiding van een lezing over het onderhavige onderwerp voor het NAV op 16 maart 1991 leeft in sommige orthodox-protestants-christelijke kringen als bezwaar tegen postmortale orgaandonatie, dat Jezus Christus na de kruisiging met zijn integrale lichaam in het graf is gelegd. Hier zou uit kunnen worden afgeleid, dat de christen met zijn gehele lichaam begraven dient te worden en postmortale orgaanexplantatie moreel verwerpelijk is. Het openen van het lichaam na de dood en het verwijderen van de organen zouden niet verenigbaar zijn met het geloof in de verrijzenis van het lichaam (8). Een *“argumentum ad hominem”* tegen deze visie is dat Jezus niet met Zijn integrale lichaam in het graf werd gelegd. Zijn handen en voeten waren met spijkers en Zijn zijde met een lans doorboord. De kruisdood is voornamelijk een dood door bloedverlies. Bovendien zouden, wanneer geen enkele mutilatie van het lichaam toelaatbaar zou zijn, chirurgische ingrepen moeten worden afgewezen. Een fundamenteel argument is dat normen, zoals die betreffende de menselijke persoon en het respect dat men jegens zijn stoffelijk overschot verschuldigd is, met het mens-zijn als zodanig samenhangen, dat wil zeggen: op de eerste plaats met de scheppingsorde en niet met de verlossingsorde.

Binnen de seculiere bioëthiek is de postmortale orgaandonatie in principe zonder meer aanvaard (9).

2.2 Bezwaren vanuit de keuzen in de gezondheidszorg

Een verder bezwaar tegen postmortale orgaandonatie betreft de vraag, of de grote kosten waarmee zij gepaard gaat – mede gelet op het succespercentage – gerechtvaardigd zijn, vooral nu keuzen in de gezondheidszorg onvermijdelijk zijn geworden.

De postmortale orgaandonatie is een kostbare onderneming vanwege de voorbereidende maatregelen die bij de kandidaat-donor moeten worden getroffen, de explantatie, het vervoer van de donororganen, de eventuele



opslag in orgaanbanken, de bemiddeling door orgaancentra en de transplantatiechirurgie. Bovendien zullen ook grote uitgaven gemoeid zijn met de bevordering van de orgaandonatie door middel van intensieve voorlichting en de registratie van eventuele orgaandonoren onder alle leden van de Nederlandse bevolking vanaf achttien jaar. Voorstellen voor de registratie van kandidaatdonoren zijn gedaan in het Voorstel van Wet op de Orgaandonatie, dat de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Simons, en de Minister van Justitie, Hirsch Ballin, beide uit het voormalige kabinet Lubbers-III, in oktober 1991 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden. (10)

Hoge kosten zijn ook verbonden aan de experimentele ontwikkeling van de orgaandonatie. Zo zijn de kosten voor een research programma betreffende anencefale pasgeborenen als orgaandonoren aan de Loma Linda Universiteit in Californië geschat op \$ 250.000 (11). Dit is een hoog bedrag, wanneer men bedenkt dat het programma in zijn geheel slechts 12 kinderen met anencefalie omvatte en geen enkele geslaagde transplantatie heeft op geleverd.

Hier staat echter tegenover, dat orgaantransplantatie ook een kostenbesparend effect kan hebben. Na een geslaagde niertransplantatie is geen nierdialyse meer nodig. Deze behandeling, die op zich al kostbaar is, brengt bovendien een hoog werkverzuim van de patiënt met zich mee. Het is daarom de vraag, in hoeverre de hoge uitgaven voor de ontwikkeling van de postmortale orgaandonatie niet worden gecompenseerd, doordat andere kostbare medische ingrepen komen te vervallen. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten uit 1983 bleek dat de totale kosten verbonden aan een geslaagde niertransplantatie als de donornier gedurende minstens vier jaar goed functioneert, lager zijn dan die welke de voortzetting van de dialyse gedurende diezelfde periode met zich zou hebben meegebracht (12).

Bovendien vergt de zogenaamde "hoge technologie," waaronder de transplantatiegeneeskunde valt, slechts enkele procenten van het totale budget voor de gezondheidszorg, omdat relatief weinig patiënten er gebruik van maken. Het grootste deel wordt besteed aan de zogeheten "lage technologie," waartoe klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek, electrocardiografie en de toepassing van nieuwe geneesmiddelen worden gerekend (13).

3 De zekerheid van de dood van de donor als absolute voorwaarde voor explantatie

In de meeste gevallen moet de orgaanexplantatie plaatsvinden op een moment, dat de ademhaling en de bloedsomloop nog intact zijn. Een situatie waarin het lichaam van een overledene een intacte ademhaling en bloedsomloop heeft, doet zich alleen maar voor bij een beademde patiënt bij wie een totale hersendood is vastgesteld. De partiële hersendood is geen adequaat criterium voor de dood van het menselijk individu als geheel.

Wanneer doodscriteria onzorgvuldig worden vastgelegd en gehanteerd, dan kan het gebeuren dat een donor te vroeg dood wordt verklaard en overlijdt aan de gevolgen van de explantatie. Hoe groot het belang van de ontvanger ook is en hoe indringend zijn of haar nood ook is, het mag niet voorkomen dat mensen worden doodverklaard die dat (nog) niet zijn. Hiermee dreigt immers een fundamenteel recht van de donor geschaad te worden, namelijk het recht op leven en de aanspraak op de beschermwaardigheid van dat leven, ook en juist dan wanneer zich dat in een terminale fase of bijna-dood-situatie bevindt. Wanneer er sprake is van enige twijfel over de vraag of iemand dood is of niet dient men zich te onthouden van orgaanexplantatie volgens het adagium 'in dubio abstine.' Zodra totale hersendood is vastgesteld, bestaat er zekerheid dat het lichaam niet langer het lichaam van een menselijke persoon is. Het uitnemen van – voor het leven onmisbare – organen impliceert dan niet meer het doden van de betrokken persoon.



Om een eventuele vermenging van belangen te voorkomen zal vereist moeten worden, dat de arts die de diagnose hersendood stelt, niet deel uitmaakt van het team dat de transplantatie uitvoert. Voorts mag hij niet zijn gerelateerd aan de potentiële ontvanger of diens familieleden.

Schulp, die het gebruik van de hersendood als doodscriterium afwijst, acht het wel bruikbaar als teken dat de dood spoedig zal intreden. Eventueel zouden donororganen volgens hem nog vóór de dood van de donor uit diens lichaam mogen worden uitgenomen, wanneer op basis van de hersendood mag worden verwacht, dat hij spoedig zal overlijden: *“Wellicht is dan het moment gekomen om iemand die zijn organen als vrije gift voor zijn (onbekende) vrienden wenste in te zetten, daar de mogelijkheid toe te bieden, al kost dit de donor het laatste restje leven (14).”*

Dit zou een vorm van zelfopoffering zijn naar het voorbeeld van Christus' kruisdood ten behoeve van het heil van de mensheid.

Zolang de donor leeft, is orgaanexplantatie actieve levensbeëindiging, ook al gaat het om “het laatste restje leven”. Mocht de patiënt zelf tevoren toestemming hebben gegeven, dan gaat het hier om een geval van directe suïcide bij volmacht. Directe suïcide als een vorm van zelfopoffering, bijvoorbeeld van een zieke die op deze wijze de financiële ondergang van zijn gezin wil voorkomen, is verdedigd door Bonhoeffer. (15) De mens is echter een eenheid van lichaam en geest. Omdat het lichaam essentieel tot de menselijke persoon behoort, impliceert directe suïcide dat de mens over zichzelf als zuiver middel tot een zelfgekozen doel beschikt. Hoe nobel het doel, in dit geval het schenken van de eigen organen, ook mag zijn, dit beschikkingsrecht over het eigen leven komt de mens niet toe (16). Een verwijzing naar de kruisdood van Christus ten behoeve van de mensheid is hier niet op zijn plaats. Zijn dood kwam door een vrije wilsbeslissing van anderen en niet van hemzelf tot stand, zodat van Hem niet kan worden gezegd dat Hij over het eigen leven heeft beschikt.

In het Voorstel van Wet op de orgaandonatie wordt toegestaan, dat met orgaan-preserverende maatregelen – zoals het kunstmatig in stand houden van ademhaling en bloedsomloop of het perfunderen van de nieren met een koude vloeistof via een catheter in de liesslagader – wordt begonnen, “op het moment dat de verantwoordelijke arts op grond van zijn kennis en ervaring van oordeel is dat de dood is ingetreden (17). Dit betekent dat klinisch onderzoek voor de hersendooddiagnostiek in dit geval voldoende wordt geacht. Als reden wordt genoemd dat met het vaststellen van hersendood met behulp van electro-encefalografie teveel tijd verloren zou gaan vanwege de wettelijk vereiste tijdsruimte tussen het eerste en het tweede electro-encefalogram.

Tegen deze bepaling bestaan geen medische en fundamentele ethische bezwaren. De diagnostiek van de hersendood berust, zoals gezegd, uiteindelijk op het aantonen van een irreversibele uitval van de hersenstam, die niet met behulp van electro-encefalografie, maar door klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen wordt vastgesteld. In de Angelsaksische landen (18) wordt binnen het kader van de hersendooddiagnostiek electro-encefalografisch onderzoek zelfs in het geheel niet vereist, en dat op goede medische en ethische gronden.

4 Het beleid bij potentiële orgaandonoren

Aan eventuele postmortale orgaandonatie wordt gedacht vanaf het moment, dat de prognose van een comateuze patiënt infaust blijkt. Normaal is dat een indicatie tot abstinere. Wordt de patiënt echter als potentiële donor beschouwd, dan wordt gepoogd zijn leven door middel van kunstmatige beademing in stand te houden, totdat een irreversibele uitval van de hersenstam is geconstateerd. Om tijd te winnen zal, nog voordat de donor is overleden, al een HLA-typering worden uitgevoerd en de functies van de diverse toekomstige donororganen worden onderzocht. Bovendien wordt onderzoek gedaan naar overdraagbare aandoeningen als



hepatitis-B, hepatitis-C en HIV-infectie. Kortom, er worden allerlei maatregelen genomen die voor de patiënt zelf geen therapeutische betekenis meer hebben, maar louter op het behoud van de donororganen zijn gericht. Noch moreel noch juridisch valt dit gemakkelijk te verdedigen, aldus Dupuis, die tevens constateert dat er aan dit probleem in de literatuur opmerkelijk weinig aandacht wordt besteed (19).

Primair staat hier niet vraag, of al deze maatregelen voor de betrokkene belastend zijn. Bij een comateuze patiënt valt dat niet vast te stellen. Heeft hij tevoren toestemming voor de orgaandonatie gegeven, dan mag men veronderstellen dat hij een zekere belasting die de daarvoor benodigde procedure met zich mee mocht brengen, vrijwillig heeft geaccepteerd, mits hij adequaat was voorgelicht. Bovendien is bij een totale uitval van de hersenschors en de hogere hersenkernen uitgesloten, dat de betrokken persoon zich van enige belasting bewust is.

Centraal staat hier de vraag, of de patiënt binnen het geschetste beleid niet als instrumenteel goed wordt gebruikt en aldus zijn intrinsieke waardigheid als doel in zich wordt geschonden. Het antwoord wordt gevonden in de deugdenethiek, die vanaf het einde vorige eeuw onder invloed van het neo-thomisme binnen de katholieke moraaltheologie (20) en sinds enkele tientallen jaren ook in de seculiere (bio)ethiek een herwaardering heeft ondergaan (21). De deugden laten zien, welke relatie er bestaat tussen de handelende persoon en de door hem verrichte moreel goede handeling. Het herhaald verrichten van moreel goede handelingen leidt tot de vorming van deugden, stabiele moreel goede karaktereigenschappen. Wie bij herhaling prudente beslissingen neemt, wordt prudent. Wie zich toelegt op de discretie, wordt een discreet mens. Hetzelfde geldt voor de altruïstische handeling. De goede handeling wordt steeds spontaner en met meer gemak gesteld, doordat de persoon innerlijk verandert, dat wil zeggen zelf een goed mens wordt. Bij de verrichting van een goede handeling is daardoor de persoon zelf ook mede het doel van de handeling, ook al zal deze wat betreft de primair beoogde effecten op anderen zijn gericht.

De vrijwillige donatie van de eigen organen beantwoordt aan de deugd van de broederliefde, het altruïsme of de solidariteit. Vanuit dit gezichtspunt bezien hebben de levensverlengende en diagnostische ingrepen – voor zover nodig ten behoeve van de orgaandonatie – ook de donor zelf tot doel. Daarom wordt de donor niet tot louter instrumenteel goed gedegradeerd, mits hij zelf de orgaandonatie heeft toegestaan.

Deze laatste voorwaarde is essentieel. De deugden vinden uiteindelijk hun wortel in vrij gekozen handelingen. Zolang onbekend is of de kandidaatdonor toestemming heeft gegeven, impliceert het treffen van de voorbereidende en conserverende maatregelen, dat de patiënt wordt geïnstrumentaliseerd. Het lijkt om deze reden niet acceptabel, dat familieleden toestemming kunnen geven voor het treffen van allerlei orgaan-preserverende maatregelen. Hun recht om – bij ontstentenis van een wilsverklaring van de betrokkene – te beslissen over orgaandonatie en het initiëren van de daartoe noodzakelijke procedure begint pas na de dood van de donor (22).

Het spreekt vanzelf dat de conserverende maatregelen niet met de normale geneeskundige zorg strijdig mogen zijn. Zij mogen alleen bij een infauste prognose worden toegepast, als uitstel ervan tot na de dood tot irreversibele beschadiging van de donororganen zou leiden.

5 Het beschikkingsrecht over het lichaam van de overledene

5.1 Is een wilsbeschikking van de overledene vereist?

Naar algemene overtuiging moet een wilsbeschikking worden gerespecteerd. De praktijk van de postmortale orgaandonatie zou daarom veel eenvoudiger zijn, wanneer iedere Nederlander een codicil bij zich droeg, een wilsbeschikking omtrent wat er met zijn lichaam en zijn organen na de dood mag gebeuren. Het aanbod aan

donororganen zou zodoende sterk kunnen stijgen. Op dit moment heeft slechts een minderheid een codicil op zak. Vandaar dat er stemmen opgaan om de leden van de bevolking bij wet te dwingen tijdens hun leven via een wilsbeschikking kenbaar te maken of zij al dan niet na overlijden als orgaandonor willen fungeren.

Een dergelijke dwang ligt vervat in het zogenaamde geen-bezwaarsysteem. Dit houdt in dat iemand zonder meer geacht wordt orgaandonor te zijn, tenzij hij uitdrukkelijk daartegen bezwaar heeft aangetekend en dat officieel heeft laten registreren. Laat iemand dit na, dan kunnen zijn organen na overlijden zonder meer voor transplantatie doeleinden uit zijn lichaam worden verwijderd. Het hoeft geen betoog dat de invoering van dit systeem vereist dat tevoren een betrouwbare en waterdichte registratie van de eventuele bezwaren gegarandeerd is.

Binnen het geen-bezwaar-systeem moet iedere burger een keuze maken. Dit ligt principieel anders bij een toestemmingssysteem, waarbij iemand pas als orgaandonor in aanmerking komt, wanneer hij daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Mocht iemand dat nalaten, dan geldt hij niet als donor. Dit systeem dwingt niet tot een keuze, maar verlangt een actieve handeling van degene die zijn organen na de dood wil afstaan.

Het wetsvoorstel van Staatssecretaris Simons houdt in dat het gemeentebestuur eenmaal per jaar aan alle ingezetenen, die de leeftijd van achttien jaar bereiken, een voorgedrukte donorkaart toezendt waarop zij hun wil inzake postmortale orgaandonatie kenbaar kunnen maken. In een centraal register worden toestemming tot donatie of bezwaar ertegen bijgehouden (of dit centraal systeem haalbaar is, staat overigens nog ter discussie). Te allen tijde kan deze wilsverklaring worden herroepen (23).

5.2 Het toestemmingssysteem versus het geen-bezwaarsysteem

Het aanbod aan donororganen zal bij invoering van een geen-bezwaarsysteem ongetwijfeld stijgen. Het verlangt immers van degene die geen donor wil zijn, een actieve handeling – het aantekenen van bezwaar – die vaak zal worden nagelaten. Bij het toestemmingssysteem wordt daarentegen juist degene die tot orgaandonatie bereid is, geacht stappen te ondernemen om dat kenbaar te maken. Omdat velen dit niet doen, moet men bij een toestemmingssysteem in de meeste gevallen de naaste familieleden om toestemming vragen. Betrokken artsen en verpleegkundigen zien er echter tegenop om onder toch al emotioneel beladen omstandigheden de familie ook nog te confronteren met een verzoek om orgaandonatie.

Ervaringen in andere landen hebben uitgewezen dat een geen-bezwaarsysteem tot een verhoogd aanbod van donororganen leidt. De invoering ervan in België leidde tot een stijging van het aantal donornieren met 86% en van andere organen zelfs met 183%. In Singapore bedroeg het aantal donornieren in de jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig bij toepassing van een toestemmingssysteem slechts enkele per jaar. In 1987 werd er een geen-bezwaarsysteem ingevoerd, dat inhoudt dat alle wilsbekwame burgers of ingezetenen tussen de 21 en 60 jaar oud die het slachtoffer zijn geworden van een verkeersongeluk, als nierdonoren gelden, tenzij zij tevoren bezwaar daartegen hebben aangetekend. Instemming van de familie is niet vereist. Met de religieuze opvattingen van Moslims wordt rekening gehouden, in die zin dat van hen automatisch wordt aangenomen dat zij bezwaar tegen orgaanexplantatie maken, ook al hebben zij dat niet uitdrukkelijk laten registreren. Dit gecombineerde systeem had een gunstig effect op het aantal beschikbare donornieren, zoals blijkt uit de tabel 1 (24).

Jaar	Human Organ Transplant Act	Vrijwillige toezegging	Totaal
1970-1976		gemiddeld 3 per jaar	gemiddeld 3 per jaar
1977		0	0



1978		2	2
1979		0	0
1980		0	0
1981		0	0
1982		6	6
1983		7	7
1984		14	14
1985		1	1
1986		15	15
1987		16	16
1988	16	7	23
1989	15	11	26

Van 16 van de lidstaten van de Raad van Europa (in totaal 22) die een wet- en regelgeving voor orgaandonatie kennen, hebben er 13 het geen-bezwaarsysteem ingevoerd. Het betreft België, Luxemburg, Frankrijk, Italië, Denemarken, Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Zwitserland, Spanje, Portugal, Griekenland en Cyprus.

Tegenstanders van het geen-bezwaarsysteem wijzen erop dat de autonomie van het individu wordt geschonden, wanneer hij als gevolg van een wettelijke bepaling aan een keuze voor of tegen postmortale orgaandonatie niet zou kunnen ontkomen. Is dit een terechte constatering?

De praktijk laat zien dat er een grote groep mensen is die niet nadenkt over de noodzaak en consequenties van orgaandonatie en daardoor niet toekomt aan een vorm van zelfbeschikking. Deze nalatigheid is onjuist te noemen, ook wanneer er geen orgaandonatie in het geding is. De mens heeft de taak om zich op een onverwacht sterven voor te bereiden. Velen zijn zich van die verantwoordelijkheid bewust door het nemen van een uitvaartpolis of het bespreken van wensen in geval van plotseling overlijden. Het zou goed zijn om in dit kader ook na te denken over eventuele orgaandonatie.

De mens dient zich, zeker in deze tijd, te bezinnen over zijn levenseinde. Men kan plotseling en onverwacht sterven of na een lang leven. Het is voor de nabestaanden een troost te weten dat de overledene voorbereid was in die zin dat hij zijn wil geformuleerd heeft. Voor de overledene zelf is het noodzakelijk zich voor te bereiden op een (mogelijk ontijdig) sterven.

Daar komt bij dat de individuen in onze samenleving in tal van andere situaties ook voor een keuze worden gesteld. Wanneer een kind de leeftijd heeft bereikt dat het naar de basisschool moet, zijn de ouders gedwongen om een school voor hun kind te kiezen. Deze keuze impliceert in ons land in principe tevens een fundamenteel levensbeschouwelijke keuze, ook al zal niet elk ouderpaar zich daar zo bewust van zijn. Ook in de geneeskunde komen vergelijkbare situaties voor. Een patiënt aan wie door de arts de mogelijkheid van een levensverlengende handeling wordt aangeboden, moet een keuze maken deze al dan niet te ondergaan.

Dat iemand voor een keuze wordt gesteld, valt dus op zich zowel moreel als juridisch te rechtvaardigen. Een geen-bezwaar-systeem is daarom niet perse verwerpelijk, mits de patiënt in alle vrijheid kan uitmaken, of hij zijn organen na de dood wel of niet voor transplantatiedoeleinden ter beschikking stelt. Voor dit laatste is vereist

dat alle leden van de samenleving uitgebreid en op een voor hen begrijpelijke wijze zijn voorgelicht. Zij moeten duidelijkheid hebben omtrent het doel van de orgaandonatie en de resultaten die ermee bereikt kunnen worden. Verder zouden zij zich moeten realiseren dat een lichaam ondanks dat het als gevolg van kunstmatige beademing rose, warm en met kloppend hart in bed ligt, na vaststelling van de totale hersendood feitelijk een beademd lijk is. Momenteel is dit fenomeen onder het grote publiek onvoldoende bekend.

Wil men iedereen voor een echt vrije keuze stellen, dan moet bovendien elke vorm van morele druk worden vermeden. Uitspraken als “uw nalatigheid kost anderen het leven” zijn onterecht en zetten mensen nodeloos onder druk om zich als donor ter beschikking te stellen, terwijl zij deze beslissing niet willen of kunnen nemen.

Hoewel het geen-bezwaarsysteem niet fundamenteel verwerpelijk is, is het wel de vraag of het prudent is het op korte termijn door te voeren. De genoemde intensieve voorlichting van de bevolking vergt een periode van minstens vijf jaar. Voordat een geen-bezwaarsysteem wordt doorgevoerd, moet er bovendien de principiële bereidheid bestaan om voor transplantatie extra geld uit te trekken, als het aantal donororganen inderdaad mocht stijgen.

Of invoering ervan prudent is, hangt tevens af van de verwachten acceptatie onder de bevolking. Het geen-bezwaarsysteem heeft in Frankrijk niet het beoogde effect gesorteerd, omdat de familiebanden er van dien aard zijn dat artsen in de praktijk zonder toestemming van de familieleden niet tot orgaanexplantatie overgaan en dus feitelijk volgens een toestemmingssysteem te werk gaan (25). Tot voor kort leek het geen-bezwaarsysteem in Nederland weinig weerstand op te roepen (26). De Gezondheidsraad (1990) (27), de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (28) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1990) zijn van mening dat bij afwezigheid van een wilsverklaring van de overledene, in die zin dat hij noch toestemming voor orgaanuitname heeft gegeven noch bezwaar ertegen heeft aangetekend, het uitnemen van de organen toch mogelijk moet zijn. De Commissie Medische Ethiek van de KNMG koos in haar pre-advies aan het hoofdbestuur ook voor een toestemmingssysteem, omdat naar haar mening afwezigheid van een wilsverklaring eventuele bezwaren niet uitsluit. Desalniettemin geeft het Hoofdbestuur van de KNMG de voorkeur aan een geen-bezwaarsysteem omdat het verwacht dat binnen dit systeem meer donororganen ter beschikking zullen komen (29). Tijdens de bespreking van het voorliggende Voorstel van wet op de orgaandonatie in de Tweede Kamer bleek uit de commotie zowel in de Kamer zelf als in de media naar aanleiding van het voorstel van de CDA-fractie om een geen-bezwaar-systeem in te voeren, dat de acceptatie ervan in ons land geenszins vanzelfsprekend is. Invoering van een geen-bezwaarsysteem op korte termijn is daarom niet prudent.

Tot slot moet worden opgemerkt dat het ‘gave-karakter’ van de orgaandonatie beter tot zijn recht komt bij een toestemmingsstelsel (30). Het waarborgen van een vrije beslissing en correcte voorlichting kunnen er echter toe leiden dat ook binnen het geen-bezwaar-systeem het te doneren orgaan daadwerkelijk een geschenk blijft en ook ook als zodanig ervaren wordt.

5.3 Hoever reikt het beschikkingsrecht van de familie?

In hoeverre moet met de wensen van de familie rekening worden gehouden? Zowel volgens de op dit moment vigerende regeling van de orgaandonatie in de Wet op de Lijkbezorging als ook volgens het Voorstel van Wet op de orgaandonatie (31) heeft de familie een subsidiair toestemmingsrecht. Dat wil zeggen dat bij ontstentenis van een wilsverklaring van een meerderjarige donor de naaste familie en bij een menselijke vrucht of een minderjarige de ouders of de voogd voor orgaanexplantatie toestemming kunnen geven.

In zijn Tweede Nota van Wijziging heeft staatssecretaris Simons van het kabinet Lubbers-III als extra mogelijkheid toegevoegd, dat middels de donorkaart de beslissing over de orgaandonatie bij voorbaat expliciet aan de nabestaanden wordt overgelaten. Naast het feit dat het wetsvoorstel op zich al de mogelijkheid inhoudt



om de familie te laten beslissen, is als bezwaar hiertegen opgeworpen dat deze regeling het aanbod aan donororganen nog verder zou kunnen doen afnemen. Als de donor zijn familieleden niet via de donorkaart expliciet heeft willen machtigen, dan zou dat voor hen een reden kunnen zijn hun toestemming tot orgaanexplantatie te weigeren (32).

In de praktijk wordt ondanks de toestemming van de donor middels een codicil toch met de wens van de familieleden rekening gehouden en van orgaanexplantatie afgezien, als zij zich daartegen verzetten. De vraag is of dat valt te rechtvaardigen. Het komt vaker voor dat de nabestaanden het met de wilsbeschikking van de overledene in de vorm van een testament niet eens zijn. Dat is echter geen reden om van diens wilsbeschikking af te wijken. Waarom zou dat bij postmortale orgaandonatie dan anders liggen?

Het stoffelijk overschot van de overledene heeft zeker bij goede onderlinge relaties voor naaste familieleden een waarde van een volstrekt andere orde dan zijn bezittingen. Aan dit gegeven kan men niet zonder meer voorbijgaan, ook al zal de overledene zelf toestemming voor orgaanexplantatie hebben gegeven of er geen bezwaar tegen hebben gehad. Serieus dient overwogen te worden de wens van de naaste familieleden te laten prevaleren, als de emotionele belasting ten gevolge van sectie en explantatie hun psychische draagkracht dreigt te overschrijden.

5.4 Kan de gemeenschap het lijk voor de orgaanexplantatie vorderen?

Wie ernstig ziek is en alleen door orgaantransplantatie kan voortleven of kan leven op een voor hem aanvaardbaar niveau, heeft belang bij het op tijd beschikbaar komen van het juiste orgaan. Wanneer de 'gave-om-niet' uitblijft, dan kan de idee post vatten dat men een recht op een donororgaan heeft en dit recht vervolgens afdwingen. In meerdere landen – waaronder de Verenigde Staten van Amerika – worden momenteel juridische procedures aangespannen waarmee men probeert familieleden die over organen met weefsel typen beschikken die goed bij een bepaalde ontvanger passen, te dwingen tot het bij leven afstaan van die weefsels of dat orgaan dat paarsgewijze in het lichaam voorkomt. In de meeste gevallen gaat het om botweefsel of een nier. Tot nu toe zijn er geen uitspraken die een dergelijk recht bevestigen, maar de vragen zijn er wel (33).

De rechter zou alleen tegen de wil van de donor en eventueel die van zijn familieleden kunnen ingaan, als het lichaam van een overledene eigendom van de gemeenschap zou zijn. De Italiaanse moraaltheoloog Ciccone acht zelfs een wet die de explantatie van organen tegen de uitdrukkelijke wil van de overledene mogelijk maakt, een "legitieme interventie om zeer nadelige consequenties voor het leven van anderen te voorkomen, die voortvloeien uit de vooroordelen en verkeerde inzichten van sommigen" (34).

Hier stoten we op het moeilijke vraagstuk van de verhouding tussen de individuen en de maatschappij als geheel. In 1956 wees Pius XII op het essentiële verschil tussen de fysieke eenheid van het menselijk lichaam en de morele eenheid die de gemeenschap vormt. De delen van een fysieke eenheid, bijvoorbeeld de delen van het lichaam, gaan totaal op in het geheel, zodat zij geen enkele zelfstandigheid hebben en slechts ten behoeve van het geheel bestaan. Een morele eenheid zoals de mensheid of de gemeenschap vormt daarentegen slechts een geheel op het vlak van het handelen en de gemeenschappelijke finaliteit. Wat betreft zijn zijn is de menselijke persoon doel in zich en niet louter middel, ook niet ten behoeve van de gemeenschap. De gemeenschap kan dus wel eisen stellen aan haar leden op het vlak van het handelen, maar mag niet over henzelf en hun lichaam beschikken (35).

Deze redenering geldt op de eerste plaats voor levende donoren, maar ook na de dood verdient het menselijk lichaam respect. Iets van de waardigheid van de menselijke persoon, waar het lichaam aan geparticipeerd heeft, blijft na de dood.

5.5 Welk respect is men tegenover het menselijk lijk verschuldigd?

De integriteit van het dode lichaam wordt door de orgaanexplantatie sterk geschonden. Zo wordt bij een multi-orgaandonatie het lichaam van de overledene maximaal geopend, hetgeen betekent dat er een incisie wordt gemaakt vanaf het sleutelbeen tot het schaambeen, waarbij zoveel mogelijk nog bruikbare organen worden verwijderd. Het dode lichaam wordt hierbij zonder meer als een instrumenteel goed bejegend. Hiertegen bestaan geen essentiële ethische bezwaren, omdat het dode lichaam niet langer rechtstreeks in de waardigheid van de menselijke persoon participeert. Het is niet langer “subject van rechten” (36). Omdat het echter wel intrinsiek onderdeel van een menselijke persoon is geweest, verdient het – zoals gezegd – respect en moet met de wensen van de overledene en diens naaste verwanten rekening worden gehouden. Volgens het Nederlandse recht bestaat er ook na het overlijden een (persoonlijksheids)recht op de integriteit van het lichaam (37).

6 Is postmortale orgaandonatie een morele verplichting?

6.1 Een morele plicht van de kant van de donor?

Het maakt veel uit of men de postmortale orgaandonatie ziet als een daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme, ofwel als een kwestie van rechtvaardigheid. Als zij onder de deugd van de rechtvaardigheid zou vallen, dan zou er een strikte verplichting tot postmortale orgaandonatie bestaan. De weigering om de organen na overlijden voor transplantatiedoeleinden ter beschikking te stellen, zou dan immoreel zijn. Volgens Ciccone betekent zo’n weigering dat *“men er de voorkeur aan geeft het eigen lichaam met al zijn organen nutteloos te laten vergaan in het graf, in plaats van ze te laten gebruiken om anderen van een vroegtijdige dood te redden. Een dergelijk keuze kan slechts als irrationeel, absurd, en alleen alom deze reden ethisch ontoelaatbaar worden geacht”* (38).

Dezelfde tendens wordt ook aangetroffen in de verklaring van de Duitse bisschoppenconferentie van 2 juli 1990, waarin gesteld wordt dat in een noodgeval (en dus niet ten principale) het recht van de ontvanger van een orgaan om te leven prevaleert boven het recht van de overleden donor om met zijn organen begraven te worden.

Ciccone ziet een analogie tussen de weigering om voedsel te geven aan iemand die op het punt staat te verhongeren, en de weigering organen te schenken aan iemand voor wie de vervanging van een orgaan levensnoodzakelijk is. Deze analogie gaat echter mank in zoverre dat organen onderdeel van het eigen lichaam uitmaken en voedsel niet. Een medemens heeft zonder meer recht op voedsel, wanneer hij het zelf niet heeft en ik hem dat kan verschaffen, maar geen strikt recht op mijn organen, ook niet na mijn overlijden. De donatie van organen is ongetwijfeld moreel gezien een heel goede handeling, maar de zaken mogen niet worden omgedraaid. Een moreel goede handeling is niet altijd en overal verplicht. De orgaandonatie is een zeer verdienstelijke daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme, de nalatigheid waarvan niet van dien aard is dat zij verwijtbaar zou zijn. Daarom, zei Pius XII, *“moet men de vrijheid en de vrijwilligheid van de belanghebbenden respecteren; men moet deze kwestie niet voorstellen als iets dat onder gewone omstandigheden een plicht is of een verplichte act van liefde”* (39).

Johannes Paulus II (april 1990) noemt “de urgente nood aan een snelle beschikbaarheid van organen voor niertransplantatie” voor de gelovigen een “uitdaging aan hun edelmoedigheid en broederliefde” (40). Ook de protestantse kerken in Nederland achten de plicht tot naastenliefde en solidariteit niet zo sterk dat daaruit zonder meer een plicht tot (postmortale) orgaandonatie kan worden afgeleid. Deze plicht gaat in hun ogen slechts zover dat de mens gehouden is om na te denken over het thema orgaandonatie, opdat hij een weloverwogen besluit voor dan wel tegen orgaandonatie kan nemen (41).

Binnen de seculiere bioëthiek wordt orgaandonatie wel een bovennormale plicht genoemd, dat wil zeggen een wenselijke maar niet moreel verplichte handeling, vanwege de diverse opvattingen die er rond postmortale

orgaanexplantatie bestaan, en het respect voor de autonomie van de donor (42).

6.2 Een morele plicht van de kant van het ziekenhuis

Aan donororganen bestaat een grote behoefte en de transplantatie kan voor menig een levensbehoud of bevrijding van de afhankelijkheid van machines (nierdialyse) betekenen. Bij invoering van een geen-bezwaarsysteem moet ermee rekening worden gehouden dat de ziekenhuizen onder een zekere druk komen te staan om bij elke potentiële kandidaat die geen bezwaar heeft aangetekend, de procedure voor orgaandonatie na het overlijden in gang te zetten. Dit is vooral voor de kleinere ziekenhuizen uitermate belastend. Bovendien kunnen zich verschillende redenen voordoen om van orgaanexplantatie af te zien. Het lijkt daarom onredelijk in dit verband voor de ziekenhuizen een verplichting in te voeren (43).

7 De rechtvaardige verdeling van de beschikbare donororganen

Als gevolg van de schaarste aan donororganen overtreft de vraag het aanbod. Daardoor ontstaat het moeilijke probleem van de rechtvaardige verdeling van de donororganen. Welke recipiënt komt het eerst in aanmerking? Welke selectiecriteria kunnen worden gehanteerd met betrekking tot de screening van potentiële recipiënten?

7.1 Het selectieniveau

Voordat de vraag naar de selectiecriteria kan worden gesteld, moet eerst helder zijn op welk niveau de selectie plaats gaat vinden (44). Dit kan op micro-niveau plaatsvinden, hetgeen inhoudt dat de arts of het team in individuele gevallen beslist wie een ter beschikking gekomen orgaan zal ontvangen. Hier zijn ongetwijfeld nadelen aan verbonden. De arts heeft een persoonlijke relatie met zijn patiënten en zou zich een rechter over hun lot kunnen voelen met alle spanningen van dien. Dit lijken redenen om de voorkeur te geven aan een selectie op macro-niveau. Deze vindt plaats, doordat de overheid, de ziektekostenverzekeraars of eventuele andere overkoepelende instanties bepaalde categorieën patiënten van orgaantransplantatie uitsluiten. Dit gebeurt zonder aanzien des persoons, zodat deze fundamentele schending van de verdelende rechtvaardigheid structureel wordt vermeden.

7.2 Selectie op macro-niveau

Redenen voor het uitsluiten van bepaalde categorieën kunnen zijn de geringe kans op succes en de kosten die aan de transplantatie van bepaalde organen verbonden zijn. Op medische gronden kan men bijvoorbeeld een minder grote kans op succes verwachten van niertransplantatie bij diabetes mellitus, hooggeïmmuniseerde patiënten, de tweede of derde poging tot niertransplantatie en gebrekkige compliantie van de kant van de patiënt tijdens de dialyse. Morele factoren spelen een rol bij Jehova's getuigen, die op basis van hun uitleg van bepaalde bijbelteksten (Leviticus 7, 26-27 en Handelingen 15, 28-29) bloedtransfusie afwijzen, welke bij een niertransplantatie in de regel moeilijk gemist kan worden. De Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging is van oordeel dat Jehova's Getuigen met chronische irreversibele nierinsufficiëntie desondanks voor niertransplantatie in aanmerking dienen te komen (45).

Hoewel selectie op macro-niveau ontegenzeggelijk enkele voordelen biedt, kleven aan het systematisch buitensluiten van bepaalde groepen ook grote bezwaren. Wanneer patiënten die tot een buitengesloten categorie behoren, zich dat realiseren, kunnen zij zich ook als mens afgeschreven voelen en de moed verliezen, omdat hen alle hoop op de enige redding die er voor hen is, ontnomen wordt. Het is bovendien niet ondenkbaar dat een patiënt uit een categorie die niet voor transplantatie in aanmerking komt, vanwege zijn belang voor anderen – bijvoorbeeld zijn gezin – toch meer recht op transplantatie heeft dan een ander, bij wie medisch gezien de kans op succes hoger is. Het structureel uitsluiten van elk aanzien des persoons kan in zich ook tot onrechtvaardigheid leiden. Er zijn immers naast medische criteria nog tal van andere criteria, die in de besluitvorming moeten worden meegewogen. Selectie op macro-niveau lijkt daarom niet gewenst.

7.3 Selectie op micro-niveau

Aan selectie op micro-niveau valt niet te ontkomen. De vraag is hoe op een rechtvaardige manier geselecteerd kan worden. Loting, chronologische selectie en selectie op basis van een wachtlijst hoeven niet zonder meer te worden afgewezen, maar zijn bij voorkeur van toepassing, wanneer een keuze moet worden gemaakt tussen potentiële recipiënten, bij wie de kans op succes gelijk ligt. Wanneer dit laatste niet het geval is, is het redelijk om het verkregen donororgaan aan die kandidaat toe te wijzen die er naar verwachting het meeste profijt van zal hebben.

Om dit “profijs” te kunnen inschatten worden medische en persoonsgebonden (niet-medische) criteria gehanteerd. De medische criteria betreffen de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico’s. Onder de aanvaardbare persoonsgebonden criteria vallen de leeftijd en de sociale positie van de potentiële recipiënt. Bij de toewijzing van een donornier zal de keuze redelijkerwijs eerder op een ouder van een gezin met jonge kinderen vallen dan op iemand van hoge leeftijd, van wie anderen niet meer in directe zin afhankelijk zijn (46).

7.4 Wederkerigheid inzake orgaandonatie?

Als selectie criterium is ook wel het wederkerigheidsprincipe naar voren gebracht (47). Uit onderzoeken blijkt dat er een grote discrepantie bestaat tussen degenen die een codicil hebben, en degenen die dat niet hebben, maar – indien dat nodig mocht blijken – wel graag voor orgaantransplantatie in aanmerking zouden komen. Deze situatie heeft ertoe geleid dat sommigen zich afvragen of tegenover een vermeend recht op een orgaan een plicht zou moeten staan om een codicil te dragen. Tegenover de claim stelt men dan de eigen bereidheid om aan de claim van anderen te kunnen voldoen.

Artikel 12 van de Human Organ Transplant Act in Singapore (1987) behelst dat personen die een niertransplantatie nodig hebben, prioriteit bij de toewijzing van donornieren krijgen, wanneer zij er geen bezwaar tegen hebben aangetekend om zelf als donor te fungeren. Mocht iemand later op zijn bezwaar terugkomen, dan krijgt hij na een periode van twee jaar dezelfde rechten als de overige potentiële recipiënten (48). Als tegenargument geldt vaak dat men iemand niet mag dwingen tot het onderschrijven van een codicil, en daarmee tot orgaandonatie.

Wanneer men een levensreddend orgaan van anderen ontvangt, is dat een gave om niet. Dit gegeven schept onloochenbaar een zekere verantwoordelijkheid, waarbij men zich dient af te vragen of het wel eerlijk is om deze gave van anderen zo vanzelfsprekend te aanvaarden zonder deze, in beginsel, zelf aan anderen te willen doen. Dit is echter iets dat ieder zich persoonlijk zou moeten afvragen.

De moeilijkheid van het wederkerigheidsprincipe is dat het onthouden van donororganen als een sanctie gaat functioneren voor hen die geen codicil bezitten. Zelfs al zou het niet als een sanctie, maar als een vorm van restitutie moeten worden opgevat (49), dan blijft de toepassing van het wederkerigheidsprincipe op bezwaren stuiten. Een praktisch bezwaar is dat men dan ook geen bloedtransfusie zou moeten toedienen aan mensen die niet als bloeddonor staan geregistreerd. Mocht iemand weten dat bij hem een orgaantransplantatie nodig is, dan zou hij nog snel een codicil kunnen opstellen, waardoor de toepassing van het wederkerigheidsprincipe in de praktijk een farce wordt (50). Een fundamenteel bezwaar is dat sancties en restitutie hier volstrekt niet van toepassing zijn. Dat zijn zij slechts, wanneer iemand door zijn gedrag de rechtvaardigheid schendt. Orgaandonatie betreft echter, zoals gezegd, niet een strikte verplichting waaraan de donor op basis van rechtvaardigheid zou zijn gehouden, maar een gave uit broederliefde, solidariteit of altruïsme.

7.5 De handel in donororganen

Zoals gezegd, is solidariteit met de zieke en lijdende medemens een goed motief voor het in alle vrijheid en

zonder dwang genomen besluit om een codicil te tekenen ten behoeve van postmortale orgaandonatie. Er zijn ook verkeerde motieven denkbaar. Mensen in ontwikkelingslanden worden soms door armoede gedwongen om bloed voor bloedtransfusie af te staan.

In 1989 deden de berichten de ronde dat er een wereldwijde handel in menselijke organen bestond. Dit heeft de orgaandonatie in een kwaad daglicht gezet. Waarschijnlijk zijn deze negatieve geruchten nog versterkt door het inmiddels verfilmde boek "Coma" van de schrijver Robin Cook. Hardnekkige geruchten over mensen die gedood worden om hun organen te verkrijgen, hebben een negatieve invloed op de acceptatie van postmortale orgaandonatie.

Het risico van commercie en handel in organen is, dat mensen door hun penibele financiële situatie gedwongen worden organen af te staan of alleen financieel goed gesitueerden in aanmerking voor transplantatie komen. Commercie en handel leiden tot misstanden en ongelijkheid. Deze ongelijkheid is reeds op navrante wijze aanwezig wanneer men bedenkt met welke middelen men in de westerse samenleving één mens in leven houdt en hoe weinig men besteedt aan de absolute beschermwaardigheid en onaantastbaarheid van mensen uit ontwikkelingslanden.

Als fundamenteel bezwaar geldt dat organen die deel hebben uitgemaakt van een menselijk lichaam, in zich geen commercieel object kunnen zijn, maar alleen een geschenk. Hoewel het lichaam na de dood geen subject van rechten meer is en als instrumenteel goed mag worden beschouwd, zijn de organen toch essentieel onderdeel van een menselijke persoon geweest. Fox en Swazey wijzen erop dat het commercialiseren van de orgaandonatie versterkt wordt door "the progressive 'biologization' of donated organs," die zij gedurende de tachtiger en negentiger jaren hebben geconstateerd (51).

De boven besproken conserverende maatregelen zouden bovendien niet vanuit de deugdenethiek als vervulling van de betrokken donor als mens kunnen gelden, wanneer deze zijn organen met een winstoogmerk ter beschikking zou stellen. De toepassing van conserverende maatregelen zouden dan de degradatie van de donor zelf tot instrumenteel goed betekenen.

Soms komen anderen dan de donor op het idee dat donatie van organen of weefsels een goede zaak is en dat men na overlijden de betrokken naasten hiervoor geen toestemming hoeft te vragen. In 1989 kwam een omvangrijke 'handel' in hersenvliezen aan het licht. Het Duits bedrijf Braun Medical kreeg al jaren lang gratis honderden hersenvliezen van overleden ziekenhuispatiënten zonder dat hiervoor bij de nabestaanden toestemming was gevraagd. Hoewel de medewerkers van het Bredase ziekenhuis De Baronie hieruit geen geldelijk gewin haalden is een dergelijke handelwijze moreel niet te rechtvaardigen omdat noch de donor (vooraf) noch diens nabestaanden (achteraf) om toestemming is gevraagd.

Aanbevelingen

1 De zekerheid van de dood is een absolute voorwaarde voor orgaanexplantatie:

- a. bij een beademde patiënt is voor de vaststelling van de dood het aantonen van de irreversibele uitval van de hersenstam vereist;
- b. hiervoor is klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen voldoende.

2 Orgaanpreserverende maatregelen en diagnostische ingrepen die geen therapeutische betekenis voor de donor hebben, maar louter op de orgaandonatie zijn afgestemd, zijn onder strikte voorwaarden toelaatbaar:

- a. *conditio sine qua non* voor de toelaatbaarheid ervan is dat de kandidaatdonor zelf toestemming heeft gegeven of – bij invoering van een geen-bezwaarsysteem – geen bezwaar heeft aangetekend;
- b. toestemming alleen van de familie is hiervoor onvoldoende.



3 Wat betreft de verwerving van donororganen verdient de invoering van een toestemmingssysteem de voorkeur, omdat dit – gezien de huidige maatschappelijke discussie hieromtrent – prudenter lijkt te zijn en het 'gave-karakter' van de orgaandonatie beter tot uitdrukking brengt. Invoering van een geen-bezwaarsysteem valt echter niet zonder meer af te wijzen, mits:

- a. de vrijheid om al dan niet als orgaandonor te fungeren wordt gegarandeerd;
- b. tevoren in een periode van vijf jaar de bevolking intensief over het concept van de totale hersendood en de procedure van de orgaandonatie is voorgelicht;
- c. een betrouwbare registratie van degenen die bezwaar tegen orgaandonatie aantekenen, gegarandeerd is en de arts die orgaanexplantatie overweegt, hieromtrent direct informatie kan inwinnen;
- d. en wanneer de orgaandonatie en de daarvoor vereiste procedure de psychische draagkracht van de naaste familie te boven gaat, van het uitnemen van de organen wordt afgezien, ook al heeft de betrokkene toestemming gegeven of geen bezwaar aangetekend.

4 Orgaandonatie is geen strikte verplichting op basis van rechtvaardigheid, maar een daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme:

- a. weigering van orgaandonatie mag niet als een onrechtvaardige en als zodanig moreel verkeerde beslissing worden afgeschilderd;
- b. de ziekenhuizen moeten niet verplicht worden om bij elke potentiële donor de procedure voor orgaandonatie in gang te zetten.

5 De beschikbare donororganen moeten worden toegewezen overeenkomstig de normen van de verdelende rechtvaardigheid:

- a. selectie van recipiënten op macroniveau is ongewenst;
- b. loting, chronologische selectie en selectie op basis van wachtlijsten zijn van toepassing bij recipiënten bij wie de kans op profijt naar verwachting gelijk ligt;
- c. voor de inschatting van het mogelijke profijt van een orgaantransplantatie worden gehanteerd
 - medische criteria: de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico's;
 - persoonsgebonden criteria: leeftijd en sociale positie;
- d. het wederkerigheidsprincipe moet niet worden toegepast, noch als sanctie noch als vorm van restitutie;
- e. menselijke donororganen kunnen alleen een geschenk zijn maar geen commercieel object.

Noten

[size=x-small]1. Cfr Transplantatie van foetaal weefsel, een medische en een ethische beschouwing met bijzondere aandacht voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson, Ede: Prof Dr G .A. Lindeboominstituut, 1993 (Rapport nr 9).

2. Eijk WJ. De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie in de medische ethiek, in: Eijk WJ, Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Oegstgeest: Colomba, 1994:3038.

3. Cfr Steemers-van Winkoop MWH. Leven door de dood: de visie van het leergezag in de RK Kerk ten aanzien van orgaandonatie, Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek 1994;4 nr 2:43-47.

4. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea (14-5-1956), Acta Apostolicae Sedis 1956;48:459-467, hier geciteerd p. 464.

5. L'Osservatore Romano (Wochenausgabe in deutscher Sprache), 20 1990;20 nr 21 dd 25 mei; Cfr L'Osservatore Romano (Weekly edition in English, 1991,24 juni.

6. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens, Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens,



- Trier, 1989:102-105; Organtransplantationen, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Würzburg/Himmelsporten, 2 juli 1990.
7. van Dorp WG. Orgaantransplantatie bijbels verantwoord? Bijbel en Wetenschap 1987;103:221-223; Pastorale vragen rond orgaan- en weefseldonatie, Driebergen: Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, z.j. (Werkmateriaal Pastoraat nr. VI), p. 6; Verheij J. Orgaantransplantatie," in: Jochimsen H, Cusveller BS. Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen, Veenendaal/Amsterdam: Nederlandse Patiënten Vereniging/Buijten & Schipperheijn, 1992: 165; Seldenrijk R. Organen en Weefsels op Reis. Een medisch-ethische afweging van de transplantatiegeneeskunde. Leiden: J.J. Groen en Zoon, 1993: 185-188; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, Nier Stichting Nederland, 1993:16-17;27-49.
8. op't Hof WJ. Mag een christen een donorcodicil dragen? Terdege 1990;24 oktober, 7 november.
9. de Beaufort ID, Dupuis HM. Ethische vragen met betrekking tot weefsel- en orgaantransplantaties, in: de Beaufort ID, Dupuis HM. (red.), Handboek gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen 1988:592-595; Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor', Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanvulling 9-mei 1992, X:XIII: 122-123.
10. Tweede Kamer, 1991-92, 22 358, nr.2, artikel 0:4; nr.3:33-35.
11. Rothenberg LS. The Anencephalic Neonate and Brain Death: An International Review of Medical, Ethical, and Legal Issues," Transplantation Proceedings 1990;22: 1037.
12. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6:nr 2: 117.
13. Kiezen en delen. Rapport van de commissie Keuzen in de zorg, Rijswijk, 1991: 139-140.
14. Schulp JA. Geen plaats meer voor de ziel," Bijbel en Wetenschap 1987;103:225.
15. Bonhoeffer D. Ethics, London: SCM Press, 1955: 126.
16. Eijk WJ. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek," in: Eijk WJ, Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, op. cit., p. 115-116.
17. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr. 3:24.
18. Zie hoofdstuk 2: 12, en hoofdstuk 3: 19.
19. Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor,' op. cit., p. 122-123.
20. Gallagher JA. Time Past, Time Future. An Historical Study of Catholic Moral Theology, Mahwah (New York): Paulist Press, 1990:56-58. Dit wordt duidelijk in handboeken als Tanqueray A. Synopsis theologiae moralis et pastoralis, Parijs/Romae, 1943 (13e ed.), 3 vol. en Prümmer DM. Manuale Theologiae Moralis, Barcelona, 1946;3(10e ed.).
21. In de seculiere ethiek is de hernieuwde belangstelling voor de deugden voor een groot deel te danken aan MacIntyre A. After virtue. A study in moral theory, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981. Vgl. van den Beld A. De plaats van de deugd in de hedendaagse ethiek, in: Hubbeling HG, Veldhuis R. (red.), Ethiek in meervoud, Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1985: 145-176. Voor de herleving van de deugdenethiek in de seculiere bioëthiek zie Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1989:374-385 (3e ed.).
22. Ook in het Voorstel van wet op de Orgaandonatie wordt ervan uitgegaan, dat de toepassing van orgaanpreserverende maatregelen vóór het overlijden van de patiënt alleen met diens toestemming mag plaatsvinden (art.20, lid 1, Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr.2:6; Akveld JEM. Het Voorstel van wet op de Orgaandonatie gewogen, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1992;16:72-73. Een afwijkend advies gaf de Gezondheidsraad in 1987, die orgaan-preserverende maatregelen wel toelaatbaar acht, ook zolang niet vaststaat of de potentiële donor bezwaar heeft gehad, en de nabestaanden geen overwegende bezwaren hebben geuit (Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, 's-Gravenhage, 1987: 114).



23. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr 2, art. 9-10; Kokkedee VI. Een concept-voorstel van wet op de orgaandonatie; de toestemmingsregeling voor postmortale orgaanverwijdering, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991 ;135 no.7:286-290.
24. Teo B. Organs for transplantation. The Singapore experience, Hastings Center Report 1991;21 nr 6:10-13.
25. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6 nr2: 127 -128.
26. Kokkedee W. Postmortale orgaandonatie. Juridische aspecten, Medisch Contact 1994;49 nr 36:1117-1118; Stevens P. Orgaandonatie. De praktijk, ibid.: 1116.
27. Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, op. cit.:112-114.
28. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies orgaandonatie, Zoetermeer, 1990:23-24. 29. Spreuwwenberg C. Orgaandonatie en zelfbeschikking, Medisch Contact 45 (1990;45 nr 44: 1299.
30. Jochemsen H. Orgaantransplantatie. "De kwesties van het doodscriterium en de toestemming," Pro vita humana 1995;2:35-36. 31. Tweede Kamer, 1991-1992,22 358, nr 2, artikel 11, 1. 32. Kramer M, Akveld H. Wetgeving orgaandonatie. De tijd stond even stil, Medisch Contact 1994;49 nr 2:54.
33. Cfr Wolbert W. Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation, Stimmen der Zeit 1991;116 nr 5:331-344.
34. Ciccone L. I trapianti d'organo: aspetti etici, Medicina e Morale 1990;40 nr 4:704.
35. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op.cit.:461-462.
36. Ibid.:464-465.
37. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, Medisch Contact 1993;48 nr. 43:1341.
38. Ciccone L. I trapianti d'organo: aspetti etici, op. cit.:698.
39. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op. cit.:465.
40. Giovanni Paolo 11 ad un gruppo internazionale di medici nefrologi, L 'Osservatore Romano, 1990, 30 april-I mei:6.
41. Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, op. cit., p. 2 en 6; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, op. cit., pp. 16-17;27 -49.
42. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, op. cit.: 1339.
43. Op de Coul AAW. Het toestemmingsgesprek bij orgaandonatie. De praktijk, Medisch Contact 1993;48 nr. 43:1343.
44. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanvulling-december 1990, X:XIII: 102-104.
45. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging, "Niertransplantatie bij Jehova's Getuigen," Medisch Contact 1993;48 nr 50:1591-1592.
46. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, op. cit.:104; in de Anglo-Amerikaanse literatuur worden de medische en de persoonsgebonden criteria samengevat onder "medical utility" respectievelijk "social utility," zie Beauchamp TL,Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, op. cit.:294-296.
47. Dupuis HM. Ethische aspecten van transplantaties, Medisch Contact 1987;42:393-395.
48. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplan-tation? op. cit.:114. Bovendien wordt donorschap aangemoedigd, doordat de naaste familieleden van nierdonoren de eerste vijf jaar na de donatie een korting van 50% genieten op de kosten verbonden aan medische behandeling in de staatsziekenhuizen.
49. Smart B. Fault and the allocation of spare organs, journalof medical ethics 1994;20 nr 1 :26-30.



50. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging. "Bereidheid tot orgaandonatie als uitgangspunt voor het recht op een donororgaan," Medisch Contact 1993;48 nr 50: 1593.

51. Fox RC, Swazey JP. Leaving the Field, Hastings Center Report 1992;22 nr 5: 13. [/size]

Het doodskoncept en de doodscriteria

door prof.dr. W.J. Eijk, arts, moraaltheoloog

Hoofdstuk 2 uit: *Postmortale orgaandonatie. Een medisch-ethische en juridische beschouwing.* Van Gorcum 1996, onder redactie van de Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond

1 Probleemstelling

De cornea blijft tot ongeveer achtenveertig uur na de dood van de donor bruikbaar voor transplantatie. De meeste weefsels en organen worden echter praktisch direct na het intreden van de dood onherstelbaar beschadigd. Eigenlijk zouden zij uit het lichaam moeten worden genomen op het moment dat de ademhaling en de bloedsomloop nog intact zijn. Dat zou volgens de klassieke doodscriteria van hart- en ademstilstand moord zijn. Sinds eind jaren zestig hebben de doodscriteria die in de geneeskunde worden gehanteerd, echter een belangrijke herziening ondergaan.

De ontdekking van de resuscitatie-techniek, de hartmassage en de kunstmatige beademing, maakt duidelijk dat hart- en ademstilstand niet perse de definitieve dood van de persoon betekenen, ook al zijn ademhaling en bloedsomloop gedurende verscheidene uren onderbroken. Dat is vooral bij jonge drenkelingen geconstateerd die bij lage temperaturen te water zijn geraakt. Onder normale temperaturen en bij ouderen telt echter elke minuut, omdat de hersenen dan al na een hart- en ademstilstand van enkele minuten onherstelbaar beschadigd raken. Dit kan ertoe leiden dat de spontane ademhaling zich niet meer zal herstellen.

Tegelijkertijd is ontdekt dat zich ook het omgekeerde kan voordoen. De hersenfunctie kan definitief zijn uitgevallen, terwijl de ademhaling en de bloedsomloop nog intact zijn. Zo'n situatie van "hersendood zonder klinische dood" is denkbaar bij een kunstmatig beademde patiënt. Bij hem heeft de uitval van de hersenen immers geen ademstilstand tot gevolg. Omdat het denken, het geheugen, de persoonlijkheid en het karakter tyypisch aan hersenfuncties gebonden zijn, ligt de vraag voor de hand of hersendood niet tegelijkertijd de dood van de persoon is. Zou dat het geval zijn, dan zouden de organen van de beademde patiënt na vaststelling van de hersendood voor transplantatie doeleinden uit zijn lichaam kunnen worden verwijderd, terwijl zij nog intact zijn, zonder dat de patiënt wordt gedood.

Verschillende diagnostische onderzoeken, zoals electro-encefalografie, scintigrafie van de hersenen, cerebrale angiografie en klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen, worden aanbevolen om de hersendood vast te stellen (1). Hier kan de irreversibele uitval van verschillende hersendelen mee worden vastgesteld. De interpretatie van de uitslag van de diverse testen hangt van de vraag af welk hersendeel men voor het leven van de menselijke persoon onmisbaar acht. Dit brengt ons tot de kern van de problematiek: wanneer spreken wij in het algemeen van een levende menselijke persoon? Het antwoord op deze vraag bepaalt mede wanneer wij een persoon als niet meer levend beschouwen. Hieruit volgt met andere woorden ons doodskoncept, dat op zijn beurt het doodscriterium aangeeft, dat is het hersendeel waarvan de irreversibele uitval met de dood van de persoon gelijkstaat. Pas wanneer het doodscriterium vaststaat, kan worden bepaald met welk medisch onderzoek de hersendood als de dood van het individu kan worden gediagnostiseerd (2).

Bij volwassenen die normaal bij hun verstand zijn en zelfstandig verantwoorde beslissingen kunnen nemen, is



het overbodig zich af te vragen of ze levende menselijke personen zijn. Ze spreken, argumenteren en tonen een innerlijke geestelijke activiteit in de vorm van willen en denken, die hen van niet-menselijke wezens onderscheidt. Maar wat te denken wanneer zij door ernstige hersenbeschadiging langdurig comateus, dement of ernstig geestelijk gehandicapt zijn. Ze communiceren niet meer met medemensen en uit niets blijkt dat ze nog kunnen denken of willen. Zolang de spontane ademhaling doorgaat en het hart nog klopt, lijdt het geen twijfel dat ze leven. Maar is dat biologisch leven ook menselijk leven of is het slechts vegetatief? Menselijk wordt vaak verstaan als “menswaardig”. Hier gaat het echter om de vraag of het levende wezen dat na hersenbeschadiging overblijft nog wel een mens is.

2 Mensvisie en doodskoncept

2.1 De menselijke persoon opgevat als een specifiek-menselijke hersenfunctie

Gedurende de gehele geschiedenis wordt in vele culturen het biologisch leven beschouwd als iets dat eigenlijk beneden menselijk niveau ligt (3). Tot op zekere hoogte is dat begrijpelijk. Biologische functies zijn grotendeels gedetermineerd, wat betekent dat zij zich aan de controle van de wil onttrekken. Of wij willen of niet, aan onze activiteiten worden door het lichaam grenzen gesteld. Na inspanning raken we vermoeid. De lichaamsfuncties kunnen door ziekte en ouderdom ontregeld raken. Bovendien worden biologische driften, zoals hongergevoel, behoefte aan slaap en seksuele impulsen, vaak als dwang en een beperking van de menselijke vrijheid beschouwd. Het lichaam wordt daardoor niet zelden als een last ervaren, hetgeen verklaart, waardoor binnen zoveel culturen de vrijheid en de intelligentie, kortom het geestelijke, als de echt menselijke component worden gezien, terwijl het lichaam wordt afgedaan als iets negatiefs, benedenmenselijk en bijkomstig. Plato beschouwde de ziel als de eigenlijke mens, die tijdens dit aardse leven als in een kerker in het lichaam is opgesloten (4). Deze gedachte keert terug bij Descartes volgens wie de mens uit twee compleet van elkaar gescheiden elementen bestaat, ziel en lichaam, die via de epifyse, de pijnappelklier, met elkaar in interactie treden (5). In onze tijd is deze visie duidelijk herkenbaar bij Eccles die op basis van neurofysiologisch onderzoek de interactie tussen de geest en het lichaam op de cortex van de dominante hemisfeer lokaliseert (6).

In de laatste decennia constateert men onder de aanhangers van de evolutietheorie een terugkeer naar een zeker dualisme (tweeheidsleer). De scherpe scheiding tussen ziel en lichaam heeft bij hen echter plaatsgemaakt voor het onderscheid tussen de biologische natuur van de mens en bepaalde specifieke functies die de mens tot een persoon maken (7). Embryo's, foetussen en pasgeborenen zijn biologisch gezien menselijke wezens, maar geen personen. Zij worden pas personen, zodra zij kunnen denken en met andere personen sociaal contact hebben. Omdat de rijping van de hersenen pas rond het eerste levensjaar het denkproces toestaat, zijn ongeborenen en pasgeborenen volgens deze mensvisie geen volwaardige menselijke personen. Het einde van het leven van de persoon zou door de irreversibele uitval van de grote hersenen, dus door een partiële hersendood, worden gemarkeerd (8). Concreet betekent dit dat in een geval van irreversibel coma de persoon niet langer zou bestaan. Wat rest zou hooguit menselijk biologisch (“vegetatief”) leven zijn, maar geen persoonlijk leven. (9) Dit houdt in dat het leven actief zou mogen worden beëindigd of dat organen met het oog op transplantatie uit het lichaam mogen worden verwijderd, zodra een irreversibele uitval van de hogere hersencentra, met name de neocortex en de thalamus, is geconstateerd, die voor de genoemde functies onmisbaar zijn.

De uitstraling van filosofische mensvisies is niet tot de studeerkamer beperkt, maar heeft grote consequenties voor de praktijk van alledag. Anencefalen zouden mogen worden gebruikt als bron van transplantatieorganen, omdat bij hen de grote hersenen in het geheel niet zijn aangelegd en zij bijgevolg geen menselijke personen zouden zijn (10). Logisch verder redenerend zou men mogen concluderen dat ook langdurig comateuze patiënten, bij wie een partiële hersendood geconstateerd is, als orgaandonor kunnen fungeren. Nog



verdergaande consequenties zijn denkbaar. De vereenzelviging van het verlies van het bewustzijn, het denkvermogen en de sociale vaardigheden met de dood van de menselijke persoon zou ertoe kunnen leiden dat patiënten wier hogere hersenfuncties zijn aangetast, zoals dementen en geestelijk gehandicapten, niet meer als volwaardige menselijke personen worden bejegend,

2.2 De menselijke persoon als organisch geheel

Men moet de dualisten toegeven dat een louter materialistische verklaring van de menselijke persoon niet opgaat. In bepaald opzicht geldt dit zelfs voor levenloze dingen. Een schilderij van Rembrandt kan chemisch worden geanalyseerd. We kennen dan de samenstelling van de verf en kunnen de kleuren verklaren. Daarmee is echter niet het gehele schilderij verklaard. De verf is volgens een bepaalde vorm op het doek aangebracht. Die vorm die de schilder heeft bedacht constitueert het schilderij in samenwerking met de materie.

Het weersprekt echter onze ervaring dat wij uit twee gescheiden componenten, ziel en lichaam, zouden bestaan, want wij ervaren onszelf als een eenheid. Het geestelijke en het lichamelijke constitueren samen de mens, zoals de verf en de vorm samen en niet los van elkaar het schilderij. Een levend wezen is altijd een organisch geheel, waarvan de delen met elkaar zijn geïntegreerd. Wanneer bij de mens het bezielende beginsel van zijn leven wegvalt, sterft hij. Bepaalde cellen in het lichaam delen zich nog enige tijd en de baardgroei gaat nog een paar dagen door. De afzonderlijke delen tonen nog tekenen van individueel leven, doordat hun stofwisseling niet direct tot stilstand komt. Het lichaam is echter geen organisch geheel meer waarvan de verschillende delen in hun functie op elkaar zijn afgestemd. De specifieke vorm van het leven, namelijk het functioneren als een gecoördineerd en samenhangend geheel, is verdwenen.

De coördinatie in het lichaam valt weg, wanneer de totale hersendood intreedt (11). Dit betekent dat niet alleen de grote hersenen dood zijn, maar ook de hersenstam die de spontane ademhaling stuurt. Wanneer de hersenstam uitvalt, dan houdt de ademhaling op en vervalt daarmee binnen afzienbare tijd elke coördinatie binnen het lichaam. Er is dan geen menselijk leven meer. Mochten ademhaling en bloedsomloop onder deze omstandigheden kunstmatig in stand worden gehouden, dan is het lichaam desondanks een lijk en bestaan er geen morele bezwaren tegen om organen voor transplantatie doeleinden te verwijderen.

Wanneer alleen de grote hersenen uitvallen (partiële hersendood), dan vervalt het bewustzijn en zijn er geen tekenen dat het individu kan denken of willen, maar blijft het lichaam als één geheel functioneren. Dit betekent niet het einde van de menselijke persoon, doordat hetzelfde levensbeginsel dat het denken en het bewustzijn mogelijk maakt, tevens alle lichaamsdelen met elkaar tot één organisch geheel coördineert. Wanneer door lichamelijke stoornissen de insulineproductie wordt lamgelegd of de nieren uitvallen, betekent dat niet automatisch het einde van het leven als organisch geheel. Wanneer een ziekteproces het functioneren van de grote hersenen belemmert en er geen manifeste specifiek menselijke functies meer zijn, dan betekent dat eveneens niet het einde van het menselijk leven. Het menselijk levensbeginsel dat deze materie tot een menselijke persoon maakt, is nog steeds aanwezig, ook al kan het zich niet meer in denken en willen uiten. Of men dit levensbeginsel nu de menselijk geest, de ziel, noemt of niet, er is nog menselijk leven dat als zodanig respect verdient (12).

3 Het feitelijke gebruik van de doodscriteria

Uit het bovenstaande blijkt dat er twee verschillende hersendoodscriteria bestaan, dat van de partiële en van de totale hersendood. Welke wij toepassen hangt direct samen met onze mensvisie.

Het criterium van de totale hersendood is vrij algemeen aanvaard. Dat is met name te danken aan de grote invloed van het rapport van de Ad Hoc Committee van de Harvard Medical School uit 1968, waarin voor het eerst de hersendoodscriteria werden omschreven (13). Volgens dit rapport is doodsverklaring alleen mogelijk



wanneer alle hersenfuncties, inclusief die van de hersenstam, blijvend zijn uitgevallen. In de jaren zeventig werd het criterium van de totale hersendood in rapporten van enkele gezaghebbende medische organisaties overgenomen en kreeg het in het aantal staten van de Verenigde Staten een wettelijke basis (14). Bovendien wordt het als doodscriterium aanbevolen in het rapport *Defining Death* van de President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research (1981) (16). Alle West-Europese landen accepteren het verlies van alle hersenfuncties als doodscriterium, behalve Denemarken, waar nog steeds officieel aan de klassieke doodscriteria van hart- en ademstilstand wordt vastgehouden (16). In Polen en Zweden wordt de totale hersendood als indicatie voor het staken van de kunstmatige beademing aanvaard, maar mogen de organen pas na het intreden van hartstilstand worden geëxplanteerd (17). Ook in de rapporten van de Gezondheidsraad in ons land wordt totale hersendood gelijkgesteld met de dood van het individu (18). Ditzelfde standpunt wordt zowel in protestantse¹⁹ als in katholieke kringen gehuldigd. (20)

Al vanaf begin jaren zeventig trokken enkelen, zoals Veatch, het criterium van de totale hersendood in twijfel (21). Naast het verschil in mensvisie was een van de punten van kritiek de bevinding dat na definitieve uitval van de hersenstam individuele geïsoleerde hersencellen in geperfundeed hersenweefsel in leven kunnen worden gehouden. Dit suggereert dat op cellulair niveau niet alle functies zijn weggefallen. Wat boven is gezegd over het dode lichaam als geheel geldt echter ook voor de hersenen. Vlak na de dood gaan de individuele weefsels en cellen niet direct dood, getuige haar- en nagelgroei. Toch spreken we van een lijk omdat de diverse functies van de weefsels en organen niet langer tot één geheel zijn gecoördineerd en geïntegreerd. Hetzelfde geldt voor de hersenen. Individuele cellen mogen dan nog elektrische ontladingsactiviteit tonen, hun individuele activiteit is niet meer op het functioneren als één geheel afgestemd. Iets dergelijks is mede onmogelijk omdat de sensibele input van de hogere hersendelen via de hersenstam geblokkeerd is (22). Men kan zich dan ook afvragen of voor de diagnostiek van de hersendood een vlak EEG een noodzakelijke voorwaarde is. In Engeland is electroencefalografisch onderzoek in dit verband niet vereist, maar wordt de hersendooddiagnostiek vooral gebaseerd op de afwezigheid van de hersenstamreflexen (23).

Omdat in een pluriforme samenleving geen consensus over fundamentele mensvisies en de daarmee samenhangende doodskoncepten en doodscriteria bereikt kan worden, heeft Veatch voorgesteld bij wet te regelen dat iedere burger zelf tevoren in een wilsverklaring kan aangeven welk doodscriterium bij hem mag worden toegepast. In de staat New Jersey is een dergelijke gewetensclausule opgenomen, die behelst dat wilsbekwame volwassenen tevoren kunnen laten vastleggen dat bij hen alleen de klassieke doodscriteria van hart- en ademstilstand als doodscriterium mogen worden gehanteerd. Feitelijk biedt deze wet daardoor twee mogelijkheden, de keuze voor de klassieke criteria of voor het criterium van de totale hersendood. Volgens Veatch zou hier als derde optie het criterium van de partiële hersendood aan moeten worden toegevoegd om ieders recht op een eigen levensbeschouwing te waarborgen (20,24).

De moeilijkheid in het voorstel van Veatch is dat in de praktijk niet alleen de patiënt zelf maar ook anderen, familieleden, artsen en verpleegkundigen, bij de doodsdiagnostiek betrokken zijn. Ook al zal de patiënt zelf de hogere hersendood als doodscriterium aanvaarden, dan betekent dat niet dat zijn arts en andere betrokkenen gedwongen zijn overeenkomstig zijn wil te handelen, wanneer zij er persoonlijk van overtuigd zijn dat iemand pas na het intreden van de totale hersendood werkelijk dood is. Ten aanzien van een beslissing met verstreckende consequenties ook op sociaal gebied zoals die met betrekking tot de doodsverklaring, zal de wetgeving eenduidig dienen te zijn. De wetgeving moet voorts op de realiteit worden afgestemd. Het criterium van de totale hersendood berust op een visie op de menselijke persoon als geheel, terwijl het criterium van de partiële hersendood slechts binnen het kader van een dualistische mensvisie kan worden verdedigd. Het is bovendien in het algemeen de vraag of een ver doorgevoerd autonomiebeginsel zoals dat aan voorstel van Veatch ten grondslag ligt, voor het leven in maatschappelijk verband wel voldoende basis biedt.



Conclusie

De commissie medische ethiek van het Nederlands Artsenverbond verstaat onder de dood van de menselijke persoon het verlies van wat noodzakelijk is voor het menselijke organisme om als een gecoördineerd en geïntegreerd geheel te kunnen functioneren. Op basis van dit doodskoncept wordt de irreversibele uitval van alle hersenfuncties, inclusief die van de hersenstam verlangd, wil men de patiënt dood verklaren en tot orgaanexplantatie overgaan. Dit doodscriterium wordt in de wetgeving zoals die tot nu toe in diverse landen tot stand is gekomen, door overkoepelende artsorganisaties en naar men mag aannemen in de meeste ziekenhuizen gehanteerd. De diverse diagnostische testen waarmee dit doodscriterium in de praktijk geverifieerd wordt, vormen het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

Noten

1. Voor een overzicht van de diverse methoden voor de diagnostiek van hersendood zie Smelt WLH. De apneustest in het kader van de diagnostiek van hersendood, Nederlands Tijdschrift voor Anesthesiologie. 1988;1: 14-20; Wemer FM, Frenken C, van der Spek J, van Beuge F. Het stellen van de diagnose hersendood. *ibid*:25-29; Bulder ER, Smelt WLH. Hersendoodcriteria. Terminologie, etiologie, theoretische aspecten *Vita Humana* 1990;17:87-97.
2. Op het belang van het essentiële onderscheid tussen deze drie elementen, het doodskoncept, het doodscriterium en de diverse testen wijzen Bemat JL, Culver CM, Gert B. On the definition and criterion of death, *Annals of Internal Medicine* 1981 ;94:389.
3. Enkele delen van de tekst die nu volgt, zijn letterlijk ontleend aan Eijk WJ. Wat is menselijk leven? *Vita Humana* 1992;19, nr.3 (extra editie):2.
4. Plato, *Phaedo* 61 d-e.
5. Descartes R. Les passions de l'ame, I, 30-32, in: *Oeuvres de Descartes*, Adam C, Tannery P. (ed.), Paris: J. Vrin, 1974, vol. XI:351-353.
6. Eccles J. Das Gehirn des Menschen, München/Zürich: Piper, R. und Co. Verlag, 1984 (5e ed.):263-280; idem. The effect of silent thinking on the cerebral cortex, in *The brain-mind problem. Philosophical and neurophysiological approaches*, ed. Balázs Gulyás, Leuven/Assen/Maastricht: Leuven University Press/Nan Gorcum, 1987:31-60.
7. Singer P. Life: value of life, in: *Encyclopedia of Bioethics*, ed. Warren T. Reich, New York/ London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982;2:822-829; Engelhardt HT. The foundations of bioethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986: 109.
8. Veatch RM. The impending collapse of the whole-brain definition of death, *Hastings Center Report* 1993;23,nr 4: 18-24; Gillett G. Consciousness, the brain and what matters, *Bioethics* 1990;4,nr ,3: 181-198.
9. McMahan, die uitdrukkelijk erkent dat het partiële doodskoncept een dualistische mensvisie impliceert, hanteert daarom een tweevoudig doodskoncept, de dood van de persoon of van het ik en de dood van het fysieke organisme. Zie McMahan J. The metaphysics of brain death, *Bioethics* 1995;9 nr 2:91-126.
10. Truog RD, Fletcher JC. Brain death and the anencephalic newborn, *Bioethics* 1990;4 nr 3:199-215; Walters JW. Anencephalic infants as organ sources, *Bioethics* 1991;5 nr 4:326-341.
11. Bemat JL, Culver CM, Gert B. On the definition and criterion of death, op. cit.:389-394.
12. Eijk WJ. De ethische aspecten van de postmortale orgaandonatie, *Vita humana* 1991;18:51-54.
13. A definition of irreversible coma; report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death, *Journal of the American Medical Association* 1968;205:337 -340.
14. Pranger D. Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten. Een analyse van de morele problematiek tegen de achtergrond van de recente discussies in de Verenigde Staten, Thesis Publishers, Amsterdam 1992: 123-125.
15. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research, *Defining*



- death: medical, legal and ethical issues in the definition of death Washington U.S. Govem. Printing Office, 1981.
16. Andreassen Rix B. The importance of knowledge and trust in the definition of death, *Bioethics* 1990;4 nr 3:232-236; Cushman R, Holm S. Death, democracy and public ethical choice, *Bioethics* 1990;4 nr 3:237-252.
17. Manni C, Proietti R, Della Carte F. La mafte cerebrale: aspetti diagnostici, *Medicina e morale* 1993;43:907.
18. Gezondheidsraad, Advies inzake hersendoodscriteria, den Haag '83; idem, Algemene transplantatie problematiek den Haag 1987:97; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies orgaandonatie, Zoetermeer, 1990:47.
19. Pastorale vragen rond orgaan- en weefseldonatie, Driebergen: Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, z.j. (Werkmateriaal Pastoraat nr. VI), p. 3; Verheij J. Orgaantransplantatie," in: Jochemsen H, Cusveller BS. Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen, Veenendaal/Amsterdam: Nederlandse Patiënten Vereniging Buijten & Schipperheijn, 1992: 167 -169; Seldenrijk R. Organen en Weefsels op Reis. Een medisch-ethische afweging van de transplantatiegeneeskunde. Leiden: J.J. Groen en Zoon, 1993: 144-147; Jochemsen H. Orgaantransplantatie. De kwesties van het doodscriterium en de toestemming," *Pro vita humana* 1995;2:34-35.
20. Grisez G, Boyle JM. Life and death with liberty and justice. A contribution to the euthanasia debate, Notre Dame/London: University of Notre Dame Press, 1979:76-78; Tettamanzi D. Bioetica. Nuovefrontiere per l'uomo, Casale Monferrato: Piemme, 1990:343-348; Ciccone L. I trapianti d'organo: aspetti etici, *Medicina e Morale* 1990;40:705-710; Sgreccia E. Manuale di bioetica, Milano: Vita e Pensiero, 1988:447-449; Ashley B, O'Rourke KD. Healthcare ethics. A theological analysis, St.Louis: The Catholic Health Association of the United States, 1989:366-368; La «Dichiarazione» adottata dagli scienziati, *L'Osservatore Romano*, 1985,31 Oktober:5; Pontificia Accademia delle Scienze, Prolungamento artificiale della vita, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1987:151-153.
21. Veatch RM. The whole-brain-oriented concept of death: an outmoded philosophical formulation, *journal of Thanatology* 1975;3: 13-30; idem, The impending collapse of the whole-brain definition of death, op. cit.:22-23.
22. Manni C, Proietti R, Della Carte F. La mafte cerebrale: aspetti diagnostici, op. cit.:907-908.
23. Bulder ER, Smelt WLH. Hersendoodscriteria. Terminologie, etiologie, theoretische aspecten, op. cit.:90. Deze keuze zou in Engeland mede samenhangen met het feit dat door sommigen niet de totale hersendood, maar alleen de hersenstamdood als doodscriterium wordt gehanteerd. Niettegenstaande dit verschil wat betreft het gehanteerde doodscriterium zijn bij beide het doodskoncept en de gebruikte klinische tests gelijk. Het nadeel van het hersenstamcriterium is echter dat het de rol van de thalamus, hypothalamus en de neuroëndocriene centra bij het functioneren van het lichaam als een organisch geheel miskent. Zie Bemat JL. How much of the brain must die in brain death? *The journal of Clinical Ethics* 1992;3 nr 1 :24.
24. Veatch RM. The impending collapse of the whole-brain definition of death. op.cit.:22-23. [/size]
-

Orgaandonatie - Daad van naastenliefde

Bisschoppen van de R.K. Kerkprovincie in Nederland - 24 maart 1995

Nu de regeling van de orgaandonatie in het parlement wordt besproken en terecht grote aandacht in de publiciteit krijgt, willen de bisschoppen van Nederland opnieuw het standpunt van de rooms katholieke kerk ten aanzien van orgaandonatie naar buiten brengen. (1)

Het is een groot goed dat een oude droom van de mensheid werkelijkheid is geworden: dat wij organen en



weefsels kunnen transplanteren en levens kunnen redden. Helaas blijkt dat er nog steeds veel te weinig organen beschikbaar zijn voor transplantatie. Hierdoor verkeren velen die ernstig ziek zijn in grote nood. Soms leidt het gebrek aan een geschikt orgaan zelfs tot de dood van iemand die gered had kunnen worden.

Wij spreken onze grote waardering uit voor de vele mensen die bereid zijn tot donatie van organen na hun dood. Dit is een wel bewuste vrijwillige gave om niet. Mensen geven op deze wijze uitdrukking aan hun solidariteit, zelfs over de dood heen en bieden anderen daardoor nieuwe levenskansen.

Het lot van mensen die ernstig ziek zijn en wachten op een transplantatie, gaat ons zeer ter harte. Daarom willen wij allen aansporen zoveel mogelijk na te denken over de solidariteit met hun medemensen. Het lot van velen is van deze solidariteit afhankelijk. Daarom herhalen wij onze aansporing tot het beschikbaar stellen van organen na de eigen dood. (2)

Tegelijk achten wij het noodzakelijk dat de rechten van donor en ontvanger op duidelijke en ondubbelzinnige wijze worden geformuleerd en vastgelegd.

Familieleden van donoren hebben recht op goede begeleiding maar ook op betrouwbare en toegankelijke informatie en op de zekerheid dat de dood van de mens die zo plotseling uit hun midden wordt weggerukt, onweerlegbaar wordt aangetoond en bevestigd door onafhankelijke specialisten. Als doodscriterium dient daarbij totale hersendood te gelden. Immers omwille van de hoogste beschermwaardigheid van het menselijk leven is een zorgvuldige en controleerbare procedure noodzakelijk.

De beschermwaardigheid van het menselijk leven, zowel van donor als van ontvanger, dient steeds het ijkpunt van de besluitvorming te zijn.

Utrecht, 24 maart 1995

De rooms-katholieke bisschoppen van Nederland

Noten

1. Paus Johannes Paulus II, Eine wachsende Zahl Menschen wartet auf die Organspende, Grusswort Johannes Paul II, an eine internationale Gruppe von Urologen, L'Osservatore Romano 20 (1990) 21 dd 25 mei.
2. Vgl. Die al wat leeft bemint, notities bij het vraagstuk van de bescherming van het leven, Kampen 1992, 88-90.

Embryo en christelijke mensvisie. Wanneer wordt het embryo een menselijke persoon?

Pro Vita Humana, 1994; 1: nr 3, 107-116

door prof.dr. W.J. Eijk, arts-filosoof-theoloog, docent ethiek en moraaltheologie aan de Grootseminaries Rolduc te Kerkrade en het St. Jans-Centrum te 's-Hertogenbosch



In een eerder gepubliceerd artikel is uiteengezet, dat de christelijke theologie voor de beoordeling van de status van het embryo twee criteria aanlegt: het moment van de bezieling en de intrinsieke finaliteit van het embryo. (1)

Het embryo wordt volgens de christelijke mensvisie een menselijke persoon, wanneer het een geestelijk



levensprincipe, de ziel, ontvangt. Mocht dit niet op het moment van de bevruchting plaatsvinden, maar op een later tijdstip, dan zou het vroege embryo nog geen mens zijn. Vroege abortus zou om deze reden, aldus sommige ethici en moraaltheologen, geen homicidium (het doden van een mens zijn) mogen worden genoemd. Om dezelfde reden zouden experimenten in jonge embryo's moreel aanvaardbaar zijn. Voor de christelijke medische ethiek is het moment van de bezieling daarom een belangrijk gegeven.

Dit artikel biedt een historisch overzicht van de verschillende opvattingen omtrent het moment van de bezieling van het menselijke embryo binnen de christelijke traditie en de huidige theologie. Het is nuttig om te zien, op basis van welke argumenten en – eventueel tijdgebonden – natuurwetenschappelijke inzichten een vroeger of later tijdstip voor de bezieling werd aangenomen.

Het begin van de discussie in de antieke oudheid

Ofschoon de theologie haar primaire bron niet in de natuurwetenschappen zoekt, kan geen enkele theoloog volstrekt aan de ontdekkingen van de natuurwetenschappen voorbij gaan. Zo hebben de meeste christelijke theologen binnen de discussie over de status van het embryo met de stand van de embryologie van hun tijd rekening gehouden. Tot in de zeventiende eeuw volgde men zowel binnen de geneeskunde als binnen de theologie vrijwel kritiekloos de embryologie van de antieke oudheid.

De antieke artsen, natuurwetenschappers en filosofen hebben de basis gelegd voor de beide theorieën, die de discussie over de status van het embryo tot op de huidige dag inhoudelijk bepalen. Volgens Hippocrates (460?-370? a.C.) ontstaat het embryo uit het sperma van de vader, dat in de uterus coaguleert. Het daar aanwezige bloed, dat tijdens de zwangerschap niet – zoals bij de menstruatie – wordt afgescheiden, zou door het embryo als voedsel voor zijn verdere groei en ontwikkeling worden gebruikt. (2) Dit embryo zou vanaf het begin een geestelijke ziel hebben en dus een menselijke persoon zijn.

Tegenover deze theorie van de directe bezieling staat die van de indirecte (late) bezieling, die door Aristoteles (384/383-322 a.C.) werd vertegenwoordigd. Volgens deze ontstaat het lichaam van het embryo uit het menstruele bloed dat tijdens de zwangerschap in de baarmoeder wordt vastgehouden. Dit bloed, dat wordt opgevat als de materiële oorzaak van het embryo, zou door het sperma als werkoorzaak en formele oorzaak worden gecoaguleerd, zoals melk door de inwerking van vijgenschap of kaasstremsel. (3) Aldus zou het bloed in een embryonaal lichaam worden omgevormd. Door het sperma ontvangt het menstruele bloed na omvorming een vegetatieve (plantaardige) ziel: “Aldus is het fysieke deel, het lichaam, van de vrouwen de ziel van de man afkomstig ...” (4) Op deze wijze zou het bloed aan het eind van de eerste week een levend wezen zijn geworden, vergelijkbaar met een plant. De vegetatieve ziel zou na enige tijd worden vervangen door een sensitieve (dierlijke) ziel, hetgeen door de vorming van de zintuigorganen zou worden gemarkeerd. Deze zou op haar beurt door een rationele ziel worden vervangen, die van buitenaf komt en van goddelijke oorsprong moet zijn. (5) De rationele ziel kan niet van het begin af aanwezig zijn, omdat haar activiteit een zekere ontwikkeling van organen, met name de zintuigen, vereist:

“De ziel is daarom de eerste act (volmaaktheid) van een lichaam dat in potentie het leven heeft. Het lichaam heeft dat wanneer het over organen beschikt ... Als we iets willen noemen dat aan elke ziel gemeenschappelijk is, dan is dat zij de eerste act is van een natuurlijk lichaam dat organen bezit”. (6)

Uit de observatie van geaborteerde foetussen leidde Aristoteles af dat het mannelijk embryo op de veertigste en het vrouwelijke op de vijftigste dag door een rationele levensprincipe zou worden beziel en aldus van dat moment een menselijke persoon zou zijn. (7)

De keuze voor de theorie van de directe of die van de indirecte bezieling wordt duidelijk bepaald door het verschil in embryologische opvattingen. In tegenstelling tot Hippocrates was het voor Aristoteles onmogelijk om aan te nemen dat het embryo vanaf de bevruchting beziel zou zijn, omdat hij ervan uitging dat het lichaam



van de mens uit het menstruele bloed wordt gevormd. Vanuit zijn overtuiging dat alleen een organisch lichaam kan worden beziel, is het inderdaad ondenkbaar, dat amorf bloed een menselijke ziel als levensprincipe zou bevatten.

Heilige Schrift

Uiteindelijk is de Heilige Schrift de primaire bron voor de christelijke theologie. Zij doet echter over de status van het embryo geen eenduidige uitspraak. (8)

Verschillende teksten in de Heilige Schrift impliceren dat het embryo als een persoon wordt beschouwd. Zo wordt in Psalm 71, 6 gezegd: "Ik heb op U gesteund vanaf de moederschoot, mijn helper vanaf de schoot van mijn moeder." De dichter van de psalm identificeert zich met het embryo vóór de geboorte. Hij was dat embryo en had toen al een persoonlijke intieme relatie met God (vergelijk Ps. 22, 11; Jer. 1, 5). Wanneer Jeremia en Job verzuchten, dat zij beter in de moederschoot hadden kunnen sterven in plaats van geboren te worden, wordt het embryo als een "ik", dus een persoon, gezien: "Hij had mij in de moederschoot moeten doden; dan was mijn moeder mijn graf geworden" (Jer. 20,17; vergelijk Job 3,11.16; 10, 18-19).

Op enkele plaatsen wordt aan de bewegingen die ongeborenen maken, een bijzondere betekenis toegeschreven. Zo zou de controverse tussen Jacob en Esau al in hun bewegingen in de moederschoot, die als vorm van een zekere agressie tegen elkaar worden verklaard (Gen. 25, 22.26), tot uiting zijn gekomen. In het Lucasevangelie wordt de beweging van Johannes de Doper in de moederschoot als uiting van vreugde beschouwd: "Zodra Elisabet de groet van Maria hoorde, sprong het kind op in haar schoot ... Zie, zodra de klank van uw groet mijn oor bereikte, sprong het kind van vreugde op in mijn schoot" (Luc. 1, 41.44). In dit verband kunnen bewegingen van ongeboren kinderen alleen als uiting van agressie of vreugde worden opgevat, wanneer zij menselijke personen zijn.

In Exodus treffen we een tekst aan, die suggereert dat de ongeborene een lagere status dan de moeder zou hebben: "Wanneer mannen in een gevecht gewikkeld zijn en daarbij een zwangere vrouw raken, zodat zij een miskraam krijgt, dan geldt het volgende. Blijft de vrouw in leven dan moet aan de schuldige een geldboete worden opgelegd, vastgesteld door haar echtgenoot; het gerecht moet toezien dat hij betaalt. Sterft zij echter, dan moet gij leven voor leven eisen" (Ex. 21, 22-23).

Bij de dood van de vrouw moet de dader met zijn leven betalen, maar bij de dood van de foetus kan hij met een boete volstaan. De meest voor de hand liggende verklaring is, dat de status van de ongeborene lager is dan die van de moeder. De ongeborene lijkt niet als een volwaardige menselijke persoon te worden beschouwd.

De Septuagint (een Griekse vertaling van het Oude Testament gemaakt te Alexandrië vanaf de derde eeuw vóór Christus) bevat van de geciteerde tekst een opmerkelijke variant:

"Wanneer twee mannen met elkaar vechten en daarbij een zwangere vrouw raken, en haar nog ongevormde kind wordt uitgedreven, dan zal er een boete moeten worden betaald, zoals de echtgenoot van de vrouw die zal opleggen. Wanneer het echter gevormd is, dan zal hij leven voor leven geven ... ". (9)

Hierin wordt een onderscheid gemaakt in de bestraffing van een accidentele abortus bij een ongevormde foetus (paidon... mè exeikonismenon) en een gevormde foetus (paidon... exeikonismenon). Dit onderscheid, dat in de hebreeuwse versie niet wordt vermeld, houdt in dat het embryo pas als een menselijke persoon moet worden beschouwd, wanneer het gevormd is, dat wil zeggen de uiterlijke verschijningsvorm van een mens heeft. Voor de dood van de gevormde embryo moet de schuldige immers met zijn leven betalen, terwijl bij de ongevormde foetus met het betalen van een boete kan worden volstaan.

Sommige passages van de bijbel lijken te verwijzen naar de Aristotelische embryologie. De vorming van het embryo wordt in het boek Job als volgt beschreven:



“Hebt gij mij niet als melk laten vloeien, en als kaas laten stremmen; mij niet bekleed met huid en vlees, met beenderen en spieren samengeweven? Leven en geluk hebt u mij geschonken, en uw zorg heeft mijn adem bewaard” (Job 10, 10-12).

De vergelijking van het zaad dat – zoals melk tot kaas – in de baarmoeder coaguleert en zo geleidelijk tot een embryo wordt omgevormd, doet denken aan de beschrijving, die Aristoteles van de embryonale ontwikkeling heeft gegeven. De kerkvader Theodoretus van Cyrus (zie verder) heeft in deze tekst een zekere volgorde binnen de embryonale ontwikkeling gelezen. (10) Eerst zou, aldus zijn uitleg van deze tekst, het lichaam van het embryo worden gevormd, waarna God het leven (de ziel) zou geven. In ieder geval legt de auteur van het boek Job er de nadruk op, dat de vorming van het embryo Gods werk is (vergelijk Psalm 139, 13.15-16; 2 Makk. 7,22-23).

Duidelijker vindt men de aristotelische embryologie in het boek Wijsheid terug, (11) dat is geschreven te Alexandrië tussen 200 en 30 vóór Christus en daarom sterk door de hellenistische cultuur is beïnvloed: “In de moederschoot werd ik tot een lichaam gevormd, in de tijd van tien maanden, nadat ik in het bloed was vastgezet door het zaad van een man ... ” (Wijsheid 7, 1-2).

De bezieling van het embryo wordt elders in het boek Wijsheid vermeld: “Ik was een kind met een mooie gestalte, en ik had een goede ziel ontvangen; of liever, omdat ik goed was, was ik in een lichaam zonder gebrek gekomen” (8, 19-20; vergelijk 15, 11). Onder exegeten bestaat er discussie over de vraag, of in Wijsheid 8, 19-20 de pre-existentie van de ziel (dat is de leer volgens welke de ziel reeds vóór de bevruchting zou bestaan) wordt aangenomen. Waarschijnlijker lijkt dat hier niet de pre-existentie, maar de voortreffelijkheid van de ziel boven het lichaam wordt benadrukt, zonder aan de waarde van het lichaam als constitutief onderdeel van de menselijke persoon afbreuk te doen. Het persoon zijn is echter in de genoemde tekst eerder een functie van de ziel dan die van het lichaam. (12) Over het moment van de bezieling laat de auteur van het boek Wijsheid zich niet uit. (13) Uit het feit dat in Wijsheid 7, 1-2 over de vorming van het embryo als over de vorming van “mij”, een persoon, wordt gesproken, zou aldus de exegeet Gilbert echter kunnen worden afgeleid, dat de auteur impliciet het moment van de bezieling met het ontstaan van het embryo laat samenvallen. (14)

Uit de Heilige Schrift kunnen geen definitieve conclusies omtrent de status van het embryo worden getrokken. De auteurs van de Heilige Schrift vroegen zich ook niet af, wat de status van de ongeborene is, vanuit uit dezelfde perspectief als wij dat nu doen. Het boek Exodus, althans in de septuagint-versie, hanteert als criterium de uitwendige vorming van het lichaam van het embryo. Alleen in het boek Wijsheid wordt verwezen naar het hellenistische concept van de bezieling. In het algemeen wordt het embryo vóór de geboorte in de Heilige Schrift als een persoon beschouwd. Op de vraag, of het al een persoon vanaf de conceptie is of pas in een latere fase van de embryonale ontwikkeling een persoon wordt, wordt echter geen expliciet antwoord gegeven.

De voorkeur onder de griekse kerkvaders voor de directe bezieling

De meerderheid onder de Griekse kerkvaders gaf de voorkeur aan de theorie van de directe bezieling. (15) Zo zegt Gregorius van Nyssa (334-394), dat ziel en lichaam beide op het moment van de conceptie ontstaan. Hij verwierpt zowel de Platoonse opvatting van de pre-existentie van de ziel alsook de Aristotelische visie, volgens welke eerst het lichaam wordt aangelegd en vervolgens de ziel wordt ingestort. (16) Wanneer lichaam en ziel op verschillende momenten zouden ontstaan, dan zou de mens niet als een eenheid kunnen worden gezien: “Omdat de mens, die uit lichaam en ziel bestaat, een en dezelfde is, zeggen wij dat aan hen één gemeenschappelijk begin moet worden toegeschreven, zodat hij niet wat betreft het ene deel jonger en wat betreft het andere ouder dan zichzelf zou zijn ... Daarom kan het ene deel aan het andere niet voorafgaan, alsof

bij de schepping van de afzonderlijke delen òfwel die eerder dan het lichaam zou zijn geschapen, òfwel het lichaam eerder dan de ziel. De mens die zo door een tijdelijk verschil verdeeld zou zijn, zou als het ware met zichzelf in conflict zijn.” (17)

Basilius de Grote (330-379) suggereert dat hij de theorie van de directe bezieling aanhangt, waar hij schrijft: “Zij die opzettelijk de foetus heeft vernietigd, zal de straf wegens moord ondergaan. We maken geen subtiel onderscheid tussen de gevormde en de ongevormde foetus.” (18) Volgens Maximus Confessor (580-662) is de aristotelische embryologie onhoudbaar. Het zou onmogelijk zijn dat de mens eerst als een plant of als een dier zou leven, alvorens een menselijke ziel te krijgen. Dat zou betekenen, dat de mens vader van een plant zou zijn en de mens wat betreft zijn wezensnatuur niet uit een mens zou voorkomen. (19) Een theologisch bezwaar is voor hem de onmogelijkheid, dat Christus – indien de theorie van de late bezieling waar zou zijn – “vanaf de conceptie onbezield en niet uitgerust met een geest mens is geworden, en veertig dagen lang in deze staat zou hebben verkeerd. Al onze heilige vaders en leraren verklaren immers uitdrukkelijk, ja de Waarheid Zelf bevestigt en wordt door hen bevestigd, dat tegelijk met de afdaling van het Woord van God door de bevruchting terstond en zonder enig tijdsinterval door middel van de rationele ziel de Heer Zelf en het Woord van God met het vlees is samengegaan. Het Woord van God heeft evenwel niet door middel van het onbezielde vlees later de ziel ontvangen en niet eerst een totaal onbezield of van een geest verstoken lichaam en een irrationeel ziel aangenomen.” (20)

Ook Meletius is van mening, dat de ziel reeds van af het moment van de conceptie aanwezig moet zijn. Zoals een stempel zich niet aan een figuur die al in de was aanwezig is, zal aanpassen, zo zal ook de rationele ziel, beeld en zegel van de godheid, zich niet aan een lichaam aanpassen, dat al door een ziel is “georganiseerd.” (21)

Een uitzondering onder de Griekse kerkvaders vormt Theodoretus (393-457), de bisschop van Cyrus, die een advocaat van de theorie van de late bezieling is. Hij verwijst naar Genesis, waarin vermeld staat hoe God eerst het lichaam van Adam uit klei had gevormd en daarna de ziel erin uitgestort (Gen. 2, 7). (22) Ook het getuigenis van Job dat hij menselijk leven had ontvangen, nadat God zijn botten en zenuwen had gevormd, zou op een indirecte bezieling wijzen (Job 10, 9-12). (23) Het belangrijkste argument voor Theodoretus is echter de reeds genoemde Septuagint-variant van Exodus.

De latijnse kerkvaders als voorstanders van de indirecte bezieling

De discussie over de het moment van de bezieling van embryo werd bij de latijnse kerkvaders diepgaand beïnvloed door meningsverschillen omtrent de herkomst van de menselijke ziel. Onder invloed van de stoïsche wijsbegeerte leerde Tertullianus, dat de ziel als materieel beginsel uit het zaad van de vader voortkomt. (24) Deze leer, het materieel traducianisme genoemd, bood een verklaring voor het doorgeven van de erfzonde van de ouders op de kinderen. Wanneer men zou aannemen, dat God de ziel van iedere mens afzonderlijk direct schept, dan zou Hij voor de erfzonde en dus voor het kwaad in deze wereld verantwoordelijk kunnen worden gesteld. Deze moeilijkheid zou kunnen worden omzeild door aan te nemen, dat de ziel via het zaad van de ouders aan het nageslacht wordt doorgegeven. De visie van Tertullianus leidt automatisch tot de aanname van een directe bezieling. Overigens is het merkwaardig dat voor Tertullianus – in tegenstelling tot de meeste andere christelijke schrijvers – het moment van de bezieling niet het tijdstip lijkt te zijn, waarop het embryo mens wordt. Onder verwijzing naar de septuagint-versie van Exodus meent hij dat de foetus pas een mens wordt, nadat de vorming van een menselijk lichaam heeft plaatsgevonden. (25)

Een spirituele vorm van het traducianisme wordt door Augustinus vertegenwoordigd. Hij beschouwt de ziel als geestelijk, maar meent dat deze evenals het lichaam uit het zaad van de vader voortkomt. Ook bij Augustinus speelt hierbij een grote rol, dat langs deze weg de transmissie van de erfzonde kan worden verklaard. (26) Dit



maakt hem echter niet tot een ondubbelzinnig aanhanger van de theorie van de directe bezieling.

“Ik heb de moed noch om te ontkennen noch om te bevestigen, dat geaborteerde foetussen, die nadat ze al enige tijd in de moederschoot hebben geleefd, daar sterven, aan de verrijzenis deel zullen hebben, hoewel ik niet inzie waarom de verrijzenis hen niet eveneens zou betreffen, nadat ze van de dood zouden zijn bevrijd.” (27)

In zijn *Enchiridion* maakt hij echter een onderscheid tussen de gevormde en de ongevormde foetus. Men zou, naar zijn inzicht, eventueel kunnen aannemen, dat de gevormde foetus aan de verrijzenis deel heeft. Dit lijkt hem echter onwaarschijnlijk bij de ongevormde foetus, omdat deze dan met een ongevormd lichaam zou moeten verrijzen. (28) In zijn commentaar op de Septuagint versie van Exodus 21, 22-25 legt Augustinus weliswaar een verband tussen de uiterlijke vorming van de foetus en de bezieling, maar sluit hij de mogelijkheid niet uit, dat ook de ongevormde foetus al bezielde is. (29)

Ook Hiëronymus neemt geen duidelijk standpunt in. In een van zijn brieven schrijft hij, dat men alleen van moord kan spreken bij abortus van een foetus die uiterlijk op een menselijk wezen lijkt. (30) Elders zegt hij daarentegen dat vrouwen die zichzelf onvruchtbaar maken, een moord begaan op een menselijk wezen dat nog niet is geconcipieerd. (31)

Desalniettemin hielden de meeste latijnse kerkvaders ertoe over de theorie van de late bezieling aan te nemen. Chollet veronderstelt dat zij zodoende het traducianisme van Tertullianus wilde vermijden. (32) In zijn brief *Bonum atque iucundum* van 23 augustus 498 aan de bisschoppen van Gallië stelde Anastasius II, dat de ziel van iedere mens bij diens ontstaan direct door God werd geschapen. (33) Binnen deze leer, het creationisme, zou de ziel zowel bij conceptie als op een later tijdstip door God kunnen worden ingestort. De bezieling op een later tijdstip zou duidelijk maken, dat de ziel niet uit het zaad van de vader voortkomt, maar een directe schepping van God is. Overigens ondergingen zij in dit opzicht onmiskenbaar tevens de invloed van de exegese van de genoemde Septuagintversie van Exodus en de aristotelische embryologie.

Volgens Gennadius van Marseille (5e eeuw) wordt de ziel door God geschapen en met het lichaam verenigd, pas nadat dit gevormd is. (34) Dezelfde gedachte vindt men terug in twee geschriften, die door de latere traditie foutief aan Augustinus zijn toegeschreven: *De spiritu et anima* (35) en *Quaestiones ex veteri testamento*. (36) In dit laatste werk wordt verwezen naar de reeds vermelde argumenten van Theodoretus van Cyrus.

De verdere uitbouw van de theorie van de late bezieling in de Middeleeuwen

Behoudens een enkeling als Albertus de Grote (gestorven 1280) (37) gaven in navolging van De Latijnse kerkvaders de middeleeuwse theologen, onder wie Anselmus (1033/41109), (38) Petrus Lombardus (1200-1280) (39) en Hugo van Sint-Victor (1095-1160) (40), de voorkeur aan de theorie van de indirecte bezieling. Onder de theologen, met name Thomas van Aquino (1221-1274), (41) leidde de opleving van het aristotelisme in de dertiende eeuw mede tot een hernieuwde belangstelling voor zijn theorie van de late bezieling, die – zij het niet zonder enkele wijzigingen en aanvullingen – werd overgenomen.

Een veel bediscussieerde vraag was in die tijd, of de mens meerdere vormen (zielen) naast elkaar zou hebben, waaronder een vegetatieve, een sensitieve en een rationele ziel. Bij een bevestigend antwoord zou het moeilijk zijn de eenheid van de menselijke persoon te verklaren. Thomas benadrukt daarom, dat tijdens de embryonale ontwikkeling een daadwerkelijk opeenvolging van de drie zielen plaatsvindt, met dien verstande dat met het verschijnen van de volgende de vorige ophoudt te bestaan:

“Aldus vergaat de vegetatieve ziel, die aanwezig is in de eerste fase, waarin het embryo een plantaardig leven leidt, en dan volgt een ziel die tegelijkertijd vegetatief en sensitief is, en dan leidt het embryo een dierlijk leven;

nadat deze ziel is vergaan, volgt een rationele ziel die van buitenaf wordt ingestort, hoewel de voorafgaande zielen door de kracht van het zaad werden voortgebracht.” (42)

De rationele ziel, die het embryo tot mens maakt, wordt aldus Thomas direct door God geschapen. (43) Hij volgt echter Aristoteles in diens opvatting dat de instorting van de rationele ziel pas kan plaatsvinden, nadat de organen tot op zekere hoogte zijn aangelegd. Volgens de aristotelische leer van vorm en materie is de ziel het levensprincipe, dat de materie tot een menselijk lichaam formeert. De vorm wordt echter gezien als een “act,” dat wil zeggen een voltooiing. Daarom kan de rationele ziel pas aanwezig zijn, wanneer de organen nodig voor de zintuiglijke waarneming zijn aangelegd. Anders kan er van een rationele activiteit, die voor de menselijke ziel specifiek is, geen sprake zijn. (44)

Een uitzondering maakt Thomas voor de menswording van Christus. De vindt plaats op het moment, dat Maria door de Heilige Geest wordt overschaduwd. Dit zou zonder bezieling op het moment van de conceptie onmogelijk zijn geweest, omdat alleen door bemiddeling van de menselijke ziel het Woord van God het lichaam kon aannemen. (45) Boven zagen we hoe Gregorius van Nyssa uit de menswording van Christus de conclusie trok, dat het menselijk embryo op het moment van de bevruchting wordt bezielde. Dit is echter theologisch gezien een verkeerde methode. De menswording van Christus is een geloofsmysterie, waaruit geen algemene conclusie ten aanzien van het ontstaan van de mens kan worden getrokken. Thomas volgt de omgekeerde weg, doordat hij uit respect voor het mysterie van de incarnatie bij Christus zoals verwoord in de heilige Schrift – in tegenstelling tot de gewone gang van zaken – een directe bezieling aanneemt.

De theorie van de late bezieling bleef algemeen aanvaard tot in de zeventiende eeuw. Ook het Kerkelijk recht hield hier rekening mee. Het *Decretum Gratiani* (de compilatie van het kerkelijk recht door de monnik Gratianus, gestorven rond 1160) stelt dat abortus vóór de instorting van de menselijke ziel geen homicidium (moord) is. (46) In 1588 bepaalde Paus Sixtus V dat de zwangere vrouw zelf of anderen, die een abortus provocatus hadden verricht, of de vrucht nu bezielde was of niet, een excommunicatie beliepen, waarvan de absolutie aan de Heilige Stoel was voorbehouden. (47) Drie jaar later voerde Paus Gregorius XIV echter een zekere verlichting van de strafmaat door, die inhield dat de dader in geval van abortus van een nog onbezielde foetus ook door een priester kon worden geabsolveerd, die door de ordinarius loci (locale bisschop of administrator van het bisdom) speciaal daartoe gedelegeerd was. (48)

De omslag in de zeventiende eeuw

Mede onder invloed van de kerkvaders waren de reformatoren Luther en Calvijn de mening toegedaan, dat het embryo vanaf de conceptie een mens is. De speciale aanleiding daartoe vormde hun visie op de transmissie van de erfzonde en de predestinatieleer. (49) Hun invloed op de discussie over de status van het menselijk embryo was echter gering.

Dat sinds de zeventiende eeuw de voorkeur geleidelijk steeds meer naar de theorie van de directe bezieling uitging, was hoofdzakelijk een gevolg van de ontwikkeling van de moderne natuurwetenschappen. Hierdoor kwam het wetenschappelijk gezag van Aristoteles in allerlei opzichten onder vuur te liggen. Artsen begonnen – overigens eveneens op basis van gebrekkige biologische inzichten – met name zijn embryologische opvattingen in twijfel te trekken.

Thomas Fienus (de Fyens, 1567-1631) hoogleraar geneeskunde aan de Universiteit van Leuven) meende waar te nemen, dat op de derde dag na de bevruchting een membraan ontstaat, die het zaad bedekt. Hij interpreteerde dit als het eerste teken van een zekere vorming van het embryo. Dit moest volgens zijn inzicht ook het moment van de bezieling zijn. De menselijke ziel zou namelijk niet alleen de formele oorzaak van het embryo zijn, maar ook de werkoorzaak van zijn vorming. Daarom zou de ziel op het moment van de vorming van de membraan al aanwezig dienen te zijn. (50)



Paolo Zacchia (1584-1659, arts-generaal van de Kerkelijke Staat), (51) had vooral moeite met Thomas' theorie van de opeenvolging van de drie zielen. Deze zou in strijd zijn met de identiteit van het zijn van het individu: "Het is onmogelijk dat een levend wezen achtereenvolgens twee zielen heeft, namelijk eerst één ziel, en dan, nadat deze eerste ziel verdwenen en vergaan is, een andere, terwijl het hetzelfde levende wezen blijft." (52) Bovendien zou genoemde theorie ongeloofwaardig zijn, omdat zij een absurde metamorfose tijdens de embryonale ontwikkeling veronderstelt. We zouden moeten aannemen dat de mens: "zou veranderen van het ene zijnde in het andere, als hij een plant is wanneer hij een vegetatieve ziel zou hebben, zeg een boom, en een dier wordt, veronderstel een paard wanneer hij een sensitieve ziel ontvangt, en vervolgens van een paard in een mens overgaan wanneer de rationele ziel wordt ingestort ... Als dit niet absurd is, dan zou verder niets meer absurd geacht kunnen worden." (53)

De tendens om de theorie van de directe bezieling aan te nemen werd nog versterkt door de uitvinding van de microscoop. Het is merkwaardig dat ook hier in eerste instantie verkeerde waarnemingen de doorslag gaven. De Nederlandse anatoom de Graaf (1641-1673) meende, dat de door hem ontdekte en daarom naar hem genoemde Graafse follikels in het ovarium eieren waren, die een gepreformeerd embryo bevatten. De aanhangers van deze visie werden ovulisten genoemd. Anderzijds meenden de animalculisten of homunculisten, dat de zaadcel een zeer klein gepreformeerd menselijk lichaam bevat. Hoe dan ook, de gedachte dat het embryo als een reeds gepreformeerd menselijk lichaampje begint, bevorderde de aanname van de theorie van de directe bezieling. (54)

In 1827 ontdekte von Baer de eicel van de zoogdieren en die van de mens en eveneens het mechanisme van de bevruchting. Zo werd definitief wetenschappelijk bewezen, dat de mens niet begint als een levenloos bloedstolseltje, maar als een levende bevruchte eicel. Dit was voor het merendeel van de theologen een reden om aan te nemen dat de bezieling op het moment van de bevruchting en niet op een later tijdstip plaatsvindt. (55)

Onder katholieke theologen was de verklaring van het dogma van de onbevleete ontvangenis van Maria in 1854 een extra motief om de theorie van de directe bezieling aan te nemen. (56) Volgens dit dogma is Maria vanaf het moment van haar conceptie vrij van de erfzonde geweest. Omdat de zonde in principe niet los van de wil, een geestelijk vermogen, kan staan, lijkt dit dogma het beste te verenigen met een bezieling op het moment van de conceptie.

Ook in het kerkelijk recht werd met de theorie van de indirecte bezieling geen rekening meer gehouden. Zo bepaalde Pius IX in 1869 dat de absolutie van excommunicatie, opgelopen wegens een abortus provocatus in welk stadium van de foetale ontwikkeling ook, aan de ordinarius loci was voorbehouden. (57) Deze bepaling vindt men terug in de Codex van 1917 (58) en die van 1983. (59)

Desondanks bevonden er zich met name onder de thomistische filosofen van deze eeuw nog talrijke aanhangers van de theorie van de late bezieling. (60) Wel onderging zij enkele wijzigingen. Algemeen werd onder hen aangenomen, dat het embryo vanaf het moment van de conceptie een sensitieve ziel had. Anders zou men gedwongen zijn te veronderstellen, dat de vegetatieve ziel een sensitieve zou voortbrengen, maar dit zou haaks staan op het aristotelisch-thomistische principe dat het lagere niet het hogere kan voortbrengen. (61)

De belangrijkste reden om aan genoemde theorie vast te houden, was de eis dat de materie een zekere geschiktheid (dispositie) moest hebben, teneinde door de ziel tot een menselijke lichaam te kunnen worden geformeerd. (62) Het vroege embryo zou de vereiste dispositie missen. De zaad- en de eicel zijn levende cellen met een subhumaan - vegetatief of sensitief - leven. Na de conceptie verliezen zij hun eigen vorm en nemen die van het embryo aan. Dit heeft echter geen innerlijke organisatie, want alle cellen zijn gelijk. Er is geen differentiatie in verschillende weefsels en de verschillende organen moeten nog worden aangelegd. De vereiste



dispositie is echter pas bereikt, wanneer de vorm (de ziel) tegelijkertijd de voor haar meest specifieke activiteit, namelijk het denken, kan doorgeven. We hebben boven al gezien, dat volgens de aristotelisch-thomistische filosofie denken zonder zintuiglijke informatie onmogelijk is. Vandaar de gedachte dat de materie pas de vereiste dispositie om te kunnen worden bezielde heeft bereikt, wanneer de zintuigorganen zijn aangelegd. (63)

De terugkeer van de theorie van de verlate bezieling in de twintigste eeuw

Ter verdediging van de vroege abortus provocatus grepen vanaf de zestiger jaren moraaltheologen en ethici terug op de theorie van de verlate bezieling. (64) Omdat onderzoekers sinds het eerste succes met de IVFET de bevruchte eicel en het vroege embryo van de mens in handen hebben, is de vraag nu verschoven naar de aanvaardbaarheid van experimenten met embryo's. (65)

Veelal beroept men zich ter ondersteuning van de theorie van de late bezieling op enkele wetenschappelijke ontdekkingen op het terrein van de embryologie in deze eeuw: het grote spontane verlies aan bevruchte eicellen en embryo's, de vorming van eeneiige tweelingen of meerlingen en de mogelijkheid twee of drie embryo's tot één embryo te combineren.

Op basis van experimentele waarnemingen postuleerde Needham in de jaren twintig en dertig, dat misschien wel vijftig procent van alle bevruchte eicellen te gronde gaan. Dit maakt het veel theologen onaannemelijk, dat de bevruchte eicel al bezielde zou zijn. Dat zou immers betekenen, dat de helft van alle door God direct geschapen menselijke personen in de eerste weken tot maanden van de zwangerschap verloren zouden gaan. (66) Dit bezwaar is overigens niet nieuw, maar leefde al bij Augustinus, zoals we hebben gezien, en Anselmus. (67) Het leek hun ondenkbaar, dat een jonge vrucht die verloren gaat, al bezielde zou zijn, omdat deze dan geen kans zou krijgen om door middel van het doopsel met God te worden verzoend. Vanuit de christelijke mensvisie stoten we hier inderdaad op een moeilijkheid, waarop het laatste antwoord niet kan worden gegeven. Het argument als zodanig bewijst echter geenszins, dat directe bezieling uitgesloten zou zijn. De grote mortaliteit onder jonge kinderen, die in vroeger eeuwen ook zo'n vijftig procent bedroeg, is ook geen argument om hun persoonzijn in twijfel te trekken. (68)

Wanneer het embryo eenmaal bezielde is, is het een persoon en heeft het daarmee de hoogste graad van het individu-zijn bereikt. De splitsing van het embryo in twee- of meerlingen, die tot de vorming van de primitieve streep op de veertiende tot vijftiende dag na de conceptie kan optreden, zou bewijzen, dat het vroege embryo geen individu en dus ook geen persoon kan zijn. De australische moraalfilosoof Norman Ford veronderstelt daarom, dat de bezieling pas na de vorming van de primitiefstreep zou kunnen plaatsvinden. (69) Genoemd argument is echter geen doorslaggevend bewijs dat het vroege embryo voor de vorming van de primitiefstreep geen individu en dus niet bezielde zou kunnen zijn. Met evenveel recht kan worden gezegd, dat het vroege embryo een individu is dat zich op asexuele wijze kan voortplanten.

Conclusie

De wat triomfantelijk aandoende vaststelling van de anglicaanse moraaltheoloog Dunstan, dat praktisch de hele christelijke traditie van een late bezieling uitging en het embryo tijdens de eerste ontwikkelingsstadia niet de rang van persoon toekende, (70) behoeft een nadere nuancering. Op de eerste plaats blijkt, dat de traditie in dit opzicht niet zo homogeen is, als wel wordt aangenomen. Er valt duidelijk een golfbeweging te constateren. Nog vóór de christelijke jaartelling kende de antieke geneeskunde als tegenhanger van de late bezieling de theorie van de directe bezieling. Aan deze theorie gaven de griekse kerkvaders in meerderheid de voorkeur. De grootsten onder de latijnse kerkvaders, Augustinus en Hiëronymus, behielden hun twijfel en spraken zich niet definitief ten gunste van de indirecte bezieling uit. Vanaf de zeventiende eeuw groeit de aanhang van de theorie van de directe bezieling zienderogen.

Nog belangrijker is de reden, waarom de christelijke theologen vóór de negentiende eeuw in meerderheid de theorie van de late bezieling aanvaardden. Zoals gezegd, zal elke generatie bij de bepaling van de status van het embryo tevens de gegevens betreffende de embryologische ontwikkeling – voor zover bekend – serieus moeten nemen. Zeker vóór de zeventiende eeuw gingen praktisch alle theologen evenals de meeste artsen van de aristotelische embryologie uit, die leert dat het menselijk lichaam door de inwerking van het zaad uit een bloedstolsel wordt gevormd. Een levenloos bloedstolsetje kan geen levensprincipe bevatten. De ziel wordt binnen de aristotelische mensvisie gezien als het formele levensprincipe, dat niet alleen voor het menselijke denkvermogen, maar ook voor al andere levensverrichtingen verantwoordelijk is, doordat het de materie tot een menselijk lichaam formeert. De traditionele voorkeur voor de theorie van de late bezieling vindt dus duidelijk zijn wortels in een ondeugdelijke kennis van de embryologie.

Dit verklaart, waarom men meende dat de vereiste dispositie van de materie pas bereikt is, wanneer de organen voor het volledig menselijk leven, inclusief de zintuigorganen met betrekking tot het denkvermogen, waren aangelegd, alvorens een echt menselijke ziel aanwezig zou kunnen zijn.

Sinds het menselijk bevruchttingsproces aan het begin van de negentiende eeuw is ontrafeld, weten we dat het menselijk embryo begint als een bevruchte eicel, dus een levende eenheid met een innerlijke organisatie, die door het DNA in de chromosomen wordt gestuurd. Daardoor vervalt het oude bezwaar, dat het levenloze begin van het embryo niet bezield zou kunnen zijn.

Wanneer men, zoals Donceel, aan de oude eis zou willen vasthouden, dat eerst alle organen moeten zijn aangelegd die voor het denkproces nodig zijn, dan zou de bezieling pas rond het eerste jaar na de geboorte kunnen plaatsvinden. Dan zijn de hersenen pas voldoende gerijpt om het denkproces te ondersteunen. Dit leidt echter tot absurde conclusies. De meer recente argumenten voor de indirecte bezieling, zoals de mogelijkheid van twee- of meerlingvorming, blijken met goed recht ook op een andere manier te kunnen worden geïnterpreteerd, waardoor zij met de aanname van een directe bezieling verenigbaar zijn.

Opmerkelijk is dat ter legitimatie van vroege abortus provocatus of experimenten met embryo's de traditionele opvatting van de indirecte bezieling als extra argument van stal is gehaald, te meer daar deze uiteindelijk met verouderde embryologische opvattingen verstrengeld is. Wanneer men één element uit de traditie gebruikt, waarom zou men dan aan de andere elementen van de traditie, die wel met de gegevens van de moderne embryologie compatibel zijn, stilzwijgend voorbijgaan? Ongeacht een eventuele late bezieling heeft de christelijke traditie altijd jegens het embryo respect betoond op basis van zijn intrinsieke finaliteit. (71) Deze essentiële doelgerichtheid ligt vervat in het programma voor de verdere groei en ontwikkeling van het embryo, zoals dat onder geleide van het DNA wordt uitgevoerd, en is een manifestatie van de ordening, die God in Zijn schepping heeft aangebracht.

Noten

1. W.J. Eijk, "Criteria voor de status van het menselijk embryo," *Pro Vita* 10 (1993), nr 4, p. 81-86.
2. Hippocrates, *Du foetus de sept mois*, 7, ed. E. Littré, Paris, 1851, tome 7, p. 492.
3. Aristoteles, *The generation of animals*, ed. et transl. A.L. Peck, Cambridge/London: Harvard University Press/William Heinemann 1979 (The Loeb Classical Library no. 366), I, XIX-XX, 727 a -729 a, p. 95-111.
4. Ibid. II, IV, 738 b, p. 184/185.
5. Aristoteles is overigens niet duidelijk wat betreft de oorsprong van de ziel. In ieder geval kan de rationele ziel zijns inziens niet uit het sperma voorkomen, omdat de werking van de materie de activiteit van de rede niet kan verklaren. Zie Ibid. II, III, 736 b, p. 170/171.
6. Aristoteles, *De Anima*, 11, I, 412 a 27 - 412 bi, and 4-6, in *Aristotelis de anima*, ed. et transl. Paulus Siwek,



- Romae: apud sedes Pont. Universitatis Gregoriana 1954, vol 11, (Series Philosophica 9), p.92/93.
7. Aristoteles, *De animalibus historiae*, VII, 111, in *Aristotelis, Opera omnia*, Parisiis 1927, vol. III, p. 137-138.
8. P. Gibert, "Y a-t-il un statut biblique de l'embryon humain?," *Le Supplément. Revue d'éthique et théologie morale* (1988), p. 149-161; M. Gilbert, "La procréation. Ce qu'en sait le Livre de la Sagesse," *Nouvelle Revue Théologique* 121 (1989), p. 824-841.
9. Zie voor de Griekse tekst *Septuaginta*, ed. A. Rahlfs, Stuttgart: Deutsche Bibelstiftung, 1935).
10. Theodoretus, *Graecarum affectionum curatio*, V "De natura hominis," (PG 83, 941/942 C-D).
11. M. Gilbert, "La procréation. Ce qu'en sait le Livre de la Sagesse," op. cit., p. 830-831.
12. Ibid. p. 832-838.
13. Ibid. p. 838.
14. Ibid. p. 840-841.
15. A. Chollet, "Animation," in *Dictionnaire de Théologie Catholique*, Paris, 1923, vol. I, 2, 1307.
16. Gregorius van Nyssa, *De hominis opificio*, c. 28 (PG 44, 229/230-233/234).
17. Ibid. c. 29 (PG 44, 233/234-235/236). Cfr. Gregorius van Nyssa, *De anima et resurrectione* (PG 46, 125 C).
18. Basilius de Grote, *Epistula* 188, canon 2 (PG 32, 671/672 A).
19. Maximus Confessor, *Ambiguorum liber* (PG 91, 1337/1338).
20. Ibid. (PG 91, 1341/1342 A-B).
21. Meletius, *De natura hominis* (PG 64, 1087/1088 C)
22. Theodoretus, *Graecorum affectionum curatio*, V "De natura hominis," (PG 83, 941/942 B), and *In Exodum, Interrogatio XLVIII* (PG 80, 271-274).
23. Theodoretus, *Graecarum affectionum curatio*, V "De natura hominis," (PG 83, 941/942 C-D).
24. Tertullianus, *De anima*, XIX (PL 2, 722-724), XXXVI (PL 2, 755-756).
25. Ibid. c. XXXVII (PL 2, 757): "Ex eo igitur fetus in utero homo, a quo forma completa est."
26. Zie voor een uitgebreide analyse van deze kwestie Ph. Caspar, "La problématique de l'animation de l'embryon. Survol historique et enjeux dogmatiques," *Nouvelle Revue Théologique* 123 (1991), p. 11-24
27. Augustinus, *De civitate Dei*, 22, 13 (PL 41, 776).
28. Augustinus, *Enchiridion*, 85 (PL 40, 272).
29. Augustinus, *Quaestionum in Heptateuchum*, liber II, 80 (CSEL 282, 147-148).
30. Hiëronymus, *Ad Algasiam Epistula*, 121,4 (CSEL 56, 16).
31. Hiëronymus, *Ad Eustochium Epistula*, 22, 13 (CSEL 54, 160).
32. A. Chollet, "Animation," op. cit., 1307-1308.
33. DS 360.
34. Gennadius, *De ecclesiasticis dogmatibus*, XIV (PL 58, 984).
35. *De spiritu et anima*, IX, (PL 40, 784-785).
36. *Quaestiones ex veteri testamento*, XXIII, (PL 35, 2231).
37. Albertus de Grote, *De anima*, III, 5, 4, in: *Alberti Magni, Opera omnia*, Münster: Aschendorff, 1968, tomus VII, I, p. 250.
38. Anselmus, *De conceptu virginali*, 7 (PL 158, 440).
39. Petrus Lombardus, *Sententiae*, 11, d. 18, c. 7, Grottaferrata: Editiones Collegii S.Bonaventurae Ad Claras Aquas, 1971.
40. Hugo van S. Victor, *Explanatio in canticum Beatae Mariae Virginis* (PL 175, 418).
41. Thomas bespreekt dit onderwerp in een groot aantal van zijn werken: *Scriptum super libros sententiarum Petri Lombardi*, 2, d. 18, q. 2, a. 3, ed. R.P. Mandonnet, Parisiis, 1929; *De potentia*, q. 3, ad 9, in *Quaestiones disputatae*, ed. P.Bazzi, M. Calcaterra, et al., Taurini/Romae: Marietti, 1965 (10th ed.), vol. II; *Summa contra gentiles*, 2, 87-89, Romae: apud sedem Commissionis Leoninae 1934; *Summa Theologica*, 1, q. 76, a. 3, ad 3,



- and 1, q. 118, a. 2, ad 2; De spiritualibus creaturis, a. 3, ad 12, in Quaestiones disputatae, op. cit., vol. II; De anima, a. 11, in Quaestiones disputatae, op.cit., vol. 11.
42. Thomas van Aquino, Summa contra gentiles, 2, 89.
43. Ibid. 2, 87.
44. Ibid. 2, 89. Cfr. De potentia q. 3, a. 12.
45. Thomas van Aquino, Summa theologiae, 111, 33, 1 en 2.
46. Corpus iuris canonici, ed. Ae. Friedberg, Lipsiae, 1879, vol. I, "Decretum Magistri Gratiani," c. 7, C. XXXII, quo 2, kolom 1122: "Non est homicida qui aborsum procurat ante, quam anima corpori sit infusa."
47. Bullarum Diplomatum et Privilegiorum (sanctorum romanorum pontificum Taurensis editio), tomus IX, Torino, 1865, CXXXIV, §§ 7-8, p. 41-42.
48. Ibid. XXI, § 2, page 430-431.
49. J.B. Nelson, "Abortion: Protestant Perspectives," in: Encyclopedia of Bioethics, ed. Warren T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. I, p. 14.
50. J. Connery, Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective, Chicago: Loyola University Press, 1977, p. 168-170.
51. In het eerste deel van zijn werk over medisch-juridische kwesties houdt Zacchia nog de theorie van de indirecte bezieling. Dat blijkt bij de bespreking van de vraag, wanneer abortus homicidium is of niet. Zie Pauli Zacchiae, Quaestionum Medico-Legalium, Lugduni: Ex typographia Germani Nanty, 1674, Tomus I, Liber I, Titulus II, Quaestio IX, p. 51-53. In het tweede deel uit hij echter zware kritiek op deze theorie en verklaart hij zich een aanhanger van de directe bezieling: Ibid. Tomus II, Liber IX, Titulus I, Quaestio V (ultima), p. 699-707.
52. Ibid. n. 104-106, page 700.
53. Ibid. n. 106.
54. J Connery, Abortion ... , op.cit., p. 204, 208-209
55. J.P. Gury, Compendium theologiae moralis, Romae/Taurini, 1866 (17e ed.), vol. I, p. 431; E. Genicot, I. Salsmans, Institutiones theologiae moralis, Leuven/Brussel, 1931 (12e ed.), vol. I, n. 375; D.M. Prümmer, Manuale theologiae moralis, Barcelona: Herder, 1945 (10e ed.), vol. II, n. 138.
56. DS 2803. Ph. Caspar, "La problématique de l'animation de l'embryon," op. cit., p. 404-405.
57. ASS 5 (1869), p. 298: "Excommunicationi latae sententiae Episcopis sive Ordinariis reservatae subiicere declaremus: ... Procurantes abortum, effectu sequuto."
58. Can. 2350, § 1
59. Can. 1398.
60. H.-M. Hering, "De tempore animationis foetus humani," Angelicum 28 (1951), p. 18-29; ook een enkele moraaltheoloog pleitte nog voor de theorie van de late bezieling, zoals Antonio Lanza (in de dertiger en veertiger jaren hoogleraar moraaltheologie aan het Lateraan te Rome en later aartsbisschop van Reggio di Calabria): La questione del momento in cui l' anima razionale è infusa nel corpo, op. cit.
61. F.X. Maquart, Elementa philosophiae, Pariisi: Andreas Blot 1937, tomus 11, p. 543.
62. Vergelijk n. 15 van de 24 thomistische thesen, gepubliceerd door de Sancta Congregatio de Studiis: "Theses quaedam, in doctrina Sancti Thomae Aquinatis contentae, et a philosophiae magistris propositae, adprobantur," no. XV, AAS 6 (1914), p. 385: "Contra, per se subsistit anima humana, quae, cum subiecto sufficienter disposito potest infundi, a Deo creatur, et sua natura incorruptibilis est atque immortalis."
63. A. Lanza, La questione del momento in cui l' anima razionale è infusa nel corpo, op. cit., p. 226-230.
64. J.F. Donceel, "Immediate animation and delayed hominization," Theological Studies 31 (1970), p. 76-105.
65. W.J. Eijk, "Experimenteren met bevruchte eicellen en embryo's," Pro Vita 10 (1993), nr 1, p. 1-7.
66. Karl Rahner, "The problem of genetic manipulation," in Theological Investigations, London: Darton, Longman and Todd 1981 (second ed.), vol. IX, p. 226, footnote 2. Cfr. J.F. Donceel, "Immediate animation and delayed



hominization," op.cit., p. 99-100; J.J. Diamond, "Abortion, animation, and biological hominization," Theological Studies 36 (1975), p. 312-313.

67. Anselmus, De conceptu virginali, 7 (PL 158, 440): "Quod autem mox ab ipsa conceptione rationalem animam habeat, nullus humanus suscipit sensus. Sequitur enim ut quoties susceptum semen humanum, etiam ab ipso momento susceptionis perit antequam perve-niat ad humanam figuram; toties damnetur in illo anima humana; quoniam non reconciliatur per Christum: quod est nimis absurdum."

68. N.M. Ford, When did I begin?, Cambridge: Cambridge University Press, 1988, p. 180-181.

69. Ibid. p. 170-177.

70. G.R. Dunstan, "The human embryo in the western modern tradition," in: The status of the human embryo, ed. G.R. Dunstan, M.J. Seller, London: King Edward's Hospital Fund for London, 1990, p. 39-57.

71. W.J. Eijk, "Criteria voor de status van het menselijk embryo," op. cit., p. 84-85.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Mogen katholieke politici meewerken aan legalisering van euthanasie en hun visie aan anderen opleggen ?

Katholiek Nieuwsblad, 15, 19 en 22 januari 1993

door prof.dr. W.J. Eijk, arts, hoogleraar moraaltheologie grootseminarie Rolduc

[KatholiekNieuwsblad](#)

Eind deze maand zal de Tweede Kamer debatteren over de Wet op de Lijkbezorging. Via deze wet wil het kabinet Lubbers euthanasie, medische assistentie bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt onder bepaalde omstandigheden vrijstellen van strafvervolgning. In een drietal artikels wordt ingegaan op wat het kabinet precies beoogt, op de vraag of een katholiek politicus hieraan zijn steun mag geven en op de veel gehoorde slogan dat "katholieken niet, aan anderen hun visie op euthanasie mogen opleggen". Wat wil het kabinet Lubbers: legalisering van euthanasie of niet?

I. Wat wil het kabinet Lubbers? Legalisering van euthanasie of niet?

Officieel zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding in ons Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht). Gedurende de jaren tachtig ontwikkelde zich door enkele uitspraken van de Hoge Raad een speciale jurisprudentie ten aanzien van de toepassing van deze artikels op het geval van de arts die het leven van een patiënt beëindigt. Deze jurisprudentie houdt in dat artikel 293 bij euthanasie weliswaar in principe van kracht blijft, maar dat de arts zich in bepaalde gevallen kan rechtvaardigen door een beroep te doen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Hierin wordt gesteld dat iemand die uit overmacht in de zin van noodtoestand handelt, van rechtsvervolgning wordt ontslagen. De noodtoestand wordt geacht te bestaan in een conflict van plichten, enerzijds de plicht om het leven van de patiënt te respecteren en anderzijds de plicht om diens lijden verlichten. Wil een beroep op overmacht slagen, dan moeten een aantal voorwaarden zijn vervuld. De patiënt moet in alle vrijwilligheid een weloverwogen verzoek om levensbeëindiging tot de arts hebben gericht. Er moet sprake zijn van een ondraaglijk geacht lichamelijk en/of psychisch lijden. De ziekte waaraan de patiënt lijdt, moet ongeneeslijk zijn, al hoeft de stervensfase nog niet te zijn ingetreden. Bovendien moet de arts een onafhankelijke collega consulteren. Aan de hand van deze jurisprudentie moet de rechter een concreet geval beoordelen.

Parallel aan deze ontwikkeling werden twee verschillende voorstellen met betrekking tot euthanasie in het



parlement ingediend. Het initiatief-wetsvoorstel in april 1984 ingediend door Wessel-Tuinstra en later verdedigd door Kohnstamm namens de D'66 fractie in de Tweede Kamer behelsde een wetswijziging, waardoor euthanasie en hulp bij suïcide in ruime zin zouden worden gelegaliseerd. Het voorstel afkomstig van het toenmalige CDA-VVD kabinet (eind 1987) impliceerde dat artikel 293 en 294 behoudens enkele tekstuele wijzigingen en een verlaging van de maximumstraf ongewijzigd zouden blijven, zodat euthanasie in principe strafbaar zou zijn. Anderzijds zou de arts die euthanasie verricht, de mogelijkheid worden geboden om zich te beroepen op overmacht, zoals vermeld in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. De zorgvuldigheidseisen die de betrokken arts hierbij in acht zou moeten nemen, zouden in de Wet Uitoefening Geneeskunst worden omschreven.

In mei 1989 viel dit kabinet enkele dagen voordat de Tweede Kamer over beiden voorstellen zou debatteren. Daarna heeft het huidige kabinet geformeerd door het CDA en de PvdA 13 februari 1992 de "Commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie", naar haar voorzitter kortweg de "Commissie Rummelink", ingesteld. Haar opdracht was de frequentie van euthanasie en de daarbij gevolgde procedure te onderzoeken. Op 10 september 1991 werd haar rapport "Medische beslissingen rond het levenseinde" gepubliceerd.

De meeste aandacht ging uit naar de statistische resultaten, die waren ontleend aan een onderzoek dat was verricht door P. J. van der Maas, hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Rotterdam, en zijn medewerkers en in een apart rapport werden gepubliceerd. In Nederland zouden artsen per jaar rond 2300 maal euthanasie verrichten, in een 400 gevallen per jaar assistentie aan suïcide verlenen en in ruim duizend gevallen het leven van wilsonbekwamen, bijvoorbeeld pasgeborenen met aangeboren afwijkingen of langdurig comateuze patiënten, actief beëindigen.

Cijfers

Een hevige discussie ontspon zich over de juistheid van deze cijfers. Volgens Gunning, de secretaris van het Nederlands Artsenverbond, zouden de cijfers in feite veel hoger liggen. Het onderzoek van van der Maas was gebaseerd op de gegevens die vrijwillig door artsen ter beschikking werden gesteld. De critici van het rapport vroegen zich af of artsen met de verstrekking van gegevens over de actieve levensbeëindiging van patiënten al dan niet op verzoek inderdaad volledige openheid van zaken hadden betracht. Hoe dit alles ook zij, het belangrijkste onderdeel van het rapport vormen de aanbevelingen die de commissie Rummelink doet om de euthanasiepraktijk een wettige basis te geven. Het zijn juist deze aanbevelingen die een diepgaande invloed hebben uitgeoefend op het verdere beleid van de regering. Blijkens haar rapport beschouwt de Commissie bewust levenbeëindigend handelen zonder verzoek van de patiënt "op het moment dat de vitale functies reeds beginnen te falen" als een normale medische handeling. Het is opmerkelijk dat in het laatste geval het doden van een patiënt zonder verzoek van diens kant tot de gebruikelijke uitoefening van de geneeskunde wordt gerekend. Dit betekent dat de rechter hier geen enkele controle over zou kunnen uitoefenen. Aan het einde van haar rapport beveelt de Commissie Rummelink aan de arts die zijn patiënt doodt zonder diens uitdrukkelijk verzoek, niet de verplichting op te leggen om dit te melden en door de officier van justitie te laten toetsen. Het is vooral deze aanbeveling die aan het standpunt van het kabinet een beslissende wending heeft gegeven.

De commissie voltooide haar opdracht eerder dan de regering had verwacht. Daarom zag zij zich najaar 1991 genoodzaakt een standpunt in te nemen met betrekking tot een wettelijke regeling inzake euthanasie. Het regeringsstandpunt is neergelegd in een brief, die op 8 november 1991 naar de voorzitter van de Tweede Kamer werd verzonden en was ondertekend door Hirsch Ballin, de minister van justitie, en Simons, de staatssecretaris voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Volgens het kabinet zouden artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht in essentie niet moeten worden gewijzigd. Zodoende zouden euthanasie en hulp bij zelfdoding in principe strafbaar blijven. De regering



aanvaardt echter de jurisprudentie zoals die zich in de jaren tachtig heeft ontwikkeld, volgens welke een arts die met inachtneming van bepaalde zorgvuldigheidseisen het leven van een patiënt op diens verzoek beëindigt, zal worden geacht uit overmacht te hebben gehandeld en derhalve van rechtsvervolgning zal worden ontslagen.

Nieuw element

De regering gaat niet zover als de Commissie Remmelink en noemt levensbeëindigend handelen zonder verzoek geen normale medische handeling. Zij schept er echter wel de juridische mogelijkheid voor, wat beslist een nieuw, element is. Tot dan toe werd immers alleen levensbeëindiging op verzoek acceptabel geacht.

Even opmerkelijk is de wijze waarop de arts het leven van een patiënt zonder juridische consequenties zou kunnen beëindigen. De arts kan vrij blijven van strafvervolgning mits hij bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Het verrassende is dat deze niet in het Wetboek van Strafrecht bij artikel 293 en 294 zouden moeten worden opgenomen, maar in artikel 10 van de Wet op de Lijkbezorging. Een van deze zorgvuldigheidseisen betreft de meldingsprocedure. Een medicus zou in genoemde gevallen geen verklaring van een natuurlijke dood mogen afgeven, maar aan de gemeentelijke lijkschouwer een schriftelijk verslag met de relevante gegevens moeten overhandigen. De gemeentelijke lijkschouwer verricht daarop een uitwendige lijkschouwing en stuurt het rapport daarvan samen met het verslag van de betrokken arts aan de officier van justitie. Als de officier van justitie tot de slotsom komt dat de betrokken medicus de zorgvuldigheidseisen zoals die in de wet zijn omschreven, is nagekomen, dan ziet hij van verdere vervolging af. De meldingsprocedure is al vanaf 1 november 1990 vereist. Volgens een onderzoek verricht vanaf begin 1991 zou echter driekwart van de artsen na euthanasie of hulp bij zelfdoding een verklaring van een natuurlijke dood afgeven.

Zoals indertijd bij de abortuskwestie en nu bij de euthanasiekwestie is de praktijk de wetgeving al vóór. In februari 1992 heeft het Openbaar Ministerie besloten een proces tegen een neuroloog te Delft te seponeren, die in 1987 het leven van een comateuze patiënt van 71 jaar had beëindigd zonder uitdrukkelijk verzoek van diens kant. Hij had zelf het geval aan de officier van justitie gemeld. In een gezamenlijke vergadering besloten de procureurs-generaal om geen verdere vervolging tegen de neuroloog in te stellen, omdat hij met de nodige zorgvuldigheid had behandeld. Dit is de eerste keer dat een medicus op basis van de meldingsprocedure van strafvervolgning wordt vrijgesteld, nadat hij het leven van een zieke zonder diens verzoek heeft beëindigd. De minister van justitie Hirsch Ballin heeft in de kamer gezegd dat hij deze beslissing van de procureurs-generaal "niet onverantwoord" vindt.

CDA-aanhangers

Men zou zich kunnen afvragen waarom de regering niet eenvoudigweg de legalisering van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek door een rechtstreekse wijziging van artikel 293 en 294 voorstelt, maar zo'n omslachtige weg bewandelt. De reden is dat een groot deel van de aanhangers van het CDA legalisering van euthanasie ongewenst acht, terwijl de meerderheid van de PvdA ervoor is. Daarom heeft het kabinet gevormd door CDA en PvdA een compromis gezocht, waarmee de achterban van beide partijen tevreden zou kunnen worden gesteld. Het CDA zou tegenover haar achterban kunnen pretenderen dat het de directe legalisering van euthanasie heeft tegengehouden. Anderzijds zou de PvdA kunnen zeggen dat zij erin geslaagd is om mogelijkheden te creëren voor euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek, doordat de betrokken arts onder bepaalde voorwaarden niet zal worden vervolgd, mits hij aan bepaalde voorwaarden heeft voldaan.

In elk geval is het duidelijk dat ten aanzien van het kabinetsvoorstel niet primair de ethische maar de politieke motieven de doorslag hebben gegeven.

De Tweede Kamer heeft het kabinetsstandpunt op 1, 2 en 7 april bediscussieerd. De CDA en de PvdA-fracties hebben hun steun gegeven aan het kabinet. De VVD en D'66 verwierpen actieve levensbeëindiging zonder



verzoek van de betrokken patiënt. Alleen de kleine fracties van de orthodox-protestantse partijen wijzen elke wijziging van de wet op dit vlak af. Niettegenstaande alle bezwaren, die tijdens het debat naar voren werden gebracht, heeft de meerderheid van de kamer op 9 april het regeringsvoorstel gesteund. Alle ingediende moties om het kabinetsvoorstel te wijzigen werden verworpen. Het wachten is nu op het debat over de Wet op de Lijkbezorging.

Wat gebeurt er feitelijk als het kabinetsvoorstel uiteindelijk zal worden aangenomen? Zijn euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek dan gelegaliseerd of niet? Deze handelingen worden in het Wetboek van Strafrecht verboden, maar via de Wet op de Lijkbezorging met zekere restricties niet langer strafbaar gesteld. Zij krijgen daardoor onloochenbaar toch een bepaalde legale status. Niemand zal dan ook achteraf kunnen ontkennen dat door aanvaarding van het kabinetsvoorstel de legale mogelijkheid wordt geboden genoemde handelingen te verrichten.

Vandaar de vraag: wat is de verantwoordelijkheid van de katholieke politicus met betrekking tot de wetgeving inzake de bescherming van het leven? Kan hij of zij voor het kabinetsvoorstel stemmen vanuit de gedachte dat rechtstreeks legalisering van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek tot een frequentere verrichting van deze handelingen zou leiden, terwijl het kabinetsvoorstel tenminste nog een zekere beperking beoogt?

II. Mag een katholiek politicus meewerken aan legalisering van euthanasie?

Objectief gezien ligt de kwestie duidelijk. Het doden van onschuldig leven in de vorm van euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging, die binnen het voorstel van het kabinet onder bepaalde voorwaarden niet langer strafbaar zouden zijn, zijn volgens de katholieke moraal op zich moreel kwade handelingen. Vandaar de vraag: mag een katholiek politicus zijn stem geven aan een wet zoals die door het kabinet in november van het afgelopen jaar is voorgesteld?

Hij mag natuurlijk nooit zijn stem geven aan een wet die actieve levensbeëindiging van bepaalde categorieën patiënten, bijvoorbeeld psychiatrische patiënten of pasgeboren met aangeboren afwijkingen, zou verordnen. Dat zou een rechtstreekse betrokkenheid bij het kwaad betekenen. Maar dat wil het kabinet ook niet. Euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging blijven in principe als strafbare handelingen in het Wetboek van Strafrecht vermeld staan. Deze handelingen worden alleen onder bepaalde condities niet langer strafbaar gesteld en dus gedoogd. Het gaat hier om het toelaten van een kwaad en niet om het zelf verrichten of opdragen van een kwade handeling.

Dit is een belangrijk gegeven. Het is namelijk volgens de katholieke moraal geenszins uitgesloten dat de overheid een bepaald kwaad mag tolereren als een mindere vorm van kwaad, als daardoor een groter kwaad kan worden vermeden. De Kerkvader S. Augustinus achtte het aanvaardbaar dat de overheid prostitutie tolereert. Een absoluut verbod op prostitutie zou het risico kunnen insluiten dat sommige mannen zich niet zouden kunnen bedwingen en tot verkrachting zouden overgaan.

Problemen

De staat regelt bij wet meer zaken die voor de katholieke moraal problemen opleveren. Neem bijvoorbeeld de wetgeving met betrekking tot echtscheidingsprocedures. Het besluit om uit elkaar te gaan, wordt genomen door de huwelijkspartners. Er bestaan geen mogelijkheden hen dat te beletten, terwijl de overheid tot taak heeft een en ander te regelen met betrekking tot de belangen van de kinderen en de boedelscheiding.

Als de overheid kwade handelingen tot op zekere hoogte mag toelaten, waarom mag zij dan ook niet euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging gedogen? Is dat geen minder kwaad,

wanneer men bedenkt dat dit soort handelingen nu ongecontroleerd plaatsvinden? Is deze ondergraving van de rechtsorde geen groter kwaad, dat beter zou kunnen worden vermeden?

Om op deze vraag een antwoord te vinden, moeten we ons eerst met een meer fundamentele vraag bezighouden: wat moet de overheid sanctioneren en wat niet? Liegen is een moreel verkeerde handeling, waaraan velen zich dagelijks bezondigen. Stel nu dat de overheid elke verkeerde handeling, dus ook elke leugen, zou moeten bestraffen. Als de overheid dat zou willen waarmaken, dan zou zij over een controlesysteem moeten beschikken, waardoor de uitspraken van alle burgers onder alle omstandigheden op hun waarheid zouden kunnen worden getoetst. Het behoeft geen betoog dat zo'n controlesysteem het gehele openbare leven zou verlammen, de vrijheid zou verstikken en buitensporige financiële offers zou vergen.

In dit voorbeeld ligt het antwoord besloten op de vraag wat de overheid moet sanctioneren of niet. Het doel van de staat is het waarborgen van het "algemeen welzijn" (bonum commune). Hiervan geeft Dignitatis Humanae, de verklaring van het Tweede Vaticaans Concilie over de godsdienstvrijheid de volgende omschrijving: "Het algemeen welzijn van de samenleving, d.w.z. het complex van maatschappelijke factoren, die de mensen in staat stellen, hun persoonlijke vervolmaking vollediger en gemakkelijker te verwezenlijken, bestaat eerst en vooral in het handhaven van de rechten en plichten van de menselijke persoon" (n. 6). Met zijn wetgeving dient de staat de samenleving op zodanige wijze te organiseren dat het algemeen welzijn bevorderd wordt. Wanneer bepaalde moreel kwade handelingen voor het algemeen welzijn schadelijk zijn, dan moeten zij door de staat worden gesanctioneerd. Men bedenke dat in genoemde definitie het algemeen welzijn niet zonder meer het belang van de staat of samenleving als geheel is, maar uiteindelijk zijn doel vindt in de concrete menselijke personen, die ertoe behoren.

Absurde situaties

In sommige gevallen kan sanctionering van moreel verkeerde handelingen tot absurde situaties leiden, zoals we hebben gezien. De strafbaarstelling van elke leugen zou het algemeen welzijn ernstige schade toebrengen. Dit zou theoretisch perfect zijn, maar in de praktijk de samenleving volstrekt ontregelen. Dit betekent echter niet dat men straffeloos naar hartelust met de waarheid een loopje zou kunnen nemen. Er zijn leugens die het algemeen welzijn schaden, bijvoorbeeld in de vorm van belastingfraude. Die moeten wel strafbaar worden gesteld.

Terug naar de actieve levensbeëindiging. Wat zijn de gevolgen van het niet strafbaar stellen van euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging voor het algemeen welzijn? Zijn deze schadelijk of niet? Het menselijk lichaam is een fundamenteel goed en behoort essentieel tot de menselijke persoon. Het doden van de mens, ook al geschiedt op zijn eigen verzoek, schendt daardoor zijn waardigheid. Omdat het algemeen welzijn uiteindelijk in de concrete persoon zijn grond vindt, kan men niet anders concluderen dan dat het gedogen van euthanasie, assistentie bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek het algemeen welzijn schaadt.

Dat is helemaal duidelijk wanneer men bedenkt dat het toelaten van deze handelingen na verloop van tijd het respect voor het menselijk leven verder kan uithollen. In het begin van de jaren tachtig werd geijverd voor de legalisering van euthanasie op uitdrukkelijk verzoek van de betreffende patiënt. Vanaf het einde van de jaren tachtig wordt ook gepleit voor actieve levensbeëindiging van defecte pasgeborenen en langdurig comateuze patiënten, die niet (meer) in staat zijn hun wil te uiten.

Katholieke politici zouden zich bovendien moeten realiseren dat de legalisering van euthanasie principieel katholieke artsen in een moeilijke positie kan brengen. Wanneer van hen bekend is dat ze aan euthanasie geen medewerking verlenen, dan zullen zij moeilijkheden kunnen ondervinden bij het zoeken van een praktijk of een assistentschap om tot specialist te worden opgeleid.



Vaak wordt als argument naar voren gebracht dat de wetgeving nieuwe ontwikkelingen eenmaal moet volgen, of hij wil of niet. Dat is op veel terreinen zeker waar. De nieuwe mogelijkheden met betrekking tot de kunstmatige voortplantingstechnieken en embryo-experimenten, die tevoren onbekend waren, vereisen een aanvulling op de bestaande wetten. Betekent dit dat de wetgever, nu euthanasie zo vaak wordt verricht, de wet op dit punt moet aanpassen en euthanasie niet langer strafbaar stellen? Het is echter niet zo dat de wetgever elke nieuwe ontwikkeling klakkeloos aanvaardt en er zich door laat meeslepen. De Franse regering gaat het massaal overschrijden van de verkeersregels tegen door de invoering van een strafpuntensysteem. Geen enkele regering zal belastingfraude op grote schaal toestaan. Daarom is volstrekt niet inzichtelijk waarom de wetgever de bestaande wetten zou moeten aanpassen, omdat euthanasie vaker voorkomt dan vroeger.

Op zich zou de kwestie hiermee beslecht kunnen zijn, ware het niet dat er nog een complicerende factor in het spel is. Katholieke politici vormen geen meerderheid in de Tweede Kamer. Onder de niet-christelijke partijen in het parlement bevinden zich slechts weinig tegenstanders van euthanasie, terwijl de christendemocratische fractie, waartoe de meeste katholieke kamerleden behoren, verdeeld is. Daarom is een wetswijziging waardoor euthanasie in Nederland mogelijk wordt, niet gemakkelijk tegen te houden. Het CDA pretendeert dat het met de keuze voor het kabinetsstandpunt euthanasie, assistentie bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek tenminste in het wetboek van strafrecht zullen blijven. Met andere woorden, dit is onder de gegeven omstandigheden een keuze voor het minste kwaad, want anders zou het voorstel van Kohnstamm (D'66), dat de legalisering van euthanasie en assistentie bij suïcide beoogt, waarschijnlijk een meerderheid halen.

Deze gedachtengang roept herinneringen op aan de discussie over de legalisering van de abortus provocatus in de jaren zeventig en tachtig. In veel landen stonden katholieke politici voor de keuze of te stemmen voor een wet die abortus slechts met beperkingen toestaat, of vast te houden aan algehele strafbaarheid van abortus. In het laatste geval zou de tegenpartij echter de kans hebben schoon gezien om een veel liberalere wet door te drukken, omdat de katholieke politici veelal in de minderheid waren. Zou men in zo'n situatie niet mogen veronderstellen dat de keuze voor het vrijgeven van abortus in beperkte mate vruchtbaarder voor het algemeen welzijn zou zijn dan principiële vasthoudendheid aan het eigen standpunt? Doel van de wetgeving is immers het bevorderen van het algemeen welzijn. Bovendien, zo werd vaak geredeneerd, zou legalisering van abortus het aantal clandestiene abortussen verricht door incompetente aborteurs terugdringen.

Abortusdiscussie

Verschillende katholieke moraaltheologen en bisschoppen hebben indertijd katholieke politici om deze reden geadviseerd hun stem te geven aan een restrictieve abortuswet om het ongeboren leven voor zover mogelijk te beschermen. Misschien kon men tien tot vijftien jaar geleden nog te goeder trouw in deze veronderstelling verkeren. De latere ontwikkelingen hebben echter anders geleerd. De verschillende abortuswetten die in die tijd zijn aangenomen, hebben ondanks allerlei restricties in praktisch alle landen tot een explosieve stijging van het aantal abortussen geleid, omdat daardoor abortus provocatus een ingreep werd die in de gewone ziekenhuizen zonder veel problemen kan worden verricht. In Italië steeg het aantal abortussen van 68.725 in 1978, het jaar waarin abortus werd gelegaliseerd, tot 234.801 in 1982. Achteraf kan men toch moeilijk volhouden dat de keuze voor een restrictieve abortuswet een bijdrage tot het algemeen welzijn is geweest. Het mag echter niet onvermeld blijven dat ons land hierop een uitzondering vormt. Nederland is het enige land waar na de legalisering van abortus provocatus in 1981 het aantal abortussen is afgenomen. Het abortusgetal is hier te lande met één per duizend inwoners per jaar zelfs het laagste ter wereld. Verschillende factoren hebben hierbij een rol gespeeld. Geleidelijk is het aantal buitenlandse vrouwen afgenomen die in Nederland een abortus ondergingen, omdat dat in hun eigen land nog niet mogelijk was. Belangrijker nog is de hoge vlucht die het gebruik van anticonceptionele middelen in ons land heeft genomen. Het aantal tienerzwangerschappen is in ons land vergeleken met andere landen opmerkelijk laag, doordat al aan meisjes van dertien of veertien jaar op vrij



grote schaal de pil wordt verstrekt. Dat mag misschien op zich een effectief middel tot preventie van abortus provocatus zijn, maar schept evenzeer een ethisch probleem. Anticonceptiva belemmeren binnen het huwelijk de volledige gave van man en vrouw aan elkaar en doen daardoor afbreuk aan de volheid van de huwelijksliefde. Gebruik ervan buiten het huwelijk maakt het aangaan van buitenechtelijke seksuele betrekkingen zeker voor pubers, die emotioneel niet rijp zijn, zeer verleidelijk. Dit is beslist geen bijdrage aan het algemeen welzijn. Bovendien staan bepaalde hormonale anticonceptiva niet zelden ovulatie en bevruchting toe, terwijl ze daarna de innesteling van het embryo in het baarmoederslijmvlies verhinderen, hetgeen moreel gezien met abortus provocatus gelijkstaat. In dat geval bestaat er weinig verschil tussen het middel en de kwaal. Kortom, ondanks de afname van het aantal abortussen in Nederland kan men niet beweren dat onze abortuswetgeving een weldaad voor het algemeen welzijn is.

Kan de discussie over de Wet Afbreking Zwangerschap ons nu iets leren met betrekking tot de wetgeving op het gebied van euthanasie, assistentie bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek? Twee aspecten verdienen hier onze speciale aandacht.

Op de eerste plaats het aspect van de preventie. Stel dat men geen morele bezwaren tegen anticonceptionele middelen zou hebben. Dan zou men kunnen veronderstellen dat goede voorlichting op dit vlak ongewenste zwangerschap en dus ook abortus provocatus zou kunnen voorkomen. Onder die voorwaarden zouden sommigen misschien een wet die abortus provocatus in beperkte mate toelaat, kunnen steunen teneinde ruime liberalisering van abortus te voorkomen. Wat is echter een vergelijkbare vorm van preventie, wanneer het om euthanasie of ongevraagde levensbeëindiging gaat? Preventie zou moeten bestaan in een zodanige vooruitgang van de geneeskunde, dat er geen ongeneeslijke, dodelijke ziekten met een langdurige en pijnlijk sterfbed meer zouden voorkomen. Een dergelijke ontwikkeling valt echter zeker op korte termijn niet te verwachten.

Een tweede aspect dat hier relevant is, betreft de beperkingen waarmee euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging worden toegestaan. Een wet die deze handelingen slechts in beperkte mate toestaat, zou in theorie als een kleiner kwaad kunnen worden beschouwd dan een wet die hier weinig of geen restricties aan verbindt. De vraag is nu of de regeling die het kabinet voorstelt, inderdaad meer beperkingen aan actieve levensbeëindiging oplegt dan bijvoorbeeld het Initiatief-wetsvoorstel van Kohnstamm.

Handhaven

Het kabinet wil euthanasie, assistentie bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek weliswaar in het Wetboek van Strafrecht handhaven, maar wat voor wezenlijke beperkingen legt dat in de praktijk aan de verrichting van deze handelingen op? De zorgvuldigheidseisen die nu zouden moeten worden vermeld in de Wet op de Lijkbezorging treft men ook aan in het initiatief-wetsvoorstel van Kohnstamm. Indertijd was een van de bezwaren tegen dit voorstel dat het niet alleen de legalisering van euthanasie beoogde, maar ook assistentie bij suïcide. Het kabinet wil echter eveneens assistentie bij suïcide van rechtsvervolgning vrijstellen. Wat zijn nu de feitelijke beperkingen?

Het kabinet heeft er zelfs nog een schepje bovenop gedaan, door onverwachts op advies van de commissie Remmelink ook ruimte te scheppen voor actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt. Dit wordt in het initiatiefwetsvoorstel van Kohnstamm juist uitdrukkelijk uitgesloten. Op dit punt betekent het kabinetsstandpunt in feite een opmerkelijke verruiming. De veronderstelling dat de regeling die het kabinet voorstelt, de euthanasiepraktijk tenminste nog enige beperkingen zou opleggen, mist dan ook elke grond.

De conclusie van dit alles is dat de aanvaarding van het kabinetsstandpunt niet als een mindere vorm van kwaad en bijgevolg een relatieve bijdrage aan het algemeen welzijn valt te rechtvaardigen. Op de keper beschouwd is het voorstel van het kabinet het grotere kwaad. Het is daarom misleidend en zelfs hypocriet om voor te doen alsof het tegendeel het geval zou zijn. Een katholiek politicus moet er zijn stem dan ook niet aan

geven.

Een aspect dat hier niet over het hoofd mag worden gezien, is dat een katholiek politicus ergernis (scandalum) kan verwekken, wanneer hij stemt voor een wet die euthanasie mogelijk maakt. Veel mensen zijn geneigd te denken dat wat volgens de wet mogelijk is, ook moreel aanvaardbaar is. Speciaal wanneer katholieke politici een dergelijke wet zouden steunen, dan zou de indruk kunnen worden gewekt dat actieve levensbëindiging onder bijzondere omstandigheden voor de katholieke leer weinig problemen oplevert. Zij die een overheidsfunctie bekleden of in de politiek actief zijn, dragen een bijzondere zware verantwoordelijkheid voor het normbesef in de samenleving.

III. Mogen katholieken hun visie op euthanasie aan anderen opleggen?

Als katholieken euthanasie of suïcide voor zichzelf ongeoorloofd achten, dan is dat hun goed recht. Maar dat betekent niet, zo wordt vaak gezegd, dat ze het recht hebben om via de wetgeving anderen hun visie op te leggen. Katholieken zouden wat meer respect voor het standpunt van andersdenkenden moeten betonen.

De meeste ethici in onze tijd stellen het recht op zelfbeschikking centraal, zoals we eerder hebben gezien. Iemand mag onder bepaalde omstandigheden een einde aan zijn leven maken en de arts vragen hem daarbij behulpzaam te zijn, mits hij zijn medemensen daardoor geen schade berokkent. Wie zijn plannen verijdelt, maakt zich schuldig aan “paternalisme” (bevoogding van anderen met weliswaar goede bedoelingen, maar zonder rekening te houden met hun eigen wil).

Ethici die het zelfbeschikkingsrecht benadrukken, zullen de rol van de wetgever anders inschatten dan wij hebben gedaan. Volgens hen moet de wetgever vooral het recht op zelfbeschikking en de vrijheid van de burgers garanderen. Het algemeen welzijn is uiteraard ook van belang, maar de vrijheid van het individu staat bovenaan de ranglijst. Wanneer de wet euthanasie en assistentie bij suïcide bij wet zou verbieden, dan zouden sommige burgers in hun vrijheid beperkt zijn. Dat staat echter haaks op een moraal die zelfbeschikking het allerbelangrijkste acht. Als katholieken euthanasie en suïcide verkeerd vinden, dan moet ze het zelf niet doen. Maar ze hebben de vrijheid van medeburgers die er anders over denken, te respecteren.

In dit verband wordt vaak verwezen naar de verklaring over de godsdienstvrijheid van het Tweede Vaticaans Concilie. Paus Pius XI had in 1864 het streven naar godsdienstvrijheid afgewezen. Hierbij moet overigens worden bedacht dat dit streven werd ingegeven door het liberalisme van die tijd, volgens welke het niet uitmaakte welk geloof men aanhangt. Sommigen menen dat de Kerk op het Tweede Vaticaans Concilie haar standpunt totaal gewijzigd heeft en voor radicale godsdienstvrijheid heeft gekozen. Betekent dat niet dat iemand die op basis van zijn levensbeschouwing geen bezwaar ziet in euthanasie of suïcide, daar vrij in zou moeten worden gelaten?

Dit laatste kan uit de verklaring van het Concilie over de godsdienstvrijheid niet worden afgeleid: “Aangezien nu de godsdienstvrijheid, die de mensen voor zich opeisen bij het vervullen van hun plicht van Godsverering, betrekking heeft op het vrij zijn van dwang in de burgerlijke maatschappij, doet ze geen afbreuk aan de traditionele katholieke leer omtrent de morele plicht van mensen en gemeenschappen ten opzichte van de ware godsdienst en de enige Kerk van Christus” (Dignitatis Humanae n. 1). De kerk betreft godsdienstvrijheid dus uitdrukkelijk op de dwang die de staatsoverheid op de bevolking kan uitoefenen om een bepaalde godsdienst aan te nemen. Tegelijkertijd verwerpt zij echter de gedachte dat het niet uitmaakt welk geloof men aanhangt, doordat zij vasthoudt aan de traditionele leer dat de volheid van het heil slechts in de katholieke kerk is te vinden.

Niemand mag gedwongen worden tegen het geweten te handelen



Op godsdienstig gebied mag niemand worden gedwongen om tegen zijn geweten te handelen noch mag iemand erin worden belemmerd om “binnen passende grenzen” zowel privé als publiek overeenkomstig zijn geweten te handelen (Dignitatis Humanae n. 2). De toevoeging “binnen passende grenzen” is nodig omdat de vrijheid om volgens het geweten te handelen binnen de staat niet absoluut is. De godsdienstvrijheid betreft echter vooral de eredienst. Het Concilie zegt niet dat ieder het recht heeft om zonder enige beperking zijn persoonlijke morele overtuiging te praktiseren. Met andere woorden: niemand kan gedwongen worden iets te doen wat tegen zijn geweten ingaat, maar dat betekent niet dat iedereen zonder enige beperking alles mag doen wat hij in geweten geoorloofd acht.

Door de sterke opkomst van het zelfbeschikkingsdenken sinds de Tweede Wereldoorlog zijn heel wat katholieken murw geworden. Godsdienst is iets voor thuis of binnen het kerkgebouwen en er moet buiten de deur niet over worden gesproken. Sinds het midden van de jaren zestig heeft de katholieke kerk, evenals de reformatorische kerken, binnen luttele jaren haar presentie in de maatschappij praktisch geheel moeten prijsgeven. Ook zij die trouw zijn gebleven aan de kerk, tonen een zekere berusting in deze ontwikkeling en zijn geneigd om zich op geloofsvlak in hun schulp terug te trekken. Godsdienst, zeker de katholieke, is geen gewild artikel meer.

Het is echter niet goed aan deze tendens te snel toe te geven. Getuigen (Mt. 28, 19-20; Mc. 16, 15) en rekenschap geven van het geloof (1 Petr. 3, 15) behoren wezenlijk tot de christelijke levensopdracht. Bovendien moet worden bedacht dat in een democratische samenleving ieder het recht heeft voor zijn mening uit te komen en langs parlementaire weg mag verdedigen wat hij belangrijk acht. Al sedert jaren is de koppeling tussen lonen en uitkeringen een punt van discussie in ons land. Tot nu toe geldt dat uitkeringen en lonen aan elkaar gekoppeld zijn, hetgeen een deel van de werkgevers en van de werkende bevolking onjuist acht. Wanneer de meerderheid in de Tweede Kamer met ontkoppeling accoord zou gaan, dan zou dat menige uitkeringstrekker tegen de haren instrijken. De openlijke discussie over meningsverschillen hoort bij een democratie.

Ja, zo zal iemand tegenwerpen, maar bij economische kwesties gaat het om objectieve belangen, waar mensen die over enige kennis van zaken en een nuchter verstand beschikken, het met elkaar eens kunnen worden. Feitelijk blijken er over objectieve economische belangen echter grote verschillen van mening te bestaan. Bovendien, is het respect voor het leven dan geen objectief belang? Al mogen sommigen aan het respect voor het leven een andere inhoud geven en dat in wet willen omzetten, dan is dat nog geen reden om in politieke kringen over het katholieke standpunt te zwijgen. Mocht een meerderheid in het parlement besluiten dat euthanasie niet langer strafbaar is, dan hebben we ons daar uiteraard bij neer te leggen. Maar dat ontslaat de katholieke politicus niet van zijn plicht om voor objectieve waarheid uit te komen.

Persoonlijk geweten

Het beroep op het recht op zelfbeschikking is nauw verbonden aan het beroep op het persoonlijk geweten: “ik maak met mijn eigen geweten wel uit wat ik te doen of te laten heb; daarvoor heb ik geen kerk of overheid nodig”. Het geweten wordt door veel mensen gezien als iets in henzelf dat normen voor hun persoonlijk gedrag dicteert. Dit is een foute opvatting van het geweten. Iedereen, van welke cultuur of welk tijdsbestek ook, of hij nu abortus en euthanasie verwerpt of niet, ziet in dat een menselijke persoon niet zomaar mag worden gedood, wanneer hij tenminste een redelijke opvoeding heeft gehad en zijn geweten niet is afgestompt. Dat komt niet doordat het persoonlijk geweten het respect voor het leven tot norm stelt. Dit is een voorgegeven norm. Een mens is geen dier en daarom heeft zijn leven een onvergelijkbaar hogere waarde. Aan een mens is men respect verschuldigd, niet omdat het geweten dat zegt, maar omdat een mens een mens is.

Wat is dan de functie van het menselijk geweten? Het geweten past de norm toe op de concrete handeling die



ik verricht heb, op het punt sta te verrichten of in de toekomst zal verrichten. De persoonlijke handelingen worden door het geweten getoetst aan een norm die het geweten niet zelf formuleert, maar die al bestaat. De norm die ons zegt dat het menselijke leven gerespecteerd dient te worden, kan ons op verschillende manieren bekend zijn. Zij wordt door de Heilige Schrift en het kerkelijk leergezag voorgehouden. De mens is bovendien zo door God geschapen dat hij deze norm van nature kent. Dat is er de oorzaak van dat bij niet-christenen voor een groot deel dezelfde morele opvattingen worden gevonden als bij christenen.

Als dit laatste het geval is, dan zou men zich kunnen afvragen waarom niet iedereen dezelfde normen erkent. Het antwoord van de katholieke geloofsleer is dat deze kennis als gevolg van de erfzonde verduisterd is. Vandaar dat God via de Heilige Schrift en via de Kerk normen, die van nature al bekend zouden kunnen zijn, alsnog uitdrukkelijk openbaart.

Het is duidelijk dat het extreme vrijheids- en zelfbeschikkingsideaal niet zomaar met een beroep op het persoonlijk geweten kan worden verdedigd. Het geweten kan dwalen wanneer het van de verkeerde norm uitgaat of die verkeerd toepast. Is iemands vrijheid gediend, wanneer men hem de "vrijheid" laat om volgens zijn dwalend geweten te handelen? Iemand kan alleen in echte vrijheid handelen als hij de objectieve waarheid kent. Bovendien, hoe vrij is iemand die euthanasie of suicide overweegt? De betrokkene is in de regel overmand door de angst voor zijn ziekte of voor wat hem te wachten staat. Wie onder de invloed van zijn emoties handelt, handelt niet vrij. Wanneer de wetgever de betrokkene "vrij" laat, laat hij hem feitelijk in zijn onvrijheid ronddobberen. En dat is liefdeloos.

De zorg voor het algemeen welzijn, dat door de wetgever dient te worden gegarandeerd, vereist dat de burgers in echte vrijheid kunnen handelen. Het is daarom beslist niet waar dat het opkomen voor een wetgeving die gebaseerd op objectieve normen, de vrijheid schendt van de burgers die er anders over denken.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Het zelfgewilde einde van oudere mensen

door H. Drion, oud-hoogleraar in het burgerlijk recht aan de Rijksuniversiteit Leiden en oud-raadsheer in de Hoge Raad

NRC Handelsblad, 19-10-1991, p 8



Dit artikel verwoordt niet het standpunt van de Stichting Medische Ethiek. I.v.m. een volledig beeld van de discussie, staat hier de link naar het originele artikel op de website van NRC Handelsblad.

Economische taal in ethische discussie duidt op onvermogen

Katholiek Nieuwsblad 26 februari 1991

door drs. F.J. van Ittersum, arts

KatholiekNieuwsblad



Onlangs werd in deze krant de aandacht gevestigd op een lezing van J.H. van Bemelen, waarin hij waarschuwt dat het krijgen van gehandicapte kinderen in de toekomst grote financiële en juridische consequenties kan inhouden voor de ouders. Dit suggereert dat economische motieven een rol spelen bij de maatschappelijke discussie over het tolereren, stimuleren en zelfs tot norm verheffen van prenatale diagnostiek in combinatie met abortus. Regelmatig valt het op dat economische motieven een ethische discussie bepalen en dat werkelijke argumenten, hoe wij bijvoorbeeld tegen (gehandicapt) leven aankijken, niet meer gehoord worden.

Het lijkt erop dat de verschillende partijen in de discussie een andere taal spreken. Het lijkt erop dat wij over de wezenlijke fundamenteën van het leven niet (meer) met elkaar kunnen communiceren. Een zeer veronrustende ontwikkeling, aangezien de hedendaagse ethische discussies, die toch al moeilijk zijn door het pluralistische karakter van onze maatschappij, zo nog vertroebeld worden door valse argumenten.

Scheidingsprocessen

J. Groot Wassink stelt dat de ontwikkelingen in onze cultuur te interpreteren zijn als drie scheidingsprocessen: de scheiding tussen geloven en weten waardoor de wetenschap autonoom werd, zonder dat geloof en moraal er een leidende rol in konden spelen; de scheiding tussen individu en gemeenschap die ervoor zorgde dat de gemeenschap een zakelijke basis kreeg; de scheiding tussen natuur en geschiedenis die ervoor zorgde dat de nadruk kwam te liggen op het door de mens gemaakte.

Met name de scheiding tussen individu en gemeenschap verklaart waarom wij moeite hebben een echte, maatschappelijke discussie over een ethisch onderwerp te voeren. Door het zoeken van de mens naar zijn eigen individualiteit kreeg de verhouding tussen politiek en privé in de achttiende eeuw een nieuwe aanblik. De relatie tussen de samenleving en het individu werd een instrumentele, dat wil zeggen dat mensen met elkaar als het ware een contract afsloten over de inrichting- en de regels van de samenleving met als enig doel hier individueel voordeel van te hebben. Met andere woorden “de samenleving werd een coöperatieve onderneming tot wederzijds voordeel”.

Aan de ene kant creëerde men zo de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in het privé-domein. Dit was de plaats van zingeving, levensbeschouwing en morele normen. Aan de andere kant ontstond het publieke domein, waar mensen elkaar konden ontmoeten als vrije en gelijke producenten van diensten en goederen. Het spreekt sedertdien bijna voor zich dat discussies in het publieke en het daartoe behorende politieke domein bijna uitsluitend over economische problematiek kunnen gaan. Immers de samenleving en de overheid worden geacht geen taak meer te hebben op het gebied van zingeving, levensbeschouwing en de hieruit voortvloeiende normen: dat zijn problemen uit het privé-domein, die mensen dus maar zelf in de huiskamer moeten oplossen. Door deze ontwikkeling hebben wij de taal waarmee we met elkaar publiek over zaken als zingeving en levensbeschouwing kunnen praten, verloren. Dit heeft zijn weerslag op de ethische discussies, waarin de ingenomen standpunten zo nauw met levensbeschouwing te maken hebben.

Technisch haalbare

Hoe het gebrek aan publieke, levensbeschouwelijke taal en de verschuiving van normen, en waarden naar het privé-domein tot uiting komt, blijkt al snel wanneer vooraanstaande deelnemers aan de ethische discussies in Nederland hun visie geven. De Rotterdamse hoogleraar Gynaecologie en Verloskunde A. Drogendijk stelt “dat het er niet om gaat wat mag en wat niet mag, maar om wat de mensen willen. Met dit als hoogste streven passen de mensen hun normen aan aan het technisch mogelijke.” De geneticus H. Galjaard voorspelde dat het mogelijk zal zijn om voor of vlak na de geboorte te voorspellen welke aandoeningen een kind ooit in zijn leven zal krijgen; ook in zekere zin erfelijk bepaalde ziekten als kanker, hartinfarcten en hersenbloedingen rekent hij hiertoe. Een, duidelijke therapie voor deze vroeg gestelde diagnosen heeft Galjaard niet. De vraag of deze verworvenheid van de wetenschap nu ook werkelijk, zonder therapeutische consequenties, operationeel moet

worden, beantwoordt Galjaard tweeledig: aan de ene kant schetst hij de kosten-batenanalyses welke gunstig voor de screening uitvallen (zonder overigens de bijbehorende 'therapie' te noemen); aan de andere kant vraagt hij zich af of de mensen werkelijk alles willen weten wat de moleculen te vertellen hebben.

Drogendijk bewijst de boven beschreven scheiding tussen publiek en privé; hij formuleert nogal ongelukkig, maar bedoelt dat iedere mens zijn eigen norm (over goed en kwaad, dus mogen en niet mogen) kan bepalen en mensen dus ook de norm aan kunnen passen aan hun wil en aan de nieuwe technische mogelijkheden. Drogendijk verwijst hiermee de normen naaf het privédomein en meent dat de wetenschap mogelijkheden moet aanbieden, waarover de mensen dan maar individueel moeten oordelen met het idee dat dit oordeel op een opportunistische wijze tot stand zal komen.

Galjaard wil om de een of andere reden een morele rechtvaardiging (of aanmoediging) geven aan de door hem aangedragen technieken, zonder de acceptatie van zijn techniek onmiddellijk naar het particuliere domein te verwijzen. Hij blijft op het publieke terrein en gebruikt dan ook de hier gebruikelijke, economische taal en spreekt over kostenbesparingen en gunstig uitvallende kosten-batenanalyses. Zijn ethisch principe in publieke termen is de economische rentabiliteit. Wanneer dit argument niet geheel voldoet, met name wanneer het om reeds geboren individuen gaat, welke opgezaaid worden met een diagnose zonder en adequate therapie, verwijst ook Galjaard naar het privé-domein: een verwijzing die iedere ethische discussie uit de weg gaat.

Naar een nieuwe discussie?

Ook in deze tijd blijft het hoogste doel van de mens te kunnen leven volgens de zin, het doel van zijn leven. Hiermee hangen zijn morele principes nauw samen. De regels en structuur van de maatschappij (o.a. economie) dienen om de mens hiertoe in staat te stellen. Een instrument van de maatschappij, bijvoorbeeld de economie mag dan niet tot ethische vorm verheven worden: de inrichting van de maatschappij en onze ethische normen behoren beide afgeleid te worden van een ander, hoger moreel principe. Economische taal mag dus geen plaats hebben in een ethische discussie.

Zelfs als we hieraan voldoen, kunnen onze opvattingen zo pluralistisch zijn, dat we aan procedurele wetgeving, waarin iedereen zich moet kunnen vinden, niet ontkomen. Toch moeten we om deze reden een echte, inhoudelijke, ethische discussie niet uit de weg gaan. Het resultaat van discussie waarin mensen elkaar door gebrek aan de genoemde taal niet goed begrijpen, is dat bepaalde zaken ongefundeerd worden toegelaten. Zo kunnen bijvoorbeeld voorstanders van experimenten op menselijke embryo's niet vertellen wat leven is en wanneer het begint, terwijl ze de experimenten wel tot een bepaalde arbitraire tijd na de versmelting van eicel en zaadcel willen toelaten. Als men dezelfde experimenten op reeds geboren individuen zou uitvoeren, zouden dezelfde voorstanders (terecht) klaar staan om de onderzoekers te laten berechten. Nu worden er experimenten toegelaten, omdat het gebrek aan gemeenschappelijke taal mensen belet in te zien dat de fundering van de experimenten in strijd is met alle soorten hogere ethische principes.

Vervolgens is het van belang te realiseren dat de huidige ethische discussie vertroebeld wordt door een reductionistisch, technisch mensbeeld. Het afleggen van deze reductionistische visie zou ons weer in staat stellen om meer van de mens te zien, zoals bijvoorbeeld de relatie van de mens met de metafysica. Dit laatste zou een publieke discussie over zingeving, levensbeschouwing en ethiek misschien weer gemakkelijker maken. Dat het reductionisme aanwezig is, bewijst Galjaard door te spreken over 'het voorkomen van erfelijke aandoeningen?', terwijl hij met behulp van abortus alleen 'individueel met een erfelijke afwijking' voorkomt.

Tenslotte geldt dat wij ook de uitdaging aan moeten gaan om en beslissing over en de praxis van een heet hangijzer uit te stellen, wanneer we ons bewust zijn dat we nog niet in staat zijn over het desbetreffende onderwerp een goede discussie te voeren.



Overgenomen met toestemming van *Katholiek Nieuwsblad*.

Leven en dood van de mens blijven onder Gods heerschappij

door dr. W.J. Eijk, arts en priester

Vita Humana, 2 april 1989

Niet weinigen in onze gesecculariseerde samenleving zien euthanasie als een aanvaardbare oplossing om het lijden dat veroorzaakt wordt door een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, te beëindigen. Maar wat zegt het christelijk geloof over euthanasie?

Euthanasie is een begrip dat in vele betekenissen wordt gebruikt. Het moet daarom eerst nader worden afgegrensd. Onder euthanasie wordt hier verstaan: de meestal door een arts opzettelijk nagestreefde beëindiging of verkorting van het leven van een patiënt die in ernstige mate lijdt aan een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, en die uitdrukkelijk om de dood verzoekt. De beëindiging of verkorting van het leven kan worden bewerkstelligd door verrichting van een dodelijke medische handeling, de zogenaamde actieve euthanasie. Maar het leven kan ook worden verkort door staken of achterwege laten van een proportionele levensverlengende behandeling, hetgeen passieve euthanasie wordt genoemd. Bij proportionele medische behandeling moet men denken aan middelen die effectief zijn en weinig nadelen hebben, zoals antibiotica, infusen en vocht- en voedseltoediening via een neuscatheter. Maar ook operaties en kunstmatige ademhaling kunnen onder bepaalde omstandigheden proportioneel worden genoemd. Zoals de term al aangeeft, hangt het sterk van de situatie af of medische behandeling al dan niet proportioneel is.

Men mag echter beslist niet van euthanasie spreken bij de staking of het achterwege laten van niet-proportionele middelen, zoals bijvoorbeeld heel ingrijpende operaties of chemotherapie waarvan het resultaat niet kan worden gegarandeerd of waaraan voor de patiënt zware nadelen zijn verbonden. In een dergelijk geval kan het achterwege laten van de behandeling niet als een opzettelijke verkorting van het leven worden opgevat.

De christelijke moraal wijst de opzettelijke verkorting of beëindiging van het leven – dus actieve en passieve euthanasie – af, maar niet het achterwege laten van niet-proportionele medische behandeling.

Ten aanzien van actieve euthanasie moet worden opgemerkt dat het in moreel opzicht geen verschil maakt of de arts het dodelijke middel door een injectie toedient of dat de patiënt zelf de door de arts voorgeschreven middelen inneemt.

Waarde van het lichaam

Euthanasie houdt in dat aan het lichamelijk leven van de mens een einde wordt gemaakt. Binnen het hedendaagse utilitaristische denken (dat is: denken in termen van nuttigheid en functionaliteit) staat de medische ethiek sterk onder invloed van het zogenaamde instrumentalisme, de opvatting dat het lichamelijk leven louter waarde bezit, indien er nog een ander menselijk doel (goed) mee kan worden verwezenlijkt of gediend. Het lichaam wordt daardoor in zekere zin afgemeten naar zijn “gebruikswaarde”. Het lichamelijk leven wordt binnen dit denken opgevat als iets waarvan men afstand kan doen wanneer men het gevoel heeft dat het tot niets meer dient en men van verder leven niets meer kan verwachten.



Hoe wordt binnen het christelijk mensbeeld het lichaam opgevat? Zowel het jodendom alsook het christendom beschouwen het lichaam als een intrinsiek en integraal onderdeel van de menselijke persoon. Binnen de christelijke theologie is de eenheid van lichaam en ziel niet steeds op gelukkige wijze geformuleerd. Een goede filosofische fundering van de eenheid van lichaam en ziel is bijvoorbeeld gegeven door de heilige Thomas van Aquino in de dertiende eeuw.

Deze visie op de menselijke persoon kan ook theologisch worden gefundeerd: zij is duidelijk in overeenstemming met het Credo, de christelijke Geloofsbelijdenis. Over de menswording van de Zoon van God zegt de evangelist Johannes met nadruk "Het Woord is vlees geworden" (Joh. 1,14), om duidelijk te laten uitkomen dat Jezus niet aan het kruis heeft geleden in een soort schijnlichaam, dat niet tot Zijn eigen persoon zou hebben behoord. De verlossing vindt plaats door het Lichaam van Christus dat gegeven wordt en Zijn Bloed dat vergoten wordt om ons te verlossen. Dit zou onmogelijk zijn geweest als Zijn lichaam geen intrinsiek onderdeel van Zijn eigen persoon was. De eenheid van lichaam en ziel wordt ook bevestigd door de verrijzenisleer: door de dood verliest de mens zijn lichaam, maar het is Gods bedoeling dat de mens zal delen in de verrijzenis van Christus. De mens is dus voorbestemd voor het eeuwig leven als volledig menselijke persoon, dat wil zeggen inclusief het lichaam.

Het lichaam is dus een integraal onderdeel van de menselijke persoon en mag niet worden beschouwd als een soort "aanhangel". De mens is niet alleen zijn geest, maar wezenlijk een eenheid van materie en geest. Deze eenheid van lichaam en ziel impliceert dat wanneer men het lichaam schade toebrengt, men ook de persoon schaadt. Wat betekent dit gegeven nu voor de morele beoordeling van euthanasie? Omdat het lichaam intrinsiek deel uitmaakt van de menselijke persoon, kan een mens geen oordeel vellen over de waarde van zijn eigen lichaam zonder dat dit tegelijkertijd ook een oordeel inhoudt over de waarde van zichzelf als menselijke persoon. Maar wat is de waarde van een menselijke persoon? De menselijke persoon heeft niet louter een "gebruikswaarde". De menselijke persoon en bijgevolg ook zijn lichamelijk leven hebben altijd waarde in zichzelf: dat wil zeggen dat hun waarde niet afhangt van de omstandigheden waarin het leven verkeert. Dat de menselijke persoon en zijn lichamelijk leven een waarde in zichzelf zijn, houdt in dat zij nooit alleen als middel tot een doel kunnen worden gebruikt. Zij hebben dus nooit alleen nuttigheidswaarde. Dit kan zowel met filosofische als met theologische argumenten aangetoond worden. Het belangrijkste theologische argument is dat de mens geschapen is naar Gods beeld en gelijkenis (Gen. 1,26-27), terwijl het tweede Vaticaans concilie de mens ziet als "het enige schepsel op aarde dat God heeft gewild om wille van zichzelf" (Gaudium et Spes no. 24). Het komt dus geen mens toe een oordeel te vellen over de eventuele waarde die het lichamelijk leven zou hebben. Noch wanneer het om het leven van een ander gaat, noch wanneer het zijn eigen leven betreft.

Euthanasie houdt in dat men van het lichamelijk leven afstand doet omdat men van oordeel is dat dit leven zijn waarde heeft verloren omdat het door ziekte is ontluisterd. Euthanasie is dus ten diepste gefundeerd op de gedachte dat het lichaam naar zijn "nuttigheidswaarde" kan worden beoordeeld. Dit is echter onmogelijk. Het lichaam deelt in de intrinsieke waarde van de persoon die nooit louter naar zijn eventuele "nut" kan worden beoordeeld. Daarom is euthanasie in strijd met de christelijke visie waarin het lichaam gezien wordt als een integraal onderdeel van de menselijke persoon.

Gave van God

De moderne mens wil met al zijn wetenschappelijke kennis en techniek niet alleen de wereld maar ook zichzelf beheersen: hij wil de oorsprong van het leven in handen hebben wanneer het gaat om kunstmatige bevruchting en abortus. Het zelfde geldt ten aanzien van het einde van leven. Zowel overdreven krampachtige ingrepen om mensen in leven te houden als euthanasie zijn pogingen om het einde van het leven te domineren. Deze mentaliteit is in tegenspraak met het gegeven dat het leven van de mens een gave is.



De mens is voor zijn bestaan afhankelijk van God, de Schepper. Het leven is dus een gave van God. Maar dit dient goed te worden verstaan: het gaat niet om een “geschenk” waarmee we kunnen doen en laten wat we willen, waarvan we op eigen initiatief afstand zouden kunnen doen. Bij de schepping geeft God aan de mens de heerschappij over deze wereld maar niet over zichzelf of zijn medemensen (Gen. 1,28-29). De mens als zodanig, en dus ook zijn leven en dood, blijven onder Gods heerschappij. Het komt de mens dus niet toe om zelfstandig het moment van zijn dood te bepalen, zoals dat bij euthanasie gebeurt.

Voor een gelovige christen krijgen het leven en de dood een nieuwe betekenis door Jezus' leven, dood en verrijzenis: “Zolang wij leven, leven wij voor de Heer, en sterven wij, dan sterven wij voor de Heer: of wij leven of sterven, Hem behoren wij toe” (Rom. 14,8). De navolging van Christus is niet beperkt tot het leven, maar strekt zich ook uit tot het sterven, en krijgt hierin zelfs een bijzondere betekenis. Door zijn eigen lijden en zeker het lijden dat tot de dood voert, deelt een christen in het lijden van de Heer op het kruis van Golgotha. Delen in het lijden en de dood van Jezus heeft een diepe zin: hieraan is een grote genade verbonden voor hem/haar die lijdt, maar ook voor de Kerk als geheel en voor anderen voor wie men zijn lijden in het bijzonder wil dragen: “Op het ogenblik verheug ik mij dat ik voor u mag lijden en in mijn lichaam aanvullen wat nog ontbreekt aan de verdrukkingen van de Christus, ten bate van zijn lichaam, dat is de Kerk” (Kol. 1,24).

Wil dit echter het geval zijn, dan moet de christen ziekte, lijden en dood ook gelovig, bewust en vrijwillig aanvaarden als een mee-sterven met Christus. Het vraagt dat hij zijn lijden en dood tegemoet treedt met dezelfde houding die Jezus bezielde op het moment van Zijn kruisdood. Het vraagt een volledige overgave aan Gods liefdevolle ontferming, dat wil zeggen zowel een vertrouwen dat God hem/haar bij zal staan met Zijn genade om zijn/haar lijden zo te dragen en te volbrengen, dat dit ten goede zal komen aan anderen, aan de Kerk; even belangrijk is het geloof in het eeuwig leven en de verrijzenis die God schenkt. Een dergelijk vertrouwen wordt verkregen door het gelovig verstaan van Gods Woord en door het ontvangen van de sacramenten waardoor men zich met Christus verenigt.

Het is duidelijk dat er binnen deze visie op het lijden voor euthanasie geen plaats is: euthanasie is een afwijzing van dit mee-sterven met Christus, een afwijzing van de navolging van Christus tot in de dood. In concrete omstandigheden zal niet altijd sprake zijn van een bewuste afwijzing van dit mee-sterven met Christus, wanneer namelijk de zieke om euthanasie vraagt onder druk van zijn emoties of van zijn omgeving. Maar euthanasie als zodanig impliceert een gebrek aan vertrouwen in Gods liefdevolle ontferming en in de kracht van Gods genade die ons in staat stelt om een lijden te dragen dat boven onze krachten uitgaat.

Wanneer een dergelijke keuze van de zieke voor de dood een moreel verkeerde beslissing is, dan is het duidelijk dat medewerking van de arts aan euthanasie ook moreel ontoelaatbaar moet worden geacht. De verrichting van euthanasie kan secundair ertoe leiden dat de innerlijke houding van de arts tegenover het leven, tegenover ongeneeslijke zieken of gehandicapten verandert. Maar speciaal met betrekking tot de zieke met een ongeneeslijke en uitzichtloze aandoening is voor de gelovige arts een belangrijke taak weggelegd. Hij/zij moet voor zijn/haar patiënt werkelijk de naaste willen zijn zoals Jezus die beschrijft in de parabel van de Barmhartige Samaritaan, die bereid is om van zijn reisschema af te wijken en met inzet van zichzelf de gewonde bij te staan. Echt medische bijstand is nooit alleen medisch-technische hulp, maar houdt ook in dat de medicus bereid is om de patiënt menselijke hulp te verlenen in de volle zin van het woord: Wanneer een patiënt zou vragen om euthanasie, dan dient de arts te bedenken dat dit in veel gevallen een uiting is van wanhoop, of een verzoek is om een effectievere pijnbestrijding, terwijl het in andere gevallen een onuitgesproken behoefte aan een luisterend oor kan zijn. Voor een gelovig arts zouden we eraan kunnen toevoegen dat hij/zij er ook oog voor moet hebben dat het vertrouwen van de patiënt in Gods liefdevolle ontferming kan wankelen. Werkelijk christelijke barmhartigheid vraagt dat men naast de patiënt gaat staan en deze door een liefdevolle bejegening helpt om zijn/haar vertrouwen terug te vinden. Zou het doden van een patiënt “uit barmhartigheid”, “mercy-

killing”, in feite niet moeten worden gezien als de toevoeging van een laatste afwijzing aan een serie van afwijzingen die de zieke ondervond door gebrek aan echt medemenselijk contact en die hem juist tot zijn uiting van wanhoop hebben gebracht?

Het lijkt geen twijfel dat medewerking aan actieve euthanasie in strijd is met de taak die een christelijk arts in overeenstemming met zijn geloofsovertuiging moet vervullen.

Conclusie

De intrinsieke waarde van het lichaam van de mens, het feit dat zijn leven een gave van God is en de roeping van een christen om zich in zijn lijden met Christus te verenigen zijn de fundamentele redenen waarom het christelijk geloof euthanasie afwijst. Een echt christelijke benadering blijft niet steken in een afwijzing van euthanasie, maar vraagt tevens een daadwerkelijk antwoord op de nood waarin terminale patiënten verkeren. De samenleving dient geen ruimte te scheppen voor euthanasie, maar moet er alles aan doen om ernstig ongeneeslijke zieken alle medischtechnische en medemenselijke hulp te bieden die zij nodig hebben. Artsen en verplegend personeel moeten op de begeleiding van deze zieken worden voorbereid in hun opleiding, wat betreft pijnbestrijding, verzorging en psychologische benadering. Wanneer de zorg voor deze zieken de mogelijkheden van het ziekenhuis, de huisarts, wijkverpleging of de familie te boven gaan, zou de oprichting van hospices, klinieken gespecialiseerd in de verzorging van terminale patiënten, uitkomst kunnen bieden.

De waarde van het Leven

Katholiek Nieuwsblad, 4 en 11 oktober 1985

door dr. H. van der Meer, moraaltheoloog en rector van het Grootseminarie Rolduc

[KatholiekNieuwsblad](#)

In onze serie “De waarde van het leven”, zet dr. H. van der Meer uiteen, waarom een christen het lijden niet louter – of helemaal niet – als een negatieve belasting van zijn leven mag zien.

I. “..dat de zonden van de wereld wegneemt..”

In de lijdende mens is Christus tegenwoordig

Het menselijk leven stelt ons niet zelden voor grote problemen. Geldt dit al voor het gewone leven elke dag – op nog stringenter wijze voor de twee belangrijkste momenten van het leven: het begin ervan en het einde ervan. Deze beide stellen ons nog meer dan de gewone fasen van het leven voor zware opgaven. Meer nog dan tijdens de gewone fasen van het leven is bij het begin en bij het einde van het leven namelijk God in het geding. Het hoeft ons niet te verwonderen, dat wij dan voor vragen kunnen komen te staan, waar we niet gemakkelijk raad mee weten en die te veel van ons lijken te eisen. Wanneer we aan de grenzen van ons leven raken, raken we ook aan de grenzen van ons kunnen. Doch we raken dan ook aan het goddelijk geheim, aan God zelf. Het is geen toeval dat Pausen en Bisschoppen zo vaak terugkomen op de problemen rond de conceptieregeling, op die rond de opgaven waar het ongeboren leven ons voor stelt en op die rond de stervensbegeleiding. Liefde, leven en sterven hebben met God van doen. In deze tekst beschouwen wij de vraagstukken rond de individuele dood, en met name de vraagstukken rond de beheersing en het uit handen geven van het individuele sterven, kortom tot de euthanasie.

Wij spreken dus niet over zelfdoding buiten de situatie van ernstige ziekte, al liggen de vragen daarover dicht bij die van de euthanasie. Wij willen slechts ingaan op de vragen rond de



verhaasting en de vertraging van een dood die zich reeds merkbaar aan het aandienen is, doch die nog op zich laat wachten.

Het moge vanzelf spreken, dat wij die niet belichten vanuit medisch, verpleegleegkundig of sociaal opzicht, doch vanuit het geloof van de Kerk. Te meer omdat wij de indruk hebben, dat er wel veel over de eerstgenoemde aspecten wordt gesproken en geschreven, doch minder over de gelovige facetten en ook trouwens dat dat niet altijd op de juiste wijze gebeurt.

In zeker opzicht is het probleem van de euthanasie niet nieuw en niet specifiek voor onze tijd. Er gingen in alle eeuwen van de wereldgeschiedenis naar verhouding precies even veel mensen dood als nu, namelijk allemaal; en de stervensprocessen waren ook toen niet zelden haast ondraagbaar pijnlijk, ontluisterend, van onafzienbare duur, hoogst belastend voor degenen die er omheenleefden, ogenschijnlijk zonder menselijke zin.

Vele volkeren en culturen hebben er in de loop van de geschiedenis hun houding tegenover bepaald, en dat gebeurde niet altijd op dezelfde manier. Er waren er, die een opzettelijke beëindiging van zulke stervensprocessen voor geoorloofd hielden; anderen wezen dit echter vanuit andere ethische opvattingen minder of meer radicaal af. Het is echter historisch duidelijk, dat het Christendom vanaf zijn eerste begin de opzettelijke beëindiging van het leven van onschuldigen heeft afgewezen als in strijd met Gods bedoelingen. Dit is des te meer opvallend, omdat de jonge Kerk zich in feite ontplooidde in een omgeving waarin het doden van onschuldigen en ook zelfdoding niet alleen voorkwam, doch ook gebillijkt werd. In de Grieks-Romeinse wereld, waarin de Kerk zich vanuit het land Israël uitbreidde, waren verschillende vormen van opzettelijke levensbeëindiging al eeuwen lang aanvaard, zoals zelfdoding bij lijden, ook al bij eerverlies, doding van de ongeboren vrucht, en ook het doden of te vondeling leggen van pasgeboren kinderen. In een der oudste nabijbelse christelijke geschriften die wij kennen (de zgn. Brief aan Diognetus, geschreven ongeveer in het midden van de tweede eeuw, waarschijnlijk kort na het jaar 150) wordt daarover gezegd: Dat doen wij niet! Wij christenen – zo luidt de context – zijn weliswaar geen apart soort mensen; wij leiden niet een sektarisch leven, afgezonderd van de gewone samenleving. Wij wonen samen tussen de andere mensen in hun steden en dorpen, wij oefenen dezelfde beroepen uit, wij spreken hun taal, wij volgen hun gewoontes in kleding en in voedsel. Maar sommige dingen doen wij niet zoals zij. En dan worden er een aantal opgenoemd die christenen niet doen; daarbij komt ook de eerbied voor het leven voor (Brief aan- Diognetus, IV 6). Ook in andere oude christelijke geschriften uit de eerste na-apostolische tijd komt die eerbied voor het leven, in afwijking van wat in de wereld van destijds gebruik was, voor (Didache, II, 2; Brief van Barnabas, XIX, 5). De eeuwen door heeft de Kerk zich op het standpunt gesteld, dat wij mensen geen recht hebben om het leven van onschuldigen noch dat van anderen noch dat van onszelf rechtstreeks te doen eindigen. In 1980 heeft de heilige Stoel zich hierover nog eens heel eenduidig uitgesproken, toen de hedendaagse nieuwe aspecten van de problematiek rond de euthanasie zich reeds hadden doen gelden en sommigen, ook uit kerkelijke kringen, tot andere antwoorden waren gekomen. (Congregatie voor de Geloofsleer, Verklaring over de Euthanasie, 5 mei 1980). Ook vele buitenlandse Bisschoppenconferenties hebben zich in dezelfde zin hierover geuit. Het zal van belang zijn om dit bij de nu volgende uiteenzettingen voor ogen te houden.

Probleemstelling

Er is bij alle overeenkomsten met de vragen rond, de euthanasie, zoals die alle eeuwen door hebben bestaan, toch ook een duidelijk verschil aan te wijzen voor onze tijd. Door de enorme toename van de mogelijkheid der artsen om ziektes en ziektesymptomen met goed resultaat te behandelen, is – paradoxaal genoeg – het probleem van de goede dood evenredig groter geworden in plaats van kleiner. Want wat de medische wetenschap ook heeft kunnen overwinnen (en dat is heel wat, dank zij God!) – de dood zal zij nooit de baas kunnen worden. En alle problemen rond de dood zullen zich dus blijven voordoen. Alleen Christus heeft de dood overwonnen. Maar Hij deed dit in zijn – voor ons mensenverstand ondoorgrondelijke – goddelijke wijsheid niet



door de dood van Zich af te houden, doch door haar op zich te nemen in gehoorzaamheid aan de Wil van de Vader. Zo is Hij tot de overwinning van de dood gekomen, die de Verrijzenis is. Dat geschiedde dus door deze meest radicale vorm van gehoorzaamheid aan de beschikkingen van de goddelijke voorzienigheid, die altijd ons menselijk waarderingsvermogen te boven zal blijven gaan, en die ook Hij niet begreep. In de Hof van Olijven viel zijn zweet als dikke bloeddruppels op de grond (Luc. 22, 44), en op het Kruis schreeuwde ook Hij zijn “Waarom?” uit (Mat. 27, 46). Ook de medische wetenschap zal geen andere overwinning op de dood behalen dan deze, en de angst en de ogenschijnlijke zinloosheid zullen dus blijven. Altijd zullen alle mensen ooit voor de onontkoombare feitelijkheid komen te staan, dat ook de knapste arts op dat moment machteloos blijft, en dat de zieltogende mens zijn geest slechts in de handen van de Vader kan bevelen (vgl. Luc. 23, 46). En aan dat laatste moment zal soms een lijden voorafgaan, dat door geen arts meer weggenomen zal kunnen worden. Dit lijden hoeft lang niet altijd te bestaan in een ondraaglijke pijn, waar met medicijnen geen verlichting in te brengen valt (dit is tegenwoordig eerder uitzondering dan regel geworden); in veel meer gevallen bestaat dat lijden in een diep ervaren zinloosheid van dat bestaan, in eenzaamheid, in het zelf opmerken hoe men aftakelt en hoe men zijn menselijke waardigheid verliest. Vaak ook is dat lijden meer voor de omgeving dan voor de patiënt zelf een vreselijke opgave, zoals bijv. wanneer er dementie optreedt, of wanneer de verpleging en verzorging een intense belasting voor de omgeving met zich brengen, waarvan de duur niet vooraf voorzien kan worden. Ook financiële aspecten spelen soms een rol, zeker voor de samenleving. Deze problemen zijn in hun wezen niet nieuw. De vragen van onze tijd zijn niet van een andere soort, doch ze zijn wel veelvuldiger geworden.

Daar komt nog bij, dat het er alle schijn van heeft dat wij mensen van deze eeuw minder in staat zijn om pijn en ander lijden te verdragen. De toegenomen welvaart heeft ons niet alleen maar zegen gebracht, doch ons ook verwend, waardoor wij er veel meer moeite mee hebben wanneer ons iets tegenzit dan vroegere generaties dat hadden, die niet beter wisten dan dat het mensenleven zich in een tranendal afspeelde. Zieken, bejaarden en lijdenden zijn vaak snel naar aparte inrichtingen “afgevoerd”, waardoor wij niet meer met lijden vertrouwd zijn. Ook de reeds genoemde toegenomen kundigheden der artsen hebben ons kennelijk zozeer aan ziekten, pijn en ongemak ontwend, dat wij ons diep verongelijkt dreigen te gaan voelen, wanneer het lijden toch eens onafwendbaar blijkt te zijn. En we worden dan al gauw bekoord om naar oneigenlijke middelen te grijpen, waarmee we dan de illusie op kunnen bouwen, toch aan het lijden te ontsnappen, terwijl de feiten uitwijzen, dat de ellende daar alleen maar groter door wordt (alcohol, drugs).

Door de betere behandelingsmogelijkheden blijven veel patiënten, die vroeger niet te redden waren geweest, nu behouden, tot hun eigen vreugde en die van hun dierbaren, en tot terechte beroepstrots van de behandelende geneesheren en verpleegkundigen. Maar soms moet die overwinning, hetzij direct, hetzij op den duur, betaald worden met zware lasten. De patiënt is blijven leven maar pijnlijke ongemakken blijven zijn lot, soms in toenemende mate. Hierbij moet men ook denken aan patiënten die alleen maar met behulp van voortdurend toegepaste behandelingsmethoden (beademingsapparatuur, dialyse e.d.) in leven kunnen blijven; en aan patiënten, die in coma verkeren, waarbij ook door de bekwaamste artsen slechts een statistische prognose geboden kan worden m.b.t. de vraag of zij nog ooit uit die coma bij zullen kunnen komen, zodat men niet weet of déze patiënt zal bijkomen of niet. Ook moet men denken aan kinderen die met een ernstige lichamelijke of geestelijke afwijkingen worden geboren (open rug, diepe idiotie, e.d.) en waarvan te voorzien valt dat zij ofwel reeds onmiddellijk ofwel op den duur verder altijd geheel of grotendeels verplegingsbehoefstig zullen zijn. Vroeger stierven zulke patiëntjes veelal reeds snel na de geboorte, of na enige maanden of hoogstens jaren. Thans kunnen zij veel langer in leven worden gehouden, doch telkens weer zullen er chirurgische of andere medische behandelingen toegepast moeten worden, die lang niet altijd tot een “kwaliteitsverbetering” van het leven zullen leiden.

Niet altijd is in zulke gevallen voor buitenstaanders invoelbaar of dergelijke patiëntjes en patiënten voor hun eisen beleving “gelukkig” of “ongelukkig” zijn, al ontbreken de gevallen niet waar geestelijk of lichamelijk gehandicapten een onmiskenbare blijheid uitstralen. Maar naaststaanden (gezinsleden, verpleegkundigen in inrichtingen) kan zulk leven zinloos voorkomen, ja zelfs in strijd met de menselijke waardigheid. Het is te verwachten dat dit soms heel grote offerbereidheid van hen zal vragen, en dat makkelijk de bekoring op kan komen, te gaan denken dat zulke offers toch niet van ons gevraagd kunnen worden. Het hoeft ons niet onmiddellijk met zwarte schuldgevoelens te beladen, wanneer merken dat we spontaan terugdeinzen voor dergelijke zware opgaven, en wanneer we merken dat onze gedachten telkens weer in de richting gaan van wegen waarlangs we eraan zouden kunnen ontkomen. Dit is zeer menselijk en niet per se een teken van een onmenselijke levensinstelling. Ook onze Heer Jezus heeft immers met zijn gedachten stilgestaan bij het verlangen dat de kelk van het lijden aan Hem voorbij zou gaan: Hij heeft er zijn Vader om gesmeekt (vgl. Luc. 22, 42) Wanneer wij Hem daarin navolgen en onze nood aan de hemelse Vader voorleggen, wanneer wij ons daar voor zijn Aanschijn over beklagen en volhardend zijn in dit gebed, zal zijn genade ons ervoor behoeden te vervallen in zelfbeklag en zullen we de kracht vinden om aan dat gebed, waarin we vragen om gespaard of bevrijd te worden, toe te voegen de overgave die ligt uitgedrukt in woorden: “Maar toch, niet mijn wil maar uw wil geschiede” (Luc. 22, 42). Dan wordt onze huiver voor de zwaarte der opgave van een zeer menselijke begrijpbare huiver een goddelijke onbegrijpbare overgave.

En de belofte is ons geschonken, dat ook wij daartoe in staat zijn. Navolging van Christus is geen onbereikbaar hoog ideaal, doch is een werkelijke roeping voor ons allen, die ligt binnen de mogelijkheid van allen.

De zin van het lijden

Alle vragen rond euthanasie komen uiteraard tenslotte neer op de vraag naar de zin van het lijden, niet alleen het lijden van de patiënt zelf, maar ook van degenen die daarmee te maken hebben. Euthanasie is slechts in mindere mate een probleem vanwege de financiële aspecten van de uitblijvende dood. Het is veel meer een probleem omdat wij ons bij alle lijden afvragen waartoe het verdragen moet worden en waarom wij er niet met alle denkbare middelen een einde aan zouden mogen maken. Natuurlijk ligt het voor de hand, dat wij altijd zullen proberen om lijden te verlichten, ja, waar mogelijk, geheel te doen beëindigen. En in heel veel gevallen is dat niet alleen geoorloofd, doch zelfs onze plicht. Leven als christen beduidt Christus navolgen. En we zien dat het Evangelie er vol van staat hoe Jezus mensen van hun lijden bevrijdde. * (vgl. Luc. 7, 22).

Voor ons, die een andere Christus moeten worden, ook “Messias” moeten worden, geldt hetzelfde: wij zullen als christen herkenbaar moeten zijn, wanneer wij die liefde voor elkaar hebben, waardoor lijden wordt weggenomen. Er zijn weliswaar binnen het christendom ooit stromingen geweest, die de geneeskunst in haar geheel af meenden te moeten wijzen (o.a. de zgn. Enkratieten, met name Tatianus), alsof geneeskunst altijd per se een teken van menselijke hoogmoed was, een poging om zijn heil te zoeken in wereldse wijsheid, zonder dat men zijn vertrouwen stelde op God als enige bron van genezing; als een menselijk-zondige poging om zich tegen Gods wil te verzetten, die immers ziekten verzendt ter bestraffing van onze zonden, of om ons te beproeven. Maar dat waren ideeën, die geenszins de leer van de Kerk weerspiegelden. De stromingen, waar zulke ideeën hun oorsprong in vonden, werden al snel ontmaskerd als in strijd met het geloof. En tal van oude kerkleraren hebben de geneeskunst geprezen als iets wat door God aan de mensen was geschonken – niet rechtstreeks en kant en klaar natuurlijk; doch God heeft aan de mensen een verstand gegeven, zodat hij in staat is om op grond van ervaring schadelijke en heilzame stoffen van elkaar te leren onderscheiden. De arts is dan een instrument van God. Alleen al het gebruik van de titel “Christus medicus” (Christus Geneesheer) door sommige oude kerkelijke auteurs laat duidelijk zijn, dat de oude Kerk in de geneeskunst geenszins per se iets antichristelijke zag.



Kortom: het is bepaald geen verplichting voor christenen om ziekte, lijden en dood zomaar als een schikking van Gods voorzienigheid over zich heen te laten komen. Men mag daar werkelijk iets tegen doen. De geneeskunst is niet verzet tegen Gods wil, doch is medewerking met zijn Voorzienigheid.

In de loop van de geschiedenis zien wij dan ook, dat vele christenen zich – juist vanuit hun liefde tot Christus – ingezet hebben voor de verzorging en verpleging van lijdenden en stervenden. Wel lag de nadruk daarbij meer op de *verzorging* dan op de *genezing*. Maar dat kwam niet zozeer omdat men toelag op genezing beschouwd zou hebben als verzet tegen de ondoorgrondelijke raadsbesluiten van de Voorzienigheid Gods, als wel omdat er gedurende vele eeuwen nauwelijks enige mogelijkheid van betekenis bestond om de voortgang van een ziekte werkelijk te doen keren. De mogelijkheid om ziekteprocessen een ander verloop te doen nemen dan ze zonder behandeling genomen zouden hebben, is niet veel meer dan een eeuw oud. Doch ook in deze laatste eeuw hebben vele christenen hun leven daar met grote inzet en zelfopoffering aan gewijd.

Het probleem van het lijden is dus niet, dat we geen pogingen in het werk zouden mogen stellen om het te beëindigen.

Het probleem ligt op ander vlak, en wel tweevoudig: namelijk a) omdat er lijden voorkomt, dat we niet kunnen voorkomen of wegnemen, of althans dat we binnen de huidige mogelijkheden der wetenschap nog niet kunnen elimineren; en b) omdat er volgens de zedenleer van de Kerk grenzen zijn aan de geoorloofdheid van de eigen beheersing van leven en dood.

De vragen rond euthanasie, waar wij in onze dagen mee geconfronteerd worden, hoeven en kunnen niet herleid worden tot een simpele keuze, of we wel of niet zouden mogen ingrijpen in de gang van zaken, want dat mogen we in principe wel. Het probleem is, welke ingrepen we wel en welke we niet mogen doen. De vraag is bijv. niet of we pijn al dan niet met medicijnen of anderszins mogen bestrijden, doch in welke omstandigheden en met welke middelen wel, en wanneer en hoe niet.

Het oordeel daarover zal niet altijd eenvoudig zijn. Van des te groter belang is het dan, dat ons hart eenvoudig is, en dat ons oog helder is en niet vertroebeld wordt door weliswaar begrijpelijke doch toch oneigenlijke emoties.

Wanneer we een juiste houding hebben t.o.v. het lijden, zal ons hart eenvoudig worden en ons oog helder, en zullen we ook gemakkelijker de concrete vragen over geoorloofd en ongeoorloofdheid kunnen beantwoorden.

Tot het lijden verhoudt men zich meestal zoals men zich tot God verhoudt. Vindt men God zinloos, onbegrijpelijk, hard, irriterend, dan veelal zo ook, het lijden. Misschien moeten we zeggen dat onze houding tegenover het lijden aan het licht brengt, hoe we eigenlijk -soms zonder dat we dit zelf al uitdrukkelijk wisten - tegenover God staan; beter dan we dachten misschien, of ook slechter. Dit is niet zo verwonderlijk, want in zekere zin is God lijden. In Jezus immers zien we hoe God is: en Jezus is degene die voor ons de lijdende is geworden.

Het hoeft ons niet te ergeren, wanneer we geen laatste menselijke antwoorden zullen vinden op de vraag naar de zin van het lijden. Het lijden kan voor ons natuurlijk verstand niet veel toegankelijker zijn dan God zelf is. Het zal pas door Gods bovennatuurlijke openbaring zijn, dat we het mysterie van het lijden kunnen herkennen, of misschien beter gezegd: dat we ermee zullen kunnen leven, en wel op een wijze die ons leven niet alleen draaglijk maakt doch ook er een diepte aan verleent die op geen andere wijze verkregen kan worden. Doch zoals dat bij alle ons te boven gaande zaken het geval is, wij zullen het mysterie van het lijden alleen in geloof kunnen beleven, dat wil zeggen: met prijsgeving van alle eigenmachtigheid, in grote deemoed en eenvoud. Als gelovige is de mens altijd als het ware “tweede”, hij loopt niet voorop. Geloof is antwoord op een oproepend woord van God. Daarbij kan dus nooit iets in het spel zijn van “de ander tot verantwoording roepen”, alsof die



ander mij nu maar eens op een overtuigende wijze duidelijk moet zien te maken, waarom dit allemaal zo gebeurt. Geloof is juist afstand doen van elke claim; geloof is – ook al klinkt dit dwaas en onaanvaardbaar in onze oren – ‘Ja en Amen’ zeggen; alle verzet opgeven. Wat is nu de zin van het lijden volgens het geloof. Of heeft het lijden zelf geen zin, en is de enige “naam” die het in de wereld mag hebben wellicht: “dat wat uit de weg geruimd moet worden”? Moeten we ons immers niet inzetten om armoede, honger, pijn, eenzaamheid, ziekte, en ook de dood, voor zover dat maar enigszins in ons vermogen ligt, uit de weg te ruimen? In dat geval heeft het lijden zelf geen zin, dan is het moeten-verdragen van lijden absurd, dan is alles beter dan te moeten lijden. Dan zou ook niet gemakkelijk in te zien zijn, waarom niet alle middelen, die werkelijk geschikt zijn om lijden weg te nemen, geoorloofd zouden zijn. Hoogstens zou daar als, beperking bij toegevoegd kunnen worden, “mits anderen er maar geen schade bij ondervinden”, of andere dergelijke, aan de zaak zelf niet inherente clausules.

Maar de enige naam van het lijden is niet “dat wat niet mag zijn”. Want van Godswege is ons geopenbaard, dat lijden moet zijn. “Moest de Christus dit alles niet lijden?”, sprak de verrezen Heer tot de Emmaüsgangers op de avond van de Paaszondag (Luc. 24, 26). Deze leerlingen hadden dit zelf nog niet begrepen, gezien het feit dat ze zo teleurgesteld waren door wat er met Jezus was geschied. We mogen onszelf in hen herkennen. En we mogen ons in hen door Jezus laten inwijden in de mysteries van zijn leven. Lijden is in Gods ogen nodig. Want lijden is de weg om lijden uit de wereld te helpen, lijden werkt verlossend. “Moest de Christus dit alles niet lijden”, zei Jezus, “om zo in zijn heerlijkheid binnen te gaan?” (ib). Zo staan we voor het mysterie van het lijden: er is precies lijden nodig om het lijden weg te nemen. Het is door lijden, dat het lijden zal afnemen. Daaraan zien we dat het lijden heel iets anders is dan wat ook ter wereld, dat het een groot geheim in zich draagt, dat het ondoorgroendelijk is als God zelf.

Tot op zekere hoogte kan dit mysterie echter ook met ons natuurlijk verstand en op basis van onze gewone ervaringen ingezien worden. Waar mensen ertoe komen om zich veel toeleg, inspanning en moeite te getroosten, daar zullen ze ook veel lijden uit de wereld kunnen helpen. “Zweet, bloed en tranen” stelde een staatsman in het vooruitzicht, die zijn volk in oorlogstijd tot die inzet op wilde roepen, die tot de uiteindelijke overwinning zou moeten gaan leiden. Kort gezegd: daar waar verzorgers zelf niet terugschrikken voor zware lasten, zullen zij méér lasten van lijdenden kunnen verlichten dan daar waar zij vooral op hun eigen welbevinden bedacht zijn. Dat is een situatie, waarbij de vruchtbaarheid van het lijden onmiddellijk aanwijsbaar is. Op deze wijze kunnen allen de zin van het lijden inzien, en zo kan men ook gemakkelijk de moed vinden om het lijden niet uit de weg te gaan. En wanneer men zich daaraan zou onttrekken (want ook in zulke situaties kan de opgave soms zeer zwaar zijn), beseft men toch in zijn betere ogenblikken dat men tekort geschoten is; en dan bevestigt dit besef de zin van het lijden ten overvloede nog eens. Tot op zekere hoogte kunnen we dus bevroeden, waarom God de wereld wilde redden door het lijden en niet door iets anders.

Maar Jezus leert ons meer. Er zijn namelijk zo maar geen directe lijnen te trekken van zijn lijden in de Hof van Olijven, van de geselkolom of van zijn Kruis naar het verlossen van de wereld. Maar wat is de zin van Jezus’ angst in de Hof van Olijven, van zijn kruisiging en van zijn dood? Men moet al bereid zijn om heel verwijderde verbanden toch als reëel te willen zien, wanneer men daar de heilswerking van meent te kunnen aanwijzen. En als men dat gedaan zou hebben, zou men trouwens het mysterie van onze verlossing door het lijden van Christus, waarover de Schriften spreken, zozeer vervlakt hebben, dat het zijn bovennatuurlijk karakter verloren zou hebben. Dat zou een dieptepunt van “verlicht” en geseculariseerd denken zijn. Men zou wel zeer wijs lijken, maar men zou tegelijkertijd de heilige Schrift en ons Credo gedegradeerd hebben tot wijsheidsteksten zoals er zoveel geschreven werden in de loop der wereldgeschiedenis. En de goddelijke diepte van de schriftuurlijke woorden over Jezus’ verlossingsdood zou men prijsgegeven hebben.

“Toen de avond gevallen was, bracht men veel bezeten en bij Hem. Hij dreef door een woord de geesten uit en alle zieken genas Hij, opdat in vervulling zou gaan, wat door de profeet Jesaja gezegd was: ‘Hij heeft onze

zwakheden weggenomen en onze ziekten heeft Hij gedragen'." (Mat. 8, 16v.) De Evangelist verwijst hier naar Jesaja 53, waar de gedachte dat een onschuldige kan lijden om schuldigen te redden, naar voren komt: "Het waren onze ziekten die Hij op Zich nam, en onze smarten die Hij heeft gedragen. (...) Hij werd doorstoken om onze weerspanning, om onze zonden gebroken; Hij werd gestraft, ons bracht het vrede; en dankzij zijn striemen is er voor ons genezing" (Jes. 53, 4-5). Op meerdere plaatsen past het Nieuwe Testament deze woorden van de profeet toe op Jezus. "Wij zijn door zijn striemen genezen"! (1 Petr. 2,24). Om dit alles te verstaan moeten we tevens letten op wat in deze bijbelteksten mede aanwezig is, en waar wij hier nog geen aandacht aan hebben gegeven: op de samenhang die er bestaat tussen lijden en zonde. Niet in die zin dat alle lijden van individuele personen te herleiden zou zijn tot individuele zonden van henzelf of van anderen. Zo aanwijsbaar is de oorzaak van ons lijden niet vaak. Er bestaat heel veel lijden dat niet tot aanwijsbare zonden te herleiden valt; en wij moeten daar ook heel gereserveerd mee zijn, we moeten concrete vormen van lijden niet licht als straf voor concrete zonden beschouwen. Misschien deed men dit in het verleden in preken wel eens te gemakkelijk. Maar Jezus wijst deze gedachtengang heel duidelijk af (vgl. Joh. 9,3; Luc. 13, 1-5). Trouwens wanneer dat zo zou zijn, dan zou het lijden van Jezus zelf en dat van Maria ondenkbaar geweest zijn: zij hebben zelf niet gezondigd en niet al hun lijden werd aanwijsbaar door daden van anderen veroorzaakt.

Maar wel is het waar, dat door de zonde van Adam het lijden en de dood in de wereld zijn gekomen, en dat ons aller talloze zonden onnoemelijk veel leed veroorzaakt hebben.

Jezus' lijden heeft de zonden van de wereld weggenomen. Hij is het Lam Gods, dat de zonden van de wereld wegneemt. En zo heeft Hij ook een halt toegeroepen aan het lijden. De heilige Schrift leert ons, hoe Hij dat halt aan het lijden toeriep. Namelijk *door Zelf lijden op Zich te nemen*. Dat is dan – gelovig gezien – de zin ook van ons lijden. Ook ons lijden neemt de zonde van de wereld weg, en het roept daardoor een halt toe aan het lijden. Ons lijden is een deelhebben aan het lijden van Christus en heeft dan ook deel aan de vruchtbaarheid – de zin – van zijn lijden.

Wanneer ons Credo belijdt, dat wij gedoopt zijn "tot vergeving van de zonden", zijn wij ingewijd in het goddelijk leven en in de verlossende opdracht van Jezus zelf: Lam te zijn, dat geofferd wordt tot redding van velen. Dan zijn wij geroepen om te lijden tot heil van velen. Lijden – hoe zinloos ook naar menselijke maatstaven – is deelhebben aan het mysterie van Christus. In de lijdende mens, of het nu een bewust levende volwassene is, of een zuigeling, een kind, of zich niet meer van zichzelf bewuste bejaarde, in allen is Christus werkelijk tegenwoordig. Niet op de wijze zoals Hij in de Eucharistie tegenwoordig is, doch wel werkelijk tegenwoordig; en wat wij aan de minsten der zijnen doen, aan zijn lijdende broeders, dat doen wij aan Hem (vgl. Mat. 25,40), want Hij vereenzelvigd zich met hen.

Wie een ziekenkamer binnenkomt, treedt binnen in een groot geheim: "Mysterium Fidei"; hier is tegenwoordiggesteld waar het om gaat in ons leven. Hij mag zich verheugen, in plaats van uitzichtloos somber te zijn; want het lijden is zo zinvol als Christus zelf zinvol is, het is bron van vergeving en van vermindering van lijden doordat het participeert in het lijden van Christus. Dat hoeven we niet met onze menselijke wijsheid in te kunnen zien, dat hoeft niet aangewezen of "nagerekend" te kunnen worden, want God heeft ons dat geopenbaard. Natuurlijk valt dit niet mee, natuurlijk blijft ons gevoel en ook ons denken vaak tegenstreven, en komt ons gemoed in opstand bij het zien of het ondergaan van lijden. Dat is geen schande. Dat maakte ook Jezus zelf mee, ook Hem kostte het strijd. Doch we zullen kracht kunnen vinden in het feit dat wij onze strijd tezamen met Hem voeren: door het Doopsel delen wij niet alleen in zijn strijd doch ook in zijn kracht.

In dit verband is het uiteraard goed om ons te binnen te brengen, dat wij in het Sacrament van de Ziekenzalving nog op meer speciale wijze deel krijgen aan de kracht waarmee Jezus zijn lijden heeft aanvaard en gedragen, en zo ook aan de verlossende waarde van zijn lijden deel krijgen. Het ligt niet in 's mensen eigen macht om zijn



lijden als heilzaam en zinvol te beleven, integendeel heel ons wezen verzet zich tegen het lijden. Maar Gods genade – de geloofsgenade die in de Sacramenten ons deel wordt – doet Jezus in ons leven en in zijn kracht kunnen wij ons verzet tegen het lijden overwinnen, waardoor ons lijden heilskracht krijgt. Dit laatste is trouwens iets dat ook al enigszins op natuurlijk vlak ervaren kan worden: wie zijn verzet opgeeft, zal zijn lijden innerlijk anders beleven dan wie tegen blijft streven.

God is de Heer van het leven

De grondgedachte bij alle overwegingen rond euthanasie zal altijd blijven: dat het leven niet door mensen zelf is gemaakt, en dat menen dus ook niet als over eigen bezittingen over het leven mogen beschikken. Dit is niet louter een geloofsgegeven, dit is iets wat alle mensen weten. Ook al is in meer ondoordracht spraakgebruik wel eens iets anders te horen, toch weten alle ouders, dat zij een kindje ‘krijgen’ en niet ‘nemen’. Zelfs wanneer men zou menen, dat de ouders het hele nieuwe wezentje voortbrengen, naar lichaam en ziel, dan beseft men daarbij toch, dat zijzelf het leven niet echt opnieuw uit het niets voortbrengen, doch dat zij het louter ‘doorgeven’. En duidelijk is – hoe men ook over de evolutieleer zou denken – dat aan het begin van het menselijk leven op aarde geen menselijke maker ervan aan te wijzen valt. De mens is behoeder en doorgever van het leven, niet beheersers ervan.

In ons geloof is dit nog duidelijker betuigd. Wanneer er omtrent deze zaken iets duidelijk kan worden uit het Oude Testament, dan is het, dat het leven *heilig* is, dat wil zeggen dat het iets van God is. Het leven is heilig omdat het van God komt, en niet zo maar, zoals alles van God komt, doch op een heel speciale wijze. De levensgeest – de adem – was volgens het scheppingsverhaal van Genesis 2 door God zelf geblazen in het uit klei gevormde lichaam van Adam. Uit klei een of ander lichaam boetsen, dat kan uiteraard iedereen. Maar mensen zelf kunnen geen levensadem in zo’n lichaam blazen. Alleen God is het leven, en alleen Hij kan het leven meedelen. En daarom is het leven van Hem alleen, daar mag een mens zich nooit aan vergrijpen. Wie aan het leven komt, komt aan iets dat niet van hemzelf is, ook wanneer het om het eigen leven gaat.

Hij poogt door te dringen tot in het gebied waar alleen God woont, hij wil a.h.w. diens mysterie openbreken. Dat kan niet, dat zal altijd een vruchteloos pogen blijven; en daarom mag dat ook niet, want wanneer de mens wil doen wat niet kan – God ‘openbreken’ – breekt hij zichzelf stuk. En om hem daarvoor te behoeden, wordt hem duidelijk gemaakt, dat hij dit niet mag. Daar faalde Adam in, namelijk door te eten van de boom van de kennis van goed en kwaad. Die kennis was aan God voorbehouden, maar op suggestie van de slang wilde Adam “aan God gelijk worden” (Gen. 3,5). Toen hij dat deed en van de boom at, verloor hij zijn onschuld en zijn onsterfelijkheid. Hij probeerde door te dringen tot het eigen domein van God, en daar ging hij zelf stuk aan. Datzelfde deden de bewoners van de toren van Babel: zij wilden tot in de hemel reiken, d.w.z. tot in het eigen gebied van God (vgl. Gen. 11,4). Maar het strekte hun tot verderf. Zo zal het ook ons vergaan, wanneer wij ons aan het leven vergrijpen.

Maar het lijdende leven is niet ongoddelijk, integendeel het is bij uitstek goddelijk, zoals het Oude Testament voorzag en zoals het Nieuwe Testament in Jezus zag. Daarom is het lijdende leven méér nog dan het ‘gewone’ leven, iets waar wij als mensen op geen enkele wijze in mogen treden, doch dat wij met de grootste zorgvuldigheid moeten vereren.

“In de mate waarin de mens leeft, is hij een lofzang op God”, zei de heilige Irenaeus (Gloria Dei vivens homo). En hij voegde daaraan toe, wat dan dat leven van een mens wel is, waarin dat bestaat en waar het bij uitstek wordt gevonden: “Het leven van de mens bestaat in de schouwing Gods” (vita autem hominis visio Dei – Adv. haer. IV, 20, 7). Maar er bestaat geen zuiverder weg naar de schouwing Gods dan de weg van het lijden. Zo mogen we dus nooit van onze kant het lijdende leven als niet-levenswaard afbreken. Het is immers heel iets

anders dan het schuldige leven. Het schuldige leven staat in tegenspraak tot wat leven is. Het lijden daarentegen is de weg tot leven. In de mate waarin de mens lijdt, wordt hij een lofzang op God.

Zo kunnen we op basis van deze geloofsgegevens enigszins begrijpen, waarom het christendom vanaf het begin heeft geweten, dat het echte leven onaantastbaar is, en dat wij mensen daar nooit eigenmachtig over mogen beschikken.

II. In strijd met Gods soevereiniteit

“Wie is meester over wie?”

Wat te doen en wat niet? Met dit is nog geen antwoord gegeven op de concrete vragen rond de euthanasie. Maar ons oog is helderder geworden wanneer wij deze geloofstroost in ons opgenomen hebben, en: “Wanneer het oog licht is, zal heel het lichaam verlicht zijn” (Mat. 6, 22). Dat wil zeggen: dan zullen ook de concrete (“lijfelijke”) situaties ook gemakkelijker echt evangelisch door ons beoordeeld kunnen worden.

Wij mensen mogen dus nooit eigenmachtig beschikken over leven en dood. Maar wij moeten wel zelf beslissingen nemen over wat wij doen en wat wij achterwege laten. Niets doen is ook een beslissing, waar wij verantwoordelijkheid voor dragen. Niets doen wanneer iemand, die te redden is, stervend is (bijv. door hem niet naar de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis te brengen) is ook een vorm van intreden in Gods eigen heerschappij over het leven, want God wil dat wij het leven goed beheren, en dus redden, als het gered kan worden. Wij mogen niet beslissen dat het nu welletjes is geweest en zo iemand dan dood laten bloeden; wij mogen niet zeggen: kennelijk is het Gods wil dat hij doodbloedt, want God heeft hem een ongeluk laten overkomen, en dan niets doen, om Gods plannen niet te doorkruisen. Wij moeten handelen, zoals dat volgens Gods gebod nodig is. Welnu, voor de christelijke zedenleer is het, zoals wij reeds naar voren gebracht hebben, nooit aan twijfel onderhevig geweest, dat het onschuldige leven niet rechtstreeks en bedoeld gedood mag worden. Wij mogen geen daden, die de dood tot gevolg hebben, stellen, om met die daad de dood te doen intreden. Dus concreet: de injectie of de tabletten toedienen, *die* de dood zullen veroorzaken, *met de bedoeling om* de dood te veroorzaken. Dat is *euthanasie* in de eigenlijke betekenis van het woord. Dat is de euthanasie die de Kerk als in strijd met de zedenwet afwijst. De Verklaring over euthanasie van het kerkelijk leergezag d.d. 5 mei 1980 zegt dit als volgt: ‘Onder euthanasie wordt hier verstaan: dat handelen, of dat nalaten van een handeling, dat uit zijn eigen aard of krachtens de bedoeling de dood toebrengt, opdat op deze wijze het gehele lijden wordt weggenomen. Euthanasie ligt dus besloten in de bedoeling van de wil en in de wijze van handelen die toegepast wordt. Welnu, opnieuw moet met kracht verklaard worden, dat niemand en niets op enigerlei wijze kan toestaan, dat een levend menselijk wezen dat onschuldig is, wordt gedood of het nu een foetus of een embryo is, een kind of een volwassene, een bejaarde of iemand die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, of iemand die in de stervensfase verkeert. Bovendien is het aan niemand geoorloofd om een dergelijk dodend handelen te vragen voor zichzelf of voor een ander die aan zijn verantwoordelijkheid is toevertrouwd; ja, hij mag daar zelfs niet in toestemmen, noch expliciet noch impliciet. En geen enkel gezag kan zo’n daad op geoorloofde wijze, opleggen of toestaan. Het gaat hier immers om een schending van de goddelijke wet, om een aantasting van de waardigheid van de menselijke persoon, om een misdrijf tegen het leven, om een vetgrijp tegen het menselijk geslacht (Verklaring over Euthanasie, sub I).

Behandeling

Iets heel anders is het echter, wanneer in je behandeling en verpleging van zieken beslist moet worden of een of andere behandelwijze of de toediening van bepaalde medicijnen moet worden begonnen of voortgezet of beëindigd. Dan beslist en beschikt men, namelijk in eerste instantie niet over menselijk leven, doch over het eigen handelen, zij het dat dit consequenties heeft voor het leven. En handelen móét een mens, dat kan hij niet vermijden; wanneer men een handeling nalaat, is dat immers ook een eigen beslissing en dus een handeling, is

het beschikken over leven. Nu brengen al onze handelingen, alsook het nalaten van handelingen, altijd zowel goede als slechte uitwerkingen teweeg. Dat is volslagen onontkoombaar, dat gebeurt eenvoudigweg altijd. Goed en slecht – dat reikt dan van betrekkelijk geringe tot soms zeer zware gevolgen. Enige voorbeelden mogen volstaan om dit duidelijk te maken. Wanneer ergens een weg wordt aangelegd, verdwijnt er een stuk natuurlandschap. Dat kan gewoon niet anders. Toch mogen mensen wegen aanleggen. Misschien zijn er ook wel eens wegen gebouwd op plaatsen waar dit – alles afwegende – niet had mogen gebeuren, vanwege het landschap, maar in heel veel andere gevallen mag die weg wel aangelegd worden, ook wanneer dat het verlies van een stuk natuurlandschap met zich brengt. Zo zit het mensenleven nu eenmaal in elkaar. Of bijvoorbeeld ook: wie in een auto rijdt – al is het om nog zulke waardevolle dingen te doen – verbruikt energie en vervuult, en hij veroorzaakt, al rijdt hij nog zo verantwoord, een zekere mate van gevaar. Spelende kinderen, die onverhoeds de straat oplopen zouden geen ongeluk krijgen wanneer er helemaal geen auto's waren. Of ook: nagenoeg alle geneesmiddelen en behandelingswijzen hebben schadelijke neveneffecten. Kortom: niemand kan leven zonder in al zijn handelen positief en negatief te waarderen dingen te veroorzaken. Men zou op moeten houden met leven, wanneer dit niet zou mogen.

Gevolgen

Het is dus altijd een zaak van afwegen, onder welke omstandigheden men wel en onder welke men niet de nadelige gevolgen op de koop toe mag nemen, en welke gevolgen wel en welke niet. Dit is zó algemeen, dat dit ook geldt voor het medisch handelen rond het sterfbed. Maar dit betekent niet dat we tóch over leven en dood zouden mogen beschikken. Daarmee beschikken we niet over leven en dood, doch over het medisch handelen (want daaraan ontkomt men niet, niets doen is immers ook handelen). Het betekent ook geen prijsgeven van het standpunt dat wij niet over leven en dood mogen beschikken, wanneer we zeggen dat autorijden niet intrinsiek slecht is, en dus onder bepaalde condities (zoals daar zijn: rijexamen, snelheidsbeperkingen, materiaaldeugdelijkheid, verkeersregels e.d.) mag, ook al brengt dit met zich mee dat er soms spelende kinderen zullen worden overreden. Niemand verheugt zich over dit laatste en het betekent een grote tragedie voor de ouders, het gezin en in niet geringe mate ook voor de autorijder zelf; maar onze samenleving gaat er terecht van uit, dat wij mensen toch niet kunnen leven en werken zonder dat er van tijd tot tijd afschuwelijke ongelukken gebeuren. We zouden helemaal thuis moeten blijven, of zelfs in bed moeten blijven liggen om al die ongelukken te voorkomen. Doch dat zou ook de dood betekenen. We moeten natuurlijk voortdurend zoeken naar nieuwe wegen en methoden om zoveel mogelijk kwalijke gevolgen van ons handelen te vermijden, maar dat kan nooit helemaal.

Pijnstillers

Het medisch handelen aan het sterfbed luistert naar dezelfde wetmatigheden. Ook daar zal men dus handelingen mogen stellen, waarvan men weet, dat ze ook negatieve gevolgen zullen hebben, doch die als handeling in zichzelf goed zijn. Wanneer men dan niet de beschikking heeft over middelen die minder of geen slechte gevolgen hebben, en wanneer het goede effect werkelijk van evenredig groot belang is, en wanneer men niets anders bedoelt dat het goede effect – dan mag men gaan afwegen... niet of het leven wel levenswaardig is en of het wel in stand gehouden hoeft te worden, doch: of positief en negatief in de uitwerkingen van de middelen in dussdanige verhouding staan, dat het verantwoord is om het negatieve te tolereren. Het welhaast 'klassieke' voorbeeld hiervan is het toedienen van pijnstillende middelen in de laatste fasen van sommige ziekten. Gewoonlijk moet, om de werkzaamheid blijvend te verzekeren, de in te nemen dosis telkens vergroot worden, vanwege het feit dat er gewenning optreedt. Nu hebben deze middelen in sommige gevallen naast de pijnstillende werking ook tot gevolg dat sommige lichaamsfuncties erdoor afzwakken. Daardoor kan het intreden van de dood vervroegd worden. Reeds voor jaren heeft het kerkelijk leergezag uitgesproken, dat men, wanneer de bovengenoemde condities vervuld zijn, dan toch zulke



pijnstillende middelen mag toepassen. De Verklaring over euthanasie van 1980 herhaalt dit: “Wanneer er geen andere middelen beschikbaar zijn, en wanneer dit in een dergelijke situatie niet verhindert dat iemand zijn godsdienstige en morele plichten vervult, dan is dit geoorloofd” (sub III). Wat de laatste woorden van dit citaat betreft: het zal duidelijk zijn, dat iemand die zijn biecht nog moet spreken niet zozeer met pijnstillende middelen behandeld mag worden dat hij tengevolge van die middelen zo versuft is dat hij die biecht niet meer kan afleggen; ook wordt gedacht aan andere, morele plichten zoals het treffen van beschikkingen voor bijv. de opvoeding van kinderen of andere zwaarwichtige aangelegenheden. In de praktijk noemt men dit vaak ‘indirecte euthanasie’. Deze is dus geoorloofd, wanneer er een naar verhouding zware reden tegenover staat, en wanneer er geen andere middelen ter beschikking zijn. Dan hoeft deze indirecte euthanasie geen aantasting te betekenen van Gods enige heerschappij over leven en dood.

Soevereiniteit

Een voor de praktijk van de concrete beslissingen veel gecompliceerder vraag is die, of men in alle omstandigheden alle momenteel denkbare middelen moet aanwenden om het intreden van de dood uit te stellen. Soms brengt dat met zich, dat men in plaats van levensverlengend in feite meer stervensverlengend optreedt. Moeten wij het leven (of beter gezegd: Gods soevereiniteit) zozeer, eerbiedigen, dat wij alle leven kost wat kost altijd in stand dienen te houden? De christelijke traditie heeft dit niet zo verstaan. Vroeger zei de katholieke leer, dat men enkel de “gewone middelen” waarmee het leven in stand kan worden gehouden, moet aanwenden, doch niet de “buitengewone middelen”. Men dacht daarbij uiteraard op de eerste plaats aan voeding en vochttoediening en aan de verzorging, die ook gezonden en andere zieken nodig hebben, en verder aan die medische behandelingsmethoden, die volgens het algemeen aanvoelen als “gewoon” ervaren werden. Dat verschilt uiteraard van land tot land en van tijd tot tijd. Een operatie, die nu gerekend zal worden tot de “gewone” middelen, kon in de vorige eeuw als een zeer “buitengewoon” middel ervaren worden; en wat in Europa gewoon is geworden, kan in ontwikkelingslanden nog altijd buitengewoon zijn. Deze beoordeling komt derhalve aan de direct betrokkenen toe.

Aan de hand van een voorbeeld kan dit wellicht nog nader verhelderd worden. In de tijd toen longtuberculose nog een gevreesde levensgevaarlijke ziekte was, en een kuur in de Alpen door veel artsen als heilzaam werd beoordeeld, doch zulke verblijven in een buitenlands sanatorium niet uit de algemene middelen vergoed werden, was men niet in geweten verplicht om zichzelf of zijn familie voor de rest van het leven in diepe schulden te steken teneinde voor zichzelf of voor een gezinslid een verblijf in een dergelijk sanatorium mogelijk te maken. Dat mocht uiteraard wel; en sommigen hebben dit als een persoonlijke roeping onderkend, die zij in grote edelmoedigheid op zich genomen hebben. Dat was persoonlijk. Het werd niet als een morele voor ieder geldende plicht beschouwd. Wie het niet deed, kwam niet in strijd met Gods allenige soevereiniteit over het leven. Dit geldt nu nog. Er zijn ziektesituaties, of situaties die het gevolg zijn van geboortefwijkingen of van ongevallen, waarin men niet alle feitelijk beschikbare, of theoretisch ook nog denkbare middelen hoeft aan te wenden om het leven – of het sterven – te rekken. Wat men dan wel en wat men dan niet hoeft te doen, wordt door de Verklaring van het leergezag der Kerk uit 1980 aangeduid met de bepaling ‘in verhouding staand’ of ‘niet in verhouding staand’. Daarmee wordt bedoeld: behandelingswijzen, waarvan de te verwachten resultaten niet in verhouding staan, tot de problemen die de behandeling zelf met zich meebrengt (risico’s, pijn, ongemakken en ook financiële lasten), hoeven niet aangewend te worden. Wanneer de negatieve aspecten van zo’n behandeling te zwaar zijn in verhouding tot het nut dat verwacht mag worden, bestaat er geen objectieve morele plicht om zulke behandelingsmethoden toe te passen. Ja men mag zulke behandelingen ook, wanneer ze reeds begonnen zouden zijn, doch men op den duur merkt dat de resultaten niet opwegen tegen de negatieve aspecten van de behandeling zelf afbreken. (Verklaring over Euthanasie, sub IV). Men noemt dit wel “passieve euthanasie”.



Theoretisch is dit wellicht een aanvechtbaar woordgebruik, omdat wie deze beslissing neemt (om een behandeling niet te beginnen) evengoed een daad stelt en dus in zekere zin ook actief is. Maar er blijft een zeer groot praktisch verschil bestaan tussen de situatie waarin iemand sterft tengevolge van zijn eigen reeds aanwezige dodelijke ziekte, zijn eigen ongeval dat reeds plaatsgevonden heeft of aangeboren afwijking, terwijl die doodsoorzaken inderdaad nog langer in stand gehouden zouden kunnen worden, zodat de patiënt dus nog langer zou blijven leven, én het toepassen van een dodende behandeling, tengevolge waarvan de patiënt komt te overlijden. In het tweede geval sterft hij niet door de ziekte, het ongeval of de afwijking, doch door de injectie of de tabletten. Het eerste is terugtreden voor de dood, het tweede is doden.

“Levenswaardig”

Aan wie komt het recht om zulke beslissingen over wel of niet behandelen te nemen toe? De Verklaring van de Congregatie voor de Geloofsleer noemt achtereenvolgens op: de zieke op de eerste plaats; maar ook degenen die het recht hebben om in zijn naam te handelen; en vervolgens de artsen. Met name deze laatsten zullen meer dan anderen een juiste beoordeling kunnen maken of de inzet van de verpleegkundigen en van anderen, en de hoogte van de kosten al dan niet beantwoorden aan de te verwachten resultaten, en of de medische kunstgrepen aan de zieke pijn of ongemakken zullen bezorgen, die te zwaar zijn in verhouding tot het nut dat ze hem zullen bezorgen. Men mag zich dan tevreden stellen met de algemeen gebruikelijke middelen, die de geneeskunst kan verschaffen. De gewone zorgen, die men normaler wijze aan zieken besteedt, mag men uiteraard nooit achterwege laten (Verklaring over Euthanasie, sub IV).

Het is van belang om op te merken, dat bij deze beschouwingen op geen enkele wijze in het geding is geweest, dat wij mensen beoordelen, of het leven van een concrete mens in een bepaalde concrete situatie nog wel “levenswaardig” is of niet, en of dit leven dus beëindigd moet worden of niet. Het is altijd levenswaardig genoeg. Het menselijke leven is door God geschapen en alleen aan Hem komt het toe om een leven ten einde te doen gaan. Wij beslissen dus ook niet tot zgn. indirecte of tot passieve euthanasie *omdat* wij de levenskwaliteit niet hoog genoeg meer vinden om dit leven voort te laten bestaan. De levenskwaliteit is voor wat ons betreft altijd hoog genoeg. Wij mensen moeten ons altijd inzetten om dit leven – dat ons als een kostbaar pand is toevertrouwd – in stand te houden, te verzorgen en tot uitbloei te brengen, *voor zover dat van ons afhangt*. Het is nooit te zinloos, te weinig de moeite waard, te zwaar of te weezinwekkend. Het lijdend leven heeft een zin, het is de moeite waard. Ook wanneer er sprake is van aftakeling, zgn. decorumverlies, dementie e.d.

Het leven is immers ook in die situaties geheiligd door het leven van de “man van smarten”, geen schoonheid bezit Hij of luister, dat wij naar Hem op zouden zien; geen gestalte dat wij behagen zouden vinden in Hem; veracht en de minste der mensen, de man van smarten, met lijden bezocht, als iemand voor wie men het gelaat bedekt” (Jes. 53, 2-3). “Zijn gelaat is onmenselijk geschonden, zijn uiterlijk heeft niets menselijks meer” (Jes. 52,14). Elk menselijk leven heeft altijd, hoe weinig “kwaliteit” het naar menselijke maatstaven ook zou hebben, de kwaliteit van deel te hebben aan het verlossend lijden van Jezus Christus. Wanneer dus besloten wordt tot “indirecte” of “passieve” euthanasie, is dat niet omdat wij vinden, dat dit leven beter dood moet gaan, doch dat wij daarbij geen “vuile handen” mogen maken. Wij vinden dan in het geheel niet dat dit leven niet meer de moeite waard is. De vraag is nooit: “Welke graad aan lijden, aan verminking, aan bewustzijnsverlaging e.d. maakt dat het leven verder niet meer in redelijkheid verlangd kan worden?” In elke graad van lijden etc. is de beslissing over verder leven niet aan ons gegeven, doch komt alleen aan God toe.

Misleidend

Daarom zijn de uitdrukkingen “passieve” en “indirecte” euthanasie in zekere zin misleidend. Ook in die gevallen is er geen sprake van euthanasie, want er is geen bedoeling om de dood van ons in te doen intreden. Ook in

deze beschreven gevallen staat men niet voor de beslissing “behandelen” of “dood laten gaan”. Want we mogen nooit iemand op basis van onze inschatting van de waarde van zijn leven dood laten gaan. Wij staan voor de beslissing “behandelen” of “niet behandelen”, en die beslissing moet gewoon genomen worden op basis van de ter beschikking staande gegevens, namelijk, zoals reeds bij herhaling naar voren gebracht is, aan de hand van de vraag of de behandeling een resultaat zal bewerkstelligen, dat voldoende in verhouding staat tot de inspanning. En dan hoeft men niet te menen, dat elke verlenging van een leven – hoe die er ook uit zal zien – reeds voldoende resultaat genoemd zou moeten worden. Het resultaat waar men voor de beoordeling van de zin (niet van het leven! maar) van de behandeling op moet letten is nauwer omschreven, a.h.w. directer (en daarom ook alleen in medische termen uit te drukken). Bijv. de drain in de hersens voert nu het vocht af en daardoor treedt een bepaalde verlichting op – en is die verlichting aanmerkelijk of gering, is ze duurzaam of zeer tijdelijk, betekent die verlichting iets voor de patiënt (niet: betekent het leven dan iets voor de patiënt!)? etc. Zo iets is het resultaat dat afgewogen moet worden bij de beslissing om de drain al dan niet aan te leggen; staat die verbetering in verhouding tot de ongemakken, de kosten etc. die het aanleggen van de drain met zich brengt. Niet de zgn. kwaliteit van het leven, niet de menswaardigheid van het leven staan ter beoordeling, en ook niet de (on)draaglijkheid van pijnen, doch: het nut van een behandeling; om het heel gewoon te zeggen: “Haalt die behandeling voldoende uit, gezien de lasten die de behandeling met zich brengt, zowel voor de zieke zelf als voor de omgeving of de gemeenschap?”

Het oordeel hierover kan uiteraard niet voor alle mogelijke gevallen op voorhand gegeven worden. Dat hangt van te veel concrete omstandigheden af, die in elk geval weer anders zullen zijn. Hier is dus veel speelruimte voor persoonlijke inschatting van de omstandigheden. De grenzen zijn hier ook niet scherp te trekken. Bovendien kunnen er persoonlijke roepingen zijn, die men niet mag miskennen, want Gods roeping weegt hoger dan wat de morele plicht van ons allen eist. De deur zou dus open kunnen staan voor zeer lakse, vrijzinnige of gemakzuchtige interpretaties. Daarom is het precies zo noodzakelijk, dat ons oog helder is, en dat we gelovig staan tegenover de zin van het lijden.

Belangeloos

Een samenleving, die *gemakkelijk* wordt in de beoordeling van de indicaties tot “passieve” en “indirecte” euthanasie, is een samenleving, die haar eigen kracht aan het ondermijnen is; spoedig zal zij ook in andere opzichten doodbloeden. Zij heeft namelijk geen oog gehad voor de christelijke waarden, die de kern vormen van de christelijke hoop op verlossing. Een kerkgemeenschap die daar gemakzuchtig bij wordt, gaat haar belangstelling voor en haar gerichtheid op Christus verliezen, want Hij wordt dan even vreemd voor haar als het menselijk lijden vreemd voor haar is.

Het gevecht voor het behoud van het leven, d.w.z. de volledige inzet voor het behoud van wat ons door God werd toevertrouwd, zal zich over de gehele breedte van ons christenzijn zegenrijk uitwerken. Juist bijv. de belangeloze inzet van allen die de zorg dragen voor lang-comateuze patiënten, voor diep-zwakzinnige wezens die louter, een vegetatief leven lijken te rekken (maar ze zijn uit mensen geboren en zijn dus menselijk leven) – hun werk, dat zo weinig resultaat lijkt op te leveren en daardoor zo weinig voldoeninggevend lijkt te zijn, is van eminent belang: niet alleen voor deze wezens, wier bestaan door dat van de mensgeworden Zoon Gods is aangeraakt en zinvol gemaakt – vooral wanneer zij gedoopt zijn – maar ook voor de gehele Kerk en voor de samenleving. Hun zorg is de meest sprekende verkondiging van Kruis en Verrijzenis van Jezus. Zij zijn groter geloofsverbreiders dan menig meer als geloofsverbreider herkende persoon.

Kon niet op voorhand een oordeel gegeven worden over de vele gevallen van “al dan niet behandelen” – en wel op voorhand kan dus het oordeel gegeven worden over de “actieve directe euthanasie”, d.w.z. wanneer de handeling, die de dood tot gevolg zal hebben, wordt gesteld om de dood te doen intreden. Deze handeling mag nooit gesteld worden. **Er zijn geen situaties denkbaar, waarin dit geoorloofd zou kunnen zijn.**

Daarover hoeft niets afgewogen te worden; de beslissing daarover hoeft niet genomen te worden op basis van de te verwachten gevolgen. “En geen enkel gezag kan zo’n daad legitiem opleggen of toestaan. Het gaat immers om een schending van de goddelijke wet, om een aantasting van de waardigheid van de menselijke persoon, om een misdrijf tegen het leven, om een vergrijp tegen het menselijk geslacht” (Verklaring over Euthanasie, sub II). Op een andere plaats spreekt de Verklaring van het leergezag over “een misdrijf van de grootste zwaarte”. Op deze laatste plaats noemt de Verklaring het weliswaar een – om zo te zeggen – “gewone” moord. Maar enige regels verder wordt van de vrijwillig gekozen dood gezegd; dat zij “evenzeer als moord in strijd met Gods wet” is (sub I). Evenzeer. Natuurlijk kan ook, in deze aangelegenheid de schuld van mensen verminderd of zelfs geheel afwezig zijn. Dat kan het geval zijn omdat hun geweten – wellicht te goeder trouw – in een dwalend oordeel is gevallen. Dan zal er subjectief niet van groot kwaad sprake hoeven te zijn. “Het dwalend oordeel kan de natuur van deze dodende daad niet veranderen: deze daad zal altijd in zichzelf afgewezen moeten worden” (Verklaring over Euthanasie, sub II).

De weg ten leven

De weg die niet louter een pseudoperspectief biedt, doch werkelijk tot heilvolle resultaten leidt, is de weg van zorgvuldige en doordachte zorgzaamheid voor degenen die lijden. Zulk lijden kan inderdaad soms bij de patiënt zelf de gedachte aan euthanasie doen opkomen, of in andere gevallen bij mensen uit hun omgeving.

Waar het de patiënten zelf betreft is in de laatste jaren voldoende duidelijk geworden, dat in zeer veel gevallen de vraag naar euthanasie, ook wanneer die als zodanig wordt uitgesproken, in feite eerder en op dieper niveau een vraag om deskundiger en doeltreffender hulpverlening is en nog vaker een vraag om meer begripvolle menselijk nabije hulpverlening is, dan werkelijk een vraag om de dood bewust te verhaasten. Daar bestaat ook in ons land heel bruikbare en zeer toegankelijke literatuur over, die van reëel nut kan zijn voor huisartsen, verplegenden en huisgenoten of verdere familie. Ook een aantal publikaties, die in ander opzicht andere standpunten naar voren brengen dan de leer van de Kerk, die hier uiteengezet is, kunnen onder dit opzicht hulp bieden.

Waar het de omgeving betreft, die tot de gedachte gaat komen, dat een bepaald, door hen niet meer als “menswaardig” beschouwd leven tot een einde gebracht moet worden, willen wij zeggen dat ook voor hen de enige weg, die perspectief biedt, de weg is van zorgvuldige en doordachte zorgzaamheid voor degene die aan hun hoede is toevertrouwd. Enerzijds is dit in onze tijd gemakkelijker dan voorheen, doordat de hulpmiddelen veel doeltreffender zijn, en de financiële consequenties meestal minder onoverkomelijk zijn dan voorheen, doordat zij door de samenleving worden gedragen en niet meer door enkelingen moeten worden opgebracht. Maar anderzijds vraagt het grote offerbereidheid, omdat voor de meesten onder ons het leven zoveel meer mogelijkheden te bieden heeft dan voorheen. Vroeger was de zware zorg voor een langdurige zieke vaak een zinvolle levensvervulling, die weinig andere dingen in de weg stond. Wel moeten we met grote waardering denken aan personen die eigen huwelijkskansen lieten voorbijgaan om één of beide ouders tot hun dood toe te verzorgen. Maar in onze huidige samenleving moet men van veel dingen afstand doen, die men geoorloofderwijze anders allemaal met veel voldoening had kunnen meemaken, wanneer men een zieke de zorg of aandacht moet geven die noodzakelijk zijn. Zelfs het regelmatig bezoeken van een langdurig comateuze patiënt kan al een zware belasting worden na enige tijd. En welk vooruitzicht hebben de ouders van een baby die met een zgn. open ruggetje wordt geboren? Hun wacht een leven van grote offers, en van voorbij-zien-gaan van veel goede en normale verwachtingen voor hun eigen toekomst. Het spreekt vanzelf, dat verwanten, vrienden en bekenden, de samenleving in het algemeen, de buurt, en niet in het minst de kerkgemeenschap, meestal is dat concreet: de parochie, daardoor automatisch ook aangesproken worden. Zulk een situatie is een oproep aan velen om inventief, fijnvoelend en geëngageerd zich in te zetten voor een dergelijk ouderpaar. Christen-zijn is immers per definitie: het lijden van anderen mee op zich willen nemen. Dat deed Onze Heer.

Precies daarin moeten wij de navolging van Christus beoefenen.

In ieder geval zal duidelijk zijn waarom ook de omgeving van een patiënt – zelfs al lijkt de een of ander er soms “onder door te gaan” – nooit af mag sturen op de dood van die patiënt. Dat is lijnrecht in strijd met het meest wezenlijke van het christendom. Men kan en mag nooit een eigen probleem oplossen door de eliminering van een ander. Euthanasie van een ander vragen – dat betekent, dat ik, die in nood ben, mijn eigen nood probeer op te lossen, door een ander menselijk wezen op te offeren. Het eigen probleem wordt op de ander verhaald. Jezus heeft in zijn leven de last van anderen op Zich genomen – onze zonden, onze straf – om daardoor ons te bevrijden. Hij gaf zijn eigen leven prijs om dat van ons te redden. Navolging van Christus kan dan nooit zijn: het leven van een ander prijsgeven om zichzelf uit eigen nood te redden. Het voorbeeld van Jezus leert, dat wij onszelf moeten opofferen om de nood van anderen te lenigen, niet anderen opofferen om eigen nood te lenigen. “Dit is mijn gebod, dat gij elkaar liefhebt, zoals Ik u heb liefgehad. Geen groter liefde kan iemand hebben dan deze, dat hij zijn leven geeft voor zijn vrienden” (Joh. 15, 12). Daarmee is vragen om euthanasie van een ander zozeer in strijd, dat de Kerk trefzeker en onontkoombaar er altijd van overtuigd is geweest, dat daarmee een van de allereerste eisen van de christelijke levenswijze in het geding is. Dat is niet een hoog en nauwelijks bereikbaar ideaal, dat slechts voor enkele bijzonder geroepen is weggelegd, dit is een minimumeis die voor elk christen altijd geldt. Wie ooit echt kiest voor iets wat daarmee in strijd is, is fundamenteel op de verkeerde weg.

Slot

Het zal niemand ontgaan zijn, dat wij met dit alles geen eenvoudige zaken naar voren gebracht hebben. Het christelijk bestaan – zeker waar het gaat om leven en dood – is een weliswaar heerlijke en veelbelovende opgave, maar desniettemin een zware opgave, die het uiterste van ons vraagt. Maar wie zou iets anders hebben verwacht? Als God de mens uitnodigt om het meer op te varen en de netten uit te werpen, dan zullen die netten de rijkdom niet kunnen bevatten en dreigen te scheuren, en de boten zullen tot zinkens toe gevuld worden (vgl. Luc. 5,7). Menselijke vermogens lijken niet opgewassen tegen wat God ons geeft, wanneer Hij gaat geven omdat wij met Hem op vangst zijn gegaan. Aan God ga je stuk. Maar tegelijkertijd maakt God het ons toch mogelijk. Ons vertrouwen kan inderdaad niet op eigen kunnen steunen, maar het mag op Hem steunen. De dingen van het geloof gaan ons te boven. Maar “alles kan voor wie gelooft” (Marc. 9, 23). Een vertrouwvol en deemoedig gebed zal dan op zijn plaats zijn: “Ik geloof, maar kom mijn ongeloof te hulp” (ib., 24).

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.