

HR 21-06-1994, NJ 1994, 656, Chabot

HOGE RAAD (Strafkamer)

21 juni 1994, nr. 96.972

(Mrs. Haak, Mout, Davids, Van Erp Taalman Kip-Nieuwenkamp, Schipper, A-G. Meijers;
m.nt. Sch)

DD 94.407

Arrest op het beroep in cassatie tegen een arrest van het Gerechtshof te Leeuwarden van 30 september 1993 in de strafzaak tegen B.E. Chabot, te Haarlem, adv. mr. E.Ph.R. Sutorius te Arnhem.

Hof:

9. Strafbaarheid.

9.1. Omtrent de strafbaarheid van het boven bewezen en gekwalificeerde feit overweegt het hof, dat namens verdachte een beroep is gedaan op overmacht, in die zin, dat hij zich gesteld zou hebben gezien voor de noodzaak te kiezen uit onderling strijdige plichten, te weten "enerzijds het behoud van het leven van Hilly B., anderzijds het respect voor haar persoon en de uitdrukkelijke wens van dat voor haar ondraaglijke leven afstand te mogen doen" en dat de door hem gemaakte keuze om in de gegeven omstandigheden de in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht strafbaar gestelde hulp bij zelfdoding te verlenen redelijkerwijze gerechtvaardigd is te achten.

9.2. Het hof overweegt, dat met betrekking tot de persoon en het leven van Hilly B. het volgende aannemelijk is geworden:

- Mevrouw B. heeft op 50-jarige leeftijd medicijnen ingenomen die haar op haar verzoek door verdachte waren verstrekt en die, naar zij wist, haar dood zouden bewerkstelligen.
- Zij was op 22-jarige leeftijd in het huwelijk getreden. Uit dat huwelijk, dat nagenoeg vanaf het begin slecht was, waren twee zoons geboren, Patrick en Rodney.
- In juni 1986 pleegde haar oudste zoon Patrick tijdens het vervullen van zijn militaire dienstplicht in Duitsland zelfmoord door zich door het hart te schieten.
- Vanaf dat moment verergerden de huwelijksproblemen.
- Ook manifesteerde zich bij haar een nadrukkelijke doodswens. Blijkens haar eigen uitlatingen leefde zij nog slechts voor haar overgebleven zoon Rodney. Zij gaf te kennen haar leven te willen beëindigen als Rodney haar niet meer nodig had.
- Haar ontredde na het overlijden van Patrick, haar suïcide-gedachten en de escalatie van geweld in haar huwelijk resulteerden van 3 tot 20 oktober 1986 in een opname in de PAAZ-afdeling van het ziekenhuis te Hoogeveen. Daarop volgden poliklinische gesprekken met de psychiater K.A.F. Th. Deze opname en gesprekken hadden echter geen resultaat: naar het oordeel van deze psychiater is zij niet toegekomen aan een besluit om op de één of andere manier toe te werken naar een vorm van acceptatie van het overlijden van Patrick, zij sloot zich daar consequent voor af.
- In december 1988, kort na het overlijden van haar vader, heeft zij haar echtgenoot verlaten. De echtscheiding volgde in februari 1990.
- In november 1990 kreeg Rodney een verkeersongeval. Bij onderzoek in het ziekenhuis werd bij hem een kwaadaardige tumor ontdekt, waaraan hij op 3 mei 1991 is overleden.
- Diezelfde avond deed mevrouw B. een zelfmoordpoging door de medicijnen, die zij sedert 1987 op voorschrift van drs. Th. had gekregen en sedertdien had opgespaard, tegelijk in te nemen. Tevoren had zij vier graven gekocht: voor haar twee zoons, voor haar ex-echtgenoot en voor haarzelf. Zij wilde gelijktijdig met Rodney begraven worden.

- De zelfmoord mislukte en zij kwam ongeveer anderhalve dag later weer bij. Zij was enorm teleurgesteld dat de zelfmoord mislukt was. Direct daarna is zij weer begonnen medicijnen te sparen met de bedoeling daarmee een eind aan haar leven te maken.
- Het sterven ging haar hele leven beheersen. Zij besprak onder meer met haar zuster diverse methoden van zelfmoord en de kans op succes van die methoden.
- Op 16 juni 1991 overhandigde zij aan een jarenlange vriendin een gesloten brief die moest worden bewaard voor het geval een zelfmoord wel zou lukken.
- Patrick werd herbegraven in het door haar gekochte graf, zodanig dat een grafplek voor haar overbleef tussen haar beide zoons in.
- Zij poogde medicijnen te verkrijgen, waarmee zij zichzelf daadwerkelijk van het leven zou kunnen beroven. Zij overwoog ook andere methoden van zelfdoding en sprak daar ook met anderen over, doch vreesde ingeval van een nieuwe mislukking gedwongen psychiatrisch te worden opgenomen of zelfs verminkt voort te moeten leven.
- Mevrouw B. liet aan anderen weten dat zij wilde sterven, maar dat zij dat op een humane manier wilde, zonder daar andere mensen mee te belasten. Zij wilde niet dat andere mensen ongewild geconfronteerd zouden worden met haar zelfmoord.
- Zij meldde zich bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en kwam zo in contact met verdachte, die zich bereid had verklaard tot opvang van mensen die zich om hulp tot die vereniging zouden wenden.
- Met verdachte heeft zij in de periode van 2 augustus tot 7 september 1991 diverse gesprekken gevoerd, in een viertal gespreksrondes van in totaal dertig psychotherapie-uren, ongeveer vierentwintig klokuren.

9.3. Verdachte heeft van zijn onderzoek, dat aan de verleende hulp bij zelfdoding is voorafgegaan een uitvoerig verslag gemaakt en aan de gemeentelijke lijkschouwer overhandigd. Dit onderzoeksverslag bevat een zeer uitgebreide weergave van met mevrouw B. (en haar zuster en zwager) gevoerde gesprekken, een verslag van het psychiatrisch onderzoek, de door verdachte gestelde diagnose, overwegingen van verdachte bij het rouwproces van mevrouw B. en overwegingen rond de afwijzing van hulp. Verdachte is na de beëindiging van de tweede gespreksronde op 11 augustus 1991 begonnen met het raadplegen van een viertal consultants, waarbij hij hen een verslag van zijn bevindingen deed toekomen en de vragen heeft voorgelegd welke relevante aspecten hij in de anamnese en het psychiatrisch onderzoek over het hoofd zag of welke onvoldoende werden belicht en of de consultant zich kon verenigen met de door hem gestelde diagnose. Vanaf de derde gespreksronde op 23, 24 en 25 augustus 1991 zijn naast drie van de vier aanvankelijke consultants door hem nog drie andere geraadpleegd.

9.4. De vraag is aan de orde gesteld of bij mevrouw B. sprake was van een ziekte. Het hof overweegt hieromtrent, dat niet gebleken is van enige somatische aandoening, waaruit de doodswens van mevrouw B. voortvloeide. Wel is vanaf de eerste contacten van haar met de verdachte (brief van 16 juli 1991, een telefoongesprek en daaraan volgend de brief van 29 juli 1991) duidelijk, dat er sprake was van psychische traumata, die in beginsel voor psychiatrische/psychotherapeutische behandeling in aanmerking zouden kunnen komen, op grond waarvan de verdachte gelegitimeerd was om met mevrouw B. een arts-patiënt-relatie aan te gaan, ook al betekende dat, dat hij zich blootstelde aan de kans dat hij het door hem aangegeven conflict van plichten over zich afriep.

Het hof overweegt dat geen der in deze zaak geraadpleegde deskundigen, - zowel op het gebied van de medische als van de ethische discipline -, hulp bij zelfdoding van een persoon, wiens lijden niet een somatische oorzaak heeft en die niet in de stervensfase verkeert, bij voorbaat uitsluit. Dit standpunt stemt overeen met de opvattingen neergelegd in de discussienota van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, die door de raadsman aan het hof is overgelegd, waarin weer wordt aangehaakt bij de inhoud van

een discussienota van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Een en ander houdt in, dat het beroep op noodtoestand niet bij voorbaat kansloos is, op de grond dat medisch-ethisch geen ruimte bestaat voor een afweging als door de verdachte gemaakt. Het hof komt op grond van de inhoud van de in de vorige alinea genoemde bronnen tot de conclusie, dat, ongeacht wat de bron van het lijden uitmaakt, voor de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt de kernvraag is "of er sprake is van een situatie, waarin de patiënt vrijwillig en weloverwogen blijkt geeft van zijn duurzaam verlangen naar de dood en de arts erkent dat de patiënt ondraaglijk lijdt en dit lijden - mede gelet op de stand van de wetenschap - als uitzichtloos mag worden aangemerkt", zoals dit is verwoord in het rapport commissie Euthanasie KNMG van 1984.

Het hof acht de afwezigheid van een somatische grond voor het lijden wel van belang, omdat dat naar het oordeel van het hof meebrengt dat zeer zorgvuldig zal moeten worden vastgesteld, dat de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met een psychiatrische ziekte of aandoening en dat - in verband hiermee - het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig is tot stand gekomen. Of de uit het onderzoek voortvloeiende diagnose wordt aangeduid als een psychiatrisch ziektebeeld, een psychiatrische stoornis of een psychische stoornis of ontregeling acht het hof in dit kader minder relevant.

9.5. Het hof overweegt dat op grond van de uit zijn curriculum vitae blijkende opleidingen en specialisatie verdachte's deskundigheid ligt op het gebied van de psychiatrie en psychotherapie.

Verdachte heeft als zijn deskundig oordeel te kennen gegeven dat van een psychiatrische ziekte, zoals bijvoorbeeld schizofrenie of een vitale depressie, geen sprake was, maar dat - volgens DSM-III-R (Diagnostical Statistic Manual, het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association) - gesproken moest worden van een "stoornis", bestaande in een depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken: in het kader van een gecompliceerd rouwproces. Naar zijn oordeel is er sprake geweest van een intens psychisch lijden van duurzame aard, dat voor mevrouw B. ondraaglijk en uitzichtloos was. Mevrouw B. heeft het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen gedaan: op grond van haar eigen brieven en van de gesprekken blijkt, aldus verdachte, dat zij een besluit nam, waarvan ze de redenen helder en consistent wist duidelijk te maken, terwijl ze er blij van gaf de eigen situatie en de consequenties van haar keuze te overzien.

Ook de afwijzing van de haar aangeboden rouwverwerkingshulp is op dezelfde wijze weloverwogen, aldus het oordeel van verdachte.

9.6. Op grond van de rapporten en verklaringen van de geraadpleegde deskundigen neemt het hof aan, dat bovenvermelde diagnose is gesteld door een deskundig psychiater, die daarbij de uiterste zorgvuldigheid heeft betracht. Het merendeel van de deskundigen onderschrijft zonder enig voorbehoud de door verdachte gestelde diagnose. Geen van de geraadpleegde deskundigen bestrijdt, dat het verzoek van mevrouw B. tot hulp bij zelfdoding weloverwogen is gedaan, terwijl het oordeel dat het lijden voor mevrouw B. duurzaam en ondraaglijk is geweest, door hen is onderschreven. In dit verband wijst de deskundige Van Ree op "de onomkeerbaarheid van de traumatiserende factoren en processen, de lange duur van het bestaan van het voor haar steeds onduelbaarder wordende lijden en haar begrijpelijke en te eerbiedigen weigering van behandeling" en zijn uit door hem verricht suïcideonderzoek gewonnen inzicht, dat vele slachtoffers herhaalde malen pogingen deden en steeds gewelddadiger middelen gingen hanteren. De deskundige Van Dantzig geeft als zijn oordeel, dat het vrijwel zeker is, dat als mevrouw B. was blijven leven er in haar lijden zonder behandeling geen verandering zou zijn opgetreden, welke behandeling in casu alleen in de vorm van een behandeling onder dwang mogelijk zou zijn geweest. Gezien de hardnekkigheid

van haar doodswens en haar reeds eerder ondernomen suïcidepoging acht hij het vrijwel zeker, dat zij zich door zelfdoding aan die behandeling zou hebben onttrokken. Ter zitting in eerste aanleg verklaart deze deskundige dat naar zijn oordeel mevrouw B. inderdaad uiteindelijk op een gewelddadige manier een eind aan haar leven gemaakt zou hebben, omdat alles erop wijst dat ze tot alles in staat zou zijn, ook die harde dood. De deskundige Mittendorff acht de kans op spontaan herstel of op een zodanige verbetering in de beleving van haar levenssituatie dat deze voor haar verdraagbaar wordt zeer gering. De doodswens is sterk en invoelbaar. Hij acht de kans dat ze zonder hulp met zachte middelen een harde methode zou gaan gebruiken groot. De deskundige Giel geeft als zijn oordeel hieromtrent, dat zij zich in de uitzichtloze situatie overeind houdt met de gedachte er straks niet meer te zijn. De deskundige Schudel geeft aan, dat uit het dossier voldoende blijkt, dat mevrouw B. vastbesloten was haar leven te (doen) beëindigen. Dat zij daartoe eventueel een gewelddadige methode zou hebben aangewend lijkt hem aannemelijk.

Voor de deskundige Van Tol staan de nood van mevrouw B. en de afwijzing van therapeutisch contact evenmin ter discussie. Ook de niet specifiek psychiatrisch of psychotherapeutisch geschoolde deskundigen onderschrijven in deze opzichten de conclusies van verdachte.

9.7. Het hof neemt tevens aan op grond van de inhoud van het onderzoeksverslag en de verklaringen van de deskundigen, dat verdachte uitgebreid en veelvuldig in zijn gesprekken met mevrouw B. heeft gepoogd haar te bewegen tot het aanvaarden van enige vorm van therapie, waarbij hij, - ook in dit opzicht -, niet alleen op eigen expertise heeft vertrouwd, maar bij consultants de therapeutische mogelijkheden om haar "naar het leven terug te brengen" heeft onderzocht om in dat opzicht in de contacten met mevrouw B. niets onbeproeft te laten. Het hof neemt daarbij tevens aan, dat mevrouw B. de haar aangeboden hulp heeft afgewezen in het volle besef van wat zij afwees.

9.8. Gelet op het bovenstaande komt het hof tot het oordeel, dat verdachte na afloop van de vierde gespreksronde met mevrouw B. heeft mogen concluderen, dat hij werd geconfronteerd met de persistente doodswens van een wilsbekwame vrouw, die duurzaam ondraaglijk leed en die hij niet voor enige behandeling van haar lijden kon motiveren, zodat hij op dat moment voor de vraag gesteld werd of hij het verzoek om hulp bij zelfdoding zou inwilligen of (vooralsnog) zou weigeren de gevraagde hulp te verlenen.

Daarbij overweegt het hof het volgende. Ten aanzien van de vraag of er enig behandelingsperspectief was geeft de deskundige Schudel aan, dat uitgaande van de door verdachte gestelde diagnose sprake is van een "althans theoretisch, behandelbare aandoening".

In zijn visie kan van uitzichtloosheid pas worden gesproken, wanneer dat "psychiatrisch ziektebeeld" naar actueel medisch inzicht adequaat doch tevergeefs is behandeld. In het concrete geval zou naar het oordeel van deze deskundige een eventuele behandeling waarschijnlijk van lange duur zijn geweest, terwijl de kans dat herstel, c.q. een aanmerkelijke verbetering van haar psychische conditie zou zijn opgetreden, bescheiden moet worden geacht. De meeste andere deskundigen achten een eventueel theoretisch behandelingsperspectief niet van belang, aangezien een psychotherapeutische behandeling slechts op vrijwillige basis met inzet van de hulpvrager mogelijk is of in de vorm van een dwangbehandeling, waarvoor in casu geen rechtsgrond aanwezig was. Geen van de deskundigen heeft in deze zaak een concreet behandelingsperspectief aanwezig geacht.

9.9. Verdachte heeft zich, ondanks de persistente weigering van mevrouw B. enige rouwbehandeling te accepteren, georiënteerd omtrent de mogelijkheden van therapie, wanneer ze wél zou willen meewerken.

Hieromtrent is door de consulent Mittendorff in zijn brief van 6 september 1991 aan verdachte als zijn, - door geen der overige deskundigen naderhand aangevochten - oordeel meegedeeld:

"Als ze wel een therapie zou willen schat ik de succeskans daarvan laag op grond van de volgende overwegingen:

1. Het gaat hier om herhaalde traumatisering van zeer ernstige aard. Het (plotseling) verlies van een eigen kind geldt als de meest heftige stressor in een mensenleven.
2. Het interval sinds het eerste trauma - dit is 5 jaar geleden. Hoe sneller na een gebeurtenis de verwerkingshulpverlening kan worden gestart, hoe groter de kans op succes.
3. Het feit dat ze alleen woont en er geen intieme partner-relatie is. Een dergelijke relatie biedt doorgaans een steunend kader. Ontbreken daarvan vermindert de kans op succes.

Het meest waarschijnlijke verloop is dan een zeer pijnlijke en langdurige psychotherapie resulterend in slechts een gedeeltelijke verbetering. Waarschijnlijk is dat ze dan tot in lengte van jaren heftige smart en gevoelspijn zal moeten lijden - samenhangend met het verlies van haar twee zonen, die de kern en de zin van haar bestaan zijn geweest.

Zonder psychotherapie is in de huidige situatie geen verandering te verwachten."

Het hof acht aannemelijk hetgeen verdachte ter terechtzitting van het hof heeft verklaard, namelijk dat hij, wanneer er een behandeling mogelijk was geweest met een reële kans op resultaat binnen een overzienbare termijn, druk op mevrouw B. was blijven uitoefenen om zo'n behandeling te ondergaan en, als zij bij de weigering een behandeling te ondergaan zou zijn gebleven, de hem gevraagde hulp niet zou hebben verleend.

9.10. Verdachte heeft, - geconfronteerd met deze situatie -, het als een op hem rustende plicht gezien, dat hij mevrouw B. niet naar eigen onzekere en mogelijk gruwelijke weg naar de dood liet gaan, maar haar verlangen naar een waardig einde zou honoreren. De deskundigen zijn zonder uitzondering van oordeel, dat hij de conflicterende belangen zeer zorgvuldig heeft afgewogen.

9.11. De vraag rijst of verdachte op een tweetal punten in zorgvuldigheid te kort is geschoten, doordien hij tot zijn besluit is gekomen na een relatief kortdurend contact met mevrouw B., zonder dat zij door een onafhankelijke, ter zake deskundige psychiater is onderzocht. De deskundige Van Tol plaatst kanttekeningen bij de korte tijdsspanne die gelegen is tussen het begin van het contact tussen verdachte en mevrouw B. en de beslissing om de gevraagde hulp te verlenen. Hij zou de voorkeur hebben gegeven aan een ruimere spatiëring van de gesprekken, met name om een hulpverleningsrelatie geleidelijker te laten groeien. Dan zou niet uitgesloten zijn dat de hulpvraag minder dwingend zou worden en dan zou de hulpverlener minder risico lopen op het insluipen van ethisch onzuivere motieven bij de beslissing om de gevraagde hulp te verlenen. Hiermee samenhangend is hij van oordeel, dat een consulent die adviseert de gevraagde hulp te verlenen bij voorkeur persoonlijk de hulpvrager zou moeten zien. "De grotere afstand die de consulent tot de betrokkene heeft, vrijwaren de consulent voor een eventuele te grote betrokkenheid die bij de hulpverlener zou kunnen zijn ontstaan (een te sterke positieve tegenoverdracht). Dit, tezamen met het beeld dat de consulent zich - ook in een of twee gesprekken - van betrokkene kan vormen, is naar mijn mening een voorwaarde die voor het nemen van de betreffende finale beslissing gesteld zou moeten worden, ter bescherming van zowel de betrokkene als ook van de hulpverlener." Ook de deskundige Schudel is van oordeel, dat een consulent die op grond van de schriftelijke informatie tendeert naar de opvatting dat het verzoek tot hulp bij zelfdoding zou moeten worden ingewilligd, de hulpvrager zelf zou moeten spreken c.q. onderzoeken, teneinde de intentie van de hulpvrager zelf professioneel te toetsen en om op die wijze te voorkomen, dat door eventuele persoonlijke betrokkenheid van de consultatie-vragende arts onzorgvuldigheden ("blinde vlekken") in de besluitvorming optreden.

Het hof overweegt hieromtrent het navolgende.

Noch de deskundige Schudel, noch de deskundige Van Tol verbinden aan de door hen uitgesproken wenselijkheid de conclusie, dat in casu de beslissing van verdachte is beïnvloed door ethisch onzuivere motieven. Schudel concludeert, dat uit de minutieuze verslaglegging door verdachte stellig niet op te maken valt dat tegenoverdrachtsverschijnselen in zijn begeleiding van mevrouw B. storende factoren zijn geweest. De deskundige Van Tol geeft niettegenstaande zijn opvatting omtrent hetgeen wenselijk is te kennen, dat door verdachte bij het nemen van zijn beslissing de strengste zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen en geeft als zijn oordeel, dat hij - na de gespatieerde gesprekken die hij zelf voor het nemen van een beslissing nodig geacht zou hebben - wellicht tot dezelfde conclusie zou zijn gekomen als verdachte. Hij voegt daaraan toe, dat de redenen, waarom verdachte heeft verkozen mevrouw B. niet te doen zien door een van de geconsulteerde collegae hem heel aanvaardbaar voorkomen. Deze door de deskundige Van Ree onderschreven redenen zijn, dat een of twee contacten niet meer zouden hebben opgeleverd dan een standaardverhaal, terwijl voor het maken van (Van Ree: zoeken naar) therapeutische ingangen een dergelijk contact volstrekt onvoldoende zou zijn geweest. De deskundige Van Ree heeft geen enkele aanwijzing gevonden voor onzuiverheden als bovenbedoeld bij de totstandkoming van de beslissing. De deskundige Van Dantzig geeft aan, dat naar zijn oordeel het zeer onwaarschijnlijk is dat in dit geval een second opinion enig verschil had gemaakt.

Ter terechtzitting in eerste aanleg en in hoger beroep geeft hij als zijn mening, dat het buitengewoon onwaarschijnlijk is, dat een andere psychiater tot een andere conclusie zou zijn gekomen dan verdachte. De deskundige Giel constateert empathie bij verdachte, blijkende uit de intensieve benadering en uit de rapportage, en gevoelens van afschuw, blijkende uit zijn door een van de getuigen gemelde "verbleken" op het moment dat hij aan de definitieve keuze voor hulp bij zelfdoding toekomt.

Evenmin heeft een van de andere geraadpleegde deskundigen enige aanwijzing gevonden, dat het ontbreken van een second opinion afbreuk heeft gedaan aan de zorgvuldigheid van de beslissing.

Het hof treedt niet in de beoordeling van de vraag of in het algemeen een onderzoek door een tweede psychiater nodig is in het geval dat het lijden van een persoon niet de resultante is van een somatische aandoening. Immers, ook al zou die eis worden gesteld, dan nog kan in een concreet geval zonder dat aan die eis is voldaan een beroep op noodtoestand slagen.

Wel van belang is hier, dat de procureur-generaal aan het ontbreken van hetgeen hij een contra-expertise noemt, de conclusie verbindt, dat er in casu sprake is van een wankele basis, omdat het hier betreft een eenzijdige en oncontroleerbare beoordeling. Het hof kan de procureur-generaal hierin niet volgen. Immers, als informatiebron omtrent de persoon van mevrouw B. en omtrent hetgeen haar heeft bewogen zijn beschikbaar de door haar zelf geschreven brieven, de informatie van haar naaste omgeving en de beoordeling van haar persoon en omstandigheden door haar huisarts en door de psychiater drs. K.A.F.Th. De inhoud van het onderzoek dat door verdachte is uitgevoerd kan aan die informatie worden getoetst. In de tweede plaats is het hof op grond van de inhoud van het dossier en de indruk die verdachte ter terechtzitting van het hof heeft gemaakt er van overtuigd, dat bij verdachte vanaf het begin de intentie heeft bestaan zijn handelen in dezen volledig controlebaar te stellen en in dat verband de zaak zo minutieus en zo zuiver mogelijk te presenteren. Een en ander heeft geleid tot een zeer uitgebreide verslaglegging, waarvan het waarheidsgehalte voor het hof niet ter discussie staat. De presentatie van de casus door verdachte is voor de consulenten, - met name ook diegenen die het verlenen van de gevraagde hulp bij zelfdoding niet afwezen - ten tijde van de consultatie kennelijk voldoende geweest om, zonder zelf mevrouw B. te hebben gezien, in stellige bewoordingen te oordelen, terwijl geen der deskundigen, achteraf beschouwd, van oordeel is dat verdachte in zorgvuldigheid is tekortgeschoten.

Het hof is dan ook van oordeel, dat in casu het achterwege blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek niet in de weg staat aan een beroep op noodtoestand.

9.12. Het hof overweegt tenslotte, dat de uitvoering van de hulp bij zelfdoding gewetensvol en zorgvuldig is geweest.

9.13. Het hof komt tot de volgende slotsom.

Gelet op de bijzondere omstandigheden van het onderhavige geval, te weten:

- de, gezien de aard van de traumatiserende gebeurtenissen, haar persoon en haar omstandigheden, invoelbare diepte van het lijden van deze vrouw,
- haar daarmee samenhangende uitzonderlijke vastberadenheid om, - ondanks zeer intensieve pogingen van verdachte haar te bewegen enige vorm van therapie te aanvaarden -, aan het door haar als ondraaglijk ervaren lijden een einde te maken door haar eigen dood te zoeken,
- de afwezigheid van enige therapie, die - ook al zou zij die willen - op onvoorzienbare termijn haar lijden zou kunnen verlichten,

heeft zich naar het oordeel van het hof een situatie voorgedaan die naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen als een noodtoestand kan worden aangemerkt.

De keuze van verdachte om in deze situatie mevrouw B., ondanks haar weigering om een behandeling te ondergaan, de gevraagde hulp bij haar zelfdoding te verlenen teneinde te voorkomen dat zij op een andere, voor haar mogelijk ontluisterende en voor anderen mogelijk belastende wijze, haar eigen dood zou bewerkstelligen is naar het oordeel van het hof als redelijkerwijze gerechtvaardigd te beschouwen.

Het hof zal derhalve verdachte ontslaan van alle rechtsvervolging, omdat hij heeft gehandeld in noodtoestand.

Cassatiemiddelen (procureur-generaal Leeuwarden):

I. Schending of verkeerde toepassing van het recht, in het bijzonder van art. 40 en 294 Sr., dan wel verzuim van vormen, waarvan de niet-naleving nietigheid ten gevolge heeft, in het bijzonder de art. 358 lid 2 en 359 lid 2 Sv, door te oordelen dat hulp bij zelfdoding van een persoon, wiens lijden niet een somatische oorsprong heeft en die niet in de stervensfase verkeert, onder omstandigheden door noodtoestand gerechtvaardigd kan zijn.

Toelichting

(...)

In dit middel wordt het oordeel van het Hof op twee te onderscheiden, maar nauw samenhangende gronden aangevochten.

Allereerst wordt er dezerzijds gesteld dat er naar geldend recht geen sprake kan zijn van noodtoestand aangezien de patiënte niet in een stervensfase verkeert, terwijl in de tweede plaats wordt betoogd dat in de medische wereld op het punt van de hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische problematiek geen communis opinio bestaat.

Derhalve kan niet worden gezegd dat er sprake van is dat verdachte heeft gehandeld naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar geldende normen van medische ethiek. Beide facetten worden in het onderstaande nader uitgewerkt.

Door noodtoestand in casu van toepassing te achten waar het betrof een patiënte wier lijden louter van psychische oorsprong is, heeft het Hof ruimte geboden voor medische levenbeëindiging bij verschillende categorieën patiënten, waarbij nog in het geheel geen sprake is van een onafwendbaar naderend levenseinde.

Het Hof gaat daarmee naar mijn oordeel voorbij aan het feit dat de jurisprudentie van de Hoge Raad tot op heden betrekking heeft op patiënten wier lijden in overwegende mate voortvloeide uit een somatische aandoening.

Door aldus te oordelen heeft het Hof blijk gegeven van een onjuiste rechtsopvatting van het begrip noodtoestand, althans is dit oordeel onvoldoende met redenen omkleed.

Hieraan doet niet af de vaststelling van het Hof in het onderhavige geval van een uitzonderlijke vastberadenheid van mevr. B. om - ondanks zeer intensieve pogingen van verdachte haar te bewegen enige vorm van therapie te aanvaarden - aan het door haar als ondraaglijk ervaren lijden een einde te maken door haar eigen dood te zoeken.

(...)

Daarnaast rijst de vraag hoe deze uitspraak van het Hof zich verhoudt tot de uitspraak van de Hoge Raad weergegeven in HR 3 mei 1988 NJ 89, 391.

In dit arrest hecht de Hoge Raad immers veel gewicht aan de vaststelling van het Hof dat de ziekte waaraan mevr. R.-S. leed niet terminaal was en ook niet kort te voren een min of meer ernstige wending had genomen.

Ik wijs er op dat de kern uit dit arrest nadien nagenoeg letterlijk is weergegeven in het kabinetsstandpunt inzake medische beslissingen rond het levenseinde (Kamerstukken II, 20383 nr. 14). Het kabinet heeft uit deze jurisprudentie - mijns inziens terecht - de conclusie getrokken dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet-terminale fase van een ziekteproces waarin niet op korte termijn een verslechtering te verwachten is.

Deze conclusie - hierop wijs ik ten overvloede - is noch tijdens het debat in de Tweede Kamer op 1, 2 en 7 april 1992, noch tijdens de mondelinge beraadslaging in de Tweede Kamer over wetsvoorstel 22.572 op 2 en 3 februari 1993, in twijfel getrokken.

In zijn noot onder voornoemd arrest NJ 89, 391 merkt de annotator Mulder op:

"De beslissing van het HR komt dus met andere woorden hierop neer dat in een niet terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn een verslechtering is te duchten, de medicus voor levensbehoud moet opteren."

II. Schending of verkeerde toepassing van het recht, in het bijzonder van de art. 40 en 294 Sr., dan wel verzuim van vormen, waarvan niet-naleving nietigheid ten gevolge heeft, in het bijzonder de art. 358 lid 2 en 359 lid 2 Sv, door te oordelen dat het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig tot stand is gekomen, terwijl bij de hulpvraagster sprake was van een stoornis, bestaande in een depressie in engere zin (...).

Toelichting:

Fundamenteel is de vraag of bij een psychiatrische patiënt wel sprake kan zijn van een vrije wilsbepaling.

Indien deze vraag bevestigend zou kunnen worden beantwoord is vervolgens aan de orde of het begrip noodtoestand ruimte biedt voor het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten bij wie het ondraaglijk lijden uitsluitend of in hoger mate van psychische of psychiatrische oorsprong is. Het Hof stelt in rechtsoverweging 9.4 dat het er niet toe doet of er sprake was van een psychiatrisch ziektebeeld, psychiatrische stoornis of psychische stoornis.

Naar mijn oordeel is de vaststelling daarvan evenwel van essentieel belang om te kunnen bepalen in hoeverre iemand in beginsel in staat is tot vrije wilsbepaling.

Hieraan doet niet af dat mevr. B., naar het oordeel van het Hof, haar verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen heeft gedaan.

Ik wijs op een in het rapport van de Commissie Remmelink (blz. 19) aangehaalde passage uit de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 29 maart 1990 (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1990/77, m.n. mw. mr. W.R. Kastelein) die voor zover hier van belang als volgt luidt:

"(...) het blijft voor het Centraal College moeilijk om vast te stellen of de wil van de (psychiatrische) patiënt niet sterk beïnvloed wordt door zijn ziekte, te weten zijn depressie. De vraag of het doodsverlangen en de daarmee samenhangende diepte van het lijden van deze niet terminale patiënt voortkomt uit, samenhangt met, of deel uitmaakt van zijn depressie is dan ook nauwelijks definitief te beantwoorden."

Uit de hierboven weergegeven overweging van het Centraal Medisch Tuchtcollege volgt dat binnen de medische stand geen overeenstemming bestaat over de vraag of een psychiatrische patiënt werkelijk in staat is in vrijheid zijn wil te bepalen.

Dit laatste geldt evenzeer voor een psychiatrische patiënt bij wie, gelijk in casu door het Hof is vastgesteld, weliswaar geen sprake was van een psychiatrische ziekte in engere zin doch wel van psychische traumata die in beginsel voor psychiatrische/psychotherapeutische behandeling in aanmerking zouden kunnen komen.

Materieel vereiste voor een honorering van het beroep op noodtoestand is dat het verzoek van de patiënt in volstrekte vrijheid is gedaan. Nu de vrijwilligheid van een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt te allen tijde aan twijfel onderhevig blijft, heeft het Hof door zijn hierboven weergegeven oordeel blijk gegeven van een onjuiste rechtsopvatting, althans is die rechtsopvatting onvoldoende gemotiveerd nu die tegenstrijdige kenmerken vertoont.

III. Schending of verkeerde toepassing van het recht, in het bijzonder van art. 40 en 294 Sr. dan wel verzuim van vormen waarvan de niet-naleving nietigheid ten gevolge heeft, in het bijzonder de art. 358 lid 2 en 359 lid 2, door te oordelen dat, wat er zij van de vraag of in het algemeen een onderzoek door een tweede psychiater nodig is in het geval dat het lijden van een persoon niet de resultante is van een somatische aandoening, ook al zou die eis worden gesteld, dan nog in een concreet geval zonder dat aan die eis is voldaan een beroep op noodtoestand kan slagen.

Toelichting:

De Hoge Raad heeft in eerdere arresten (NJ 1985-106, NJ 1988-157 en NJ 1989-391) uitgemaakt dat onvoldoende consultatie niet-strafbaarheid op grond van noodtoestand niet zonder meer uitsluit.

Bij een beroep op noodtoestand wordt beoordeeld of de verdachte heeft gehandeld naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht volgens in de medische ethiek geldende normen.

In zijn dissertatie "Volgens de regelen van de kunst" (Gouda Quint 1992) betoogt Wöretshofer dat de Hoge Raad aldus de "medische exceptie" in de "noodtoestand" verpakt. (Zie de beschouwingen van prof. R Emmelink in Themis 1993 nr. 8 over dit academische proefschrift.)

Opgemerkt zij dat voornoemde arresten alle betroffen zaken waarin het lijden zijn oorsprong vond in een somatische aandoening.

De onderhavige zaak onderscheidt zich in dit opzicht duidelijk van de zaken waar het in bedoelde arresten om ging, omdat in casu sprake was van lijden dat in geen enkel opzicht voortvloeide uit een somatische aandoening, doch louter van psychische aard was.

Ik verwijs naar de noot van Mulder onder NJ 89, 391 waarin de annotator opmerkt: "Dat de consultatie van collega's toch wel heel belangrijk zou kunnen zijn volgt uit de onherstelbaarheid van de euthanasie; waar consultatie bij zwaarwegende beslissingen zoals een riskante operatie aangewezen lijkt zou men dit ook kunnen verwachten bij een beslissing het leven van een patiënt op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen te beëindigen".

Hoeveel te meer geldt dit voor patiënten met een psychiatrisch of een psychisch defect omdat de diagnose in die gevallen veel diffuser is, waardoor de kans op beoordelingsfouten ook vele malen groter is. Naast een diagnose aangaande het ziektebeeld moet immers worden vastgesteld of de patiënt in vrijheid en weloverwogen zijn wil kenbaar heeft kunnen maken. Hoe minder zekerheid omtrent de wilsuiting bestaat, hoe meer waarborgen rond de besluitvorming nodig zijn.

Naar mijn inzicht mag het oordeel van ten minste één deskundige die de patiënt zelf heeft gezien, in een mate als door hem wenselijk wordt geoordeeld, nimmer ontbreken.

In gevallen van lichamelijk lijden bestaat bovendien aanzienlijk meer communis opinio over het geoorloofd zijn van euthanasie of hulp bij zelfdoding terwijl de ondraaglijkheid en de doodswens veel meer invoelbaar zij. Deze zijn als het ware beter te meten.

In dit verband wijs ik op het inmiddels bij de Eerste Kamer aanhangige wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de Lijkbezorging (Kamerstuk 22.572) met betrekking tot de euthanasie.

Dat wetsvoorstel beoogt een wettelijke grondslag te bieden voor de zogeheten meldingsprocedure euthanasie. Door de regering is inmiddels aangekondigd (zie memorie van antwoord aan de Eerste Kamer betreffende het hiervoor bedoelde wetsvoorstel) dat deze meldingsprocedure en de daarin opgenomen aandachtspunten betreffende de door een arts bij de toepassing van euthanasie in acht te nemen zorgvuldigheid nader zullen worden aangescherpt en gepreciseerd, onder meer op het punt van de consultatie van een tweede psychiater in de gevallen dat het lijden een psychische oorsprong heeft.

De vastlegging van deze eis vormt de neerslag van reeds bestaande medische inzichten en maatschappelijke opvattingen.

Daarnaast wijs ik erop dat uit het standpunt van de KNMG uit 1984 reeds bleek dat onderzoek door een tweede onafhankelijke deskundige nodig was. A fortiori geldt, volgens medisch inzicht, dat voor hulp bij zelfdoding bij een psychisch lijdende patiënt, deze raadpleging eveneens nodig is.

Een en ander zou, ware het anders, tot de ongerijmde conclusie moeten leiden dat bij hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt uiteindelijk minder zorgvuldigheidseisen in acht zouden behoeven te worden genomen dan bij een verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt met somatische aandoening.

Door te oordelen dat in casu het achterwege blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek niet in de weg staat aan een beroep op noodtoestand, hetgeen betekent dat naar 's Hofs oordeel jegens verdachte sprake is van zorgvuldig medisch handelen, miskent het Hof dat voor de beoordeling van psychiatrische cq psychische patiënten een contra-expertise noodzakelijk is omdat jegens die patiënten in zijn algemeenheid niet kan worden gezegd dat zij in vrijheid en weloverwogen hun wil kunnen bepalen ondanks het feit dat er veelal wel sprake is van een uitdrukkelijke wilsuiting, al dan niet als uitvloeisel van hun ziekte.

Ik verwijs hier naar de Memorie van Antwoord aan de Eerste Kamer van 10 juni 1993 met betrekking tot de voorgestelde wijziging van de Wet op de Lijkbezorging.

(...)

Hoge Raad:

4. Inleidende beschouwingen

4.1. Het gaat in de onderhavige zaak om een arts (psychiater) die heeft aangevoerd dat hij heeft gehandeld in noodtoestand toen hij zijn patiënte, bij wie naar zijn oordeel sprake was van een intens psychisch lijden van duurzame aard, op haar herhaald verzoek behulpzaam is geweest bij zelfmoord.

Het Hof heeft het beroep op noodtoestand gegrond geacht. De middelen bestrijden 's Hofs beslissing met rechts- en motiveringsklachten.

4.2. Het verlenen van hulp bij zelfmoord (ook wel zelfdoding genoemd) is strafbaar gesteld bij art. 294 Sr. In het bijzonder gedurende het laatste decennium heeft een publiek debat plaatsgehad over de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding, waarbij ook de vraag of de zojuist genoemde bepaling diende te worden gewijzigd onder ogen is gezien. Dat heeft echter niet tot een wijziging geleid. Wetsontwerpen van die strekking zijn verworpen onderscheidenlijk ingetrokken. Van deze strafbaarstelling dient derhalve onverminderd te worden uitgegaan.

4.3. Omstandigheden kunnen in een individueel geval echter meebrengen dat het verlenen van hulp bij zelfdoding, evenals het toepassen van euthanasie, niettemin gerechtvaardigd kan worden geacht, te weten indien moet worden aangenomen dat daarbij is gehandeld in noodtoestand, dat wil zeggen - in het algemeen gesproken - dat de pleger van het feit, staande voor de noodzaak te kiezen uit onderling strijdige verplichtingen, de zwaarstwegende is nagekomen. In het bijzonder een arts kan in noodtoestand komen te verkeren, wanneer hij gesteld wordt voor de noodzaak te kiezen tussen enerzijds de plicht tot behoud van het leven en anderzijds de plicht om als arts al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een aan zijn zorgen toevertrouwde patiënt te verlichten.

4.4. Indien een arts, die euthanasie bij een patiënt heeft toegepast of die aan deze de noodzakelijke middelen heeft verschaft tot zelfdoding, aanvoert dat hij heeft gehandeld in noodtoestand, dient de rechter te onderzoeken - want dat is bij uitstek de taak van de rechter - of de arts, in het bijzonder volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en overeenkomstig in de medische ethiek geldende normen, uit onderling strijdige plichten een keuze heeft gedaan die, objectief beschouwd en tegen de achtergrond van de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd is te achten. Daarbij verdient te worden opgemerkt dat de in de praktijk sedert 1 november 1990 voor een behandelend arts geldende meldingsprocedure voor gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan de hand van zogenaamde aandachtspunten - welke procedure door de totstandkoming van de Wet tot wijziging van de Wet op de lijkbezorging (Stb. 1993, 643) een wettelijke grondslag heeft gekregen - geen materiële criteria verschaft bij welke inachtneming de door de arts toegepaste euthanasie of diens verlening van hulp bij zelfdoding zonder meer gerechtvaardigd is. De meldingsprocedure biedt een structuur die het de behandelend arts mogelijk maakt verantwoording af te leggen van zijn handelen en die het openbaar ministerie onderscheidenlijk de rechter in staat stelt om dat handelen te toetsen.

4.5. In cassatie moet worden uitgegaan van 's Hofs vaststelling in rechtsoverweging 9.5 van het bestreden arrest, dat verdachtes patiënte, mevrouw B., in de termen van DSM-III-R (Diagnostical Statistic Manual, het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association), aan een stoornis leed, bestaande in een depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces.

5. Beoordeling van het eerste middel

5.1. Het middel berust in al zijn klachten op de opvatting dat hulp bij zelfdoding door een arts aan een patiënt als de onderhavige, bij wie geen somatisch lijden aanwezig is en die niet in de stervensfase verkeert, nimmer kan worden gerechtvaardigd.

5.2. Deze opvatting kan niet als juist worden aanvaard. De specifieke aard van noodtoestand welke afhankelijk van de weging en waardering achteraf van de bijzondere omstandigheden van het geval kan leiden tot 's rechters oordeel dat het feit gerechtvaardigd was, verzet zich tegen een algemene beperking als waarvan het middel uitgaat. Een beroep op noodtoestand is dan ook niet zonder meer uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in de stervensfase verkeert. Naar 's Hofs in cassatie op zichzelf niet bestreden vaststelling wordt toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt in dergelijke gevallen niet zonder meer onaanvaardbaar geacht. Bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval het lijden van een persoon als zo ondraaglijk en uitzichtloos moet worden aangemerkt, dat een handelen in strijd met het in art. 294 Sr vervatte verbod gerechtvaardigd moet worden geacht omdat er sprake is van noodtoestand, moet dit lijden in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Dit neemt niet weg dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan

moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. Daarom dient het onderzoek van de rechter of in dergelijke gevallen sprake is van noodtoestand met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

5.3. Uit het hiervoren onder 5.2 overwogene volgt dat het middel niet tot cassatie kan leiden.

6. Beoordeling van het tweede en van het derde middel

6.1. De Hoge Raad zal de middelen gezamenlijk behandelen.

In het tweede middel wordt primair aangevoerd dat bij een psychiatrische patiënt nimmer sprake kan zijn van een vrije wilsbepaling met betrekking tot een verzoek tot hulp bij zelfdoding; subsidiair behelst het middel een motiveringsklacht tegen 's Hofs oordeel dat te dezen sprake is van een zodanige vrije wilsbepaling.

Het derde middel komt op tegen het oordeel van het Hof dat het achterwege blijven van een onderzoek van mevrouw B. door een tweede psychiater aan de gegrondheid van het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand niet in de weg kan staan.

6.2. De in de primaire klacht van het tweede middel vervatte stelling is in zijn algemeenheid onjuist. In de rechtsoverwegingen 9.4 en 9.5 van het bestreden arrest ligt het oordeel besloten dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Dat oordeel geeft op zichzelf niet blijk van een onjuiste rechtsopvatting. De subsidiaire klacht van het tweede middel is echter gegrond, zulks mede tegen de achtergrond van de in het derde middel opgeworpen klachten.

6.3.1. Zoals hiervoren onder 5.2 is overwogen dient, in gevallen waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening, de beoordeling door de rechter of hulp bij zelfdoding in de omstandigheden van het geval door noodtoestand is gerechtvaardigd, met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

6.3.2. Indien een arts, die zijn patiënt hulp bij zelfdoding verleent, heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijke collega, behoeft zulks niet uit te sluiten dat later de rechter, door zijn onderzoek naar de omstandigheden van het geval, niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand en deswege niet strafbaar is te achten. Dit is evenwel anders in een geval als het onderhavige.

6.3.3. In een geval als het onderhavige, dat kan worden gekenmerkt als te behoren tot de in 6.3.1 omschreven gevallen, behoort de rechter aan zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige zoals bedoeld in 6.3.2 die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht. In verband met 's rechters oordeelsvorming ten aanzien van de vraag of aanvaarding van noodtoestand strookt met maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Verder zal deze deskundige in zijn onderzoek moeten betrekken de beantwoording van de vraag, of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens beslisvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

6.3.4. Bij gebreke van een zodanig oordeel van een deskundige die mevrouw B. heeft gezien en onderzocht had het Hof niet tot het oordeel kunnen komen, dat de verdachte als behandelend psychiater voor een onontkoombaar conflict van plichten stond en in die situatie

een gerechtvaardigde keuze heeft gedaan. Bij die stand van zaken had het Hof het beroep op noodtoestand moeten verwerpen.

6.4. Het derde middel en in verband daarmee ook de motiveringsklacht van het tweede middel zijn derhalve gegrond.

7. Slotsom en afdoening van de zaak

7.1. Het vorenstaande leidt ertoe dat de bestreden uitspraak ten aanzien van de beslissing omtrent de strafbaarheid van het feit en van de verdachte moet worden vernietigd, en dat de zaak in zoverre zou moeten worden verwezen.

7.2. Het na verwijzing mede naar aanleiding van de gegrondheid van het derde middel door de rechter te verrichten onderzoek zal echter - in aanmerking genomen dat in feitelijke aanleg niet is aangevoerd of gebleken dat alsnog kan worden beschikt over de onderzoeksbevindingen van een deskundige, zoals bedoeld in 6.3.3, en de gedingstukken zodanig rapport ook niet inhouden zodat de rechter, indien de zaak wordt verwezen, de inhoud van een dergelijke rapportage niet mede aan zijn oordeel ten grondslag zal kunnen leggen - onafwendbaar moeten leiden tot de conclusie dat het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand moet worden verworpen. Om redenen van een doelmatige rechtspleging doet de Hoge Raad dit thans zelf.

7.3. De omstandigheid dat, zoals uit het vorenoverwogene voortvloeit, het beroep op noodtoestand dient te worden verworpen, leidt - in aanmerking genomen dat door of namens de verdachte geen beroep is gedaan op een andere strafuitsluitingsgrond - tot de beslissing dat het bewezenverklaarde, door het Hof gekwalificeerd als "opzettelijk een ander bij zelfmoord behulpzaam zijn, terwijl de zelfmoord volgt", strafbaar gesteld bij art. 294 Sr, strafbaar is en dat de verdachte deswege strafbaar is.

De persoonlijkheid van de verdachte alsmede de omstandigheden waaronder het bewezenverklaarde feit is begaan, een en ander zoals door het Hof in de bestreden uitspraak tot uitdrukking is gebracht, geven bijzondere redenen welke ertoe leiden dat de Hoge Raad met toepassing van artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht geen straf of maatregel zal opleggen.

8. Beslissing

De Hoge Raad:

Vernietigt de bestreden uitspraak, behoudens voor zover daarbij het beroepen vonnis van de Rechtbank is vernietigd, doch uitsluitend voor wat betreft de beslissing dat het feit niet strafbaar is en dat de verdachte niet strafbaar is en dat de verdachte is ontslagen van alle rechtsvervolging;

Verklaart het feit strafbaar en de verdachte deswege strafbaar;

Bepaalt met aanhaling van artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht dat aan de verdachte geen straf of maatregel wordt opgelegd.

Conclusie A-G mr. Meijers:

1. Op 28 september 1991 is de 50-jarige vrouw H.T.B. in haar woning te Ruinen gestorven, kort nadat zij in aanwezigheid van een vriendin, van de psychiater B.E. Chabot en van een huisarts de middelen (3 gram dextropropoxyfeenhydrochloride, opgelost in vla, en, opgelost in 100 ml. drank, 9 gram secobarbitalnatrium en 3 gram orfenadrinehydrochloride.) had ingenomen die de psychiater haar daartoe had verstrekt.

2. Het gerechtshof te Leeuwarden heeft, in navolging van de rechtbank te Assen, de psychiater Chabot van alle rechtsvervolging ontslagen. Het hof komt tot de slotsom dat de situatie waarin mevr. B. zich bevond - naar medisch en ethisch inzicht - als een noodtoestand moet worden aangemerkt ("noodtoestand" zal in dit verband in gewone, menselijke, zin moeten worden verstaan) en dat de gedraging van Chabot, te weten: het aan mevr. B. ter voorkoming van een gruwelijker dood verlenen van de gevraagde hulp bij haar zelfdoding,

gerechtvaardigd was: Chabot heeft naar het oordeel van het hof in noodtoestand (hier in strafrechtelijke zin gebruikt) gehandeld (arrest, 9.13).

3. Aan wat het hof over persoon en leven van de overleden vrouw heeft vastgesteld (arrest, 9.2) ontleen ik het volgende:

Mevr. B. is op 22-jarige leeftijd getrouwd. Uit het, van meet af aan niet gelukkige, huwelijk zijn twee zoons geboren. In juni 1986 heeft de oudste zoon in Duitsland, waar hij als dienstplichtig militair was geleverd, zich gedood door zich in het hart te schieten. Vanaf dat moment verergerden de problemen in het huwelijk van mevr. B.. Zij wilde nog slechts leven, zolang haar jongste zoon haar nodig had. Haar ontreding na de dood van haar oudste zoon, haar suïcidewensen en de verslechtering van het huwelijk leidden in oktober 1986 tot een opname (voor 18 dagen) op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en tot daarop volgende poliklinische gesprekken met de psychiater K.Th.. Naar diens oordeel hadden opname en gesprekken geen resultaat, doordat mevr. B. niet aan enige vorm van verwerking van de dood van haar oudste zoon kon toekomen. In december 1988 overleed de vader van mevr. B.; kort daarna verliet zij haar man; de echtscheiding volgde in februari 1990. Later in dat jaar, november 1990, kreeg haar jongste zoon een verkeersongeval. Bij onderzoek in het ziekenhuis werd bij hem een kwaadaardige tumor ontdekt. Op 3 mei 1991 stierf hij daaraan. Op de avond van diezelfde dag nam mevr. B. medicijnen in, die haar sedert 1987 door de psychiater Th. waren voorgeschreven en die zij had opgespaard. De beoogde zelfdoding mislukte. Zij begon opnieuw medicijnen te sparen en sprak over manieren van zelfdoding met haar zuster en een jarenlange vriendin. Via de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie kwam zij in contact met de psychiater Chabot, die in de periode van 2 augustus 1991 tot 7 september 1991 vier gesprekken van in totaal 24 uren met haar voerde.

4. Uit het verslag, opgemaakt door Chabot en door deze aan de gemeentelijke lijkschouwer overhandigd, blijkt dat aan enige van zijn gesprekken met mevr. B. ook haar zuster en zwager deelnamen (arrest, 9.3.).

5. Naar het oordeel van Chabot (arrest, 9.5) was er bij mevr. B. sprake van "een "stoornis", bestaande in een depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken: in het kader van een gecompliceerd rouwproces".

6. De vraag die naar het oordeel van het hof uit medisch-ethisch oogpunt als "de kernvraag" (arrest, 9.4) moet worden beschouwd is deze

"of er sprake is van een situatie, waarin de patiënt vrijwillig en weloverwogen blijk geeft van zijn duurzaam verlangen naar de dood en de arts erkent dat de patiënt ondraaglijk lijdt en dit lijden - mede gelet op de stand van de wetenschap - als uitzichtloos mag worden aangemerkt."

7. Onder deze formulering ligt de volgende gedachtengang: de strafrechter kan de strafrechtelijke vraag naar het bestaan van overmacht bij Chabot eerst beantwoorden aan de hand van het bevestigende antwoord op vragen bij welk antwoord medisch-ethische bevindingen en inzichten een belangrijke rol spelen. Deze gedachtengang volgt een beproefd spoor: hij sluit aan op het gewicht dat de Hoge Raad bij de strafrechtelijke beoordeling van beslissingen als die, welke Chabot heeft genomen, toekent aan "wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht" en "in de medische ethiek geldende normen" (zie bij voorbeeld HR NJ 1987, 607) (Van de overzichten van de rechtspraak over dit onderwerp noem ik de aantekeningen van prof. Remmelink in NLR bij de art. 293 en 294, en J. Wöretshofer, Volgens de regelen van de kunst (1992), p. 222-223 en 236 e.v.).

8. Alvorens de "kernvraag" te bespreken, is het hof, ter voorbereiding van zijn strafrechtelijk oordeel, op de volgende vragen ingegaan: welke betekenis komt voor de strafrechtelijke beoordeling van de handelwijze van Chabot toe aan de omstandigheden a. dat er ten aanzien van mevr. B. niet sprake was van een somatische aandoening, maar van een psychisch lijden, en b. dat de stervensfase ontbrak (9.4)? En: was er sprake van "de persistente doodswens van een wilsbekwame vrouw" (9.8)? Het is op deze punten, dat het eerste en het tweede van de

(drie) cassatiemiddelen, die de procureur-generaal bij het hof te Leeuwarden heeft voorgesteld, betrekking hebben.

9. Na de beantwoording van "de kernvraag" heeft het hof (in 9.11) nog twee aspecten van zorgvuldigheid onderzocht: mocht Chabot na een betrekkelijk kortdurend contact met mevr. B. en zonder dat een onafhankelijke, ter zake kundige, psychiater haar had gezien, tot zijn besluit komen? Dit laatste punt is voorwerp van het derde middel.

Geen somatische aandoening (cassatiemiddel I)

10. Naar het oordeel van het hof (arrest, 9.4) is het bestaan van een somatische ziekte geen strikte voorwaarde voor een vruchtbaar beroep op de overmachtsvorm van noodtoestand: de uitzichtloosheid van het als ondraaglijk ervaren lijden, niet de bron ervan, is beslissend voor de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding. Het hof verwijst in zijn arrest (9.6) voor dit en voor andere punten naar de zienswijze van de in deze zaak geraadpleegde deskundigen (H.S. Cohen, A. van Dantzig, F. van Ree, W.J. Schudel, D. van Tol, M. Mittendorff, R. Giel, H.M. Kuitert, G.A. van der Wal (zie stukken gerechtelijk vooronderzoek)).

11. Het bestaan van een somatische bron van ondraaglijk en uitzichtloos lijden is in de rechtspraak in verband met levensbeëindiging op verzoek niet als een strikte eis voor het aanvaarden van een beroep op de overmachtsvariant noodtoestand gesteld. Dat behoeft geen verwondering te wekken. Het onderscheid tussen lichaam en psyche is, zoals menselijke ervaring en wijsgerig inzicht leren, kunstmatig. Het brengt geen verheldering bij het vinden van een - in belangrijke mate subjectief - antwoord op de vraag naar de ondraaglijkheid van het lijden of van een - ook door anderen, onder wie medisch deskundigen naar "de stand van de wetenschap" (arrest, 9.4), te beoordelen en in zoverre geobjectiveerd - antwoord op de vraag naar de uitzichtloosheid ervan. Ik verwijs naar de beschouwingen van prof. 't Hart in zijn noot in NJ 1991, 789. In haar, in de schriftuur genoemde, discussienota Hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten (november 1993) (De nota is uitvoerig besproken in Medisch Contact (= MC) 1993, nr. 47, p. 1469-1495.) acht de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG het uit medisch-ethisch oogpunt niet zinvol onderscheid te maken tussen soorten en oorzaken van lijden (p. 36): de discussie over de aard van het lijden vertroebelt het zicht op de problematiek (p. 15).

12. Strafrechtelijk gezien, heeft het begripsmatige onderscheid tussen een somatische en een psychische bron van menselijk lijden op twee, met elkaar samenhangende gronden, geen beslissende betekenis voor het antwoord op de vraag of een arts met vrucht een beroep doet op overmacht. De eerste grond is een algemene: de nood laat zich, zoals Van Veen in zijn annotatie in NJ 1988, 157 zegt, niet reglementeren: de wetgever van 1880 is zo wijs geweest, bij art. 40 Sr geen nadere uitwerking te geven aan het begrip overmacht en de eisen, die daarvoor gelden. De tweede, klemmender, grond is deze: inhoud en omvang van geen van beide conflicterende plichten, waartegenover de arts zich gesteld ziet - dat zijn de zorg voor het rechtsgoed van de eerbied voor het leven en de zorg voor het rechtsgoed van eerbied voor de persoonlijkheid van de patiënt (Ik ontleen de omschrijving van de "strijdende plichten" aan de noot van G.E. Mulder onder de arresten van het hof Den Haag, gepubliceerd in NJ 1987, 608 (p. 2135, rechter kolom).) -, dwingen tot het aannemen van een bepaalde oorzaak van het lijden of sluiten een oorzaak uit (Voor de toepassing van de klassieke strafuitsluitingsgronden is aan de onlangs vastgestelde wijziging van de Wet op de lijkbezorging (Wet van 2 december 1993, Stb. 1993, 643, nog niet in werking getreden) geen argument voor een beperking van de reikwijdte van art. 40 Sr te ontnemen. Aan geen van de ruim 50 aandachtspunten van de catalogoog van de nieuwe regeling (Besluit van 17 december 1993, Stb. 1993, 688) komt in dit verband exclusieve werking toe. Er kunnen, zoals Van Veen in zijn noot bij HR NJ 1985, 106 (onder 3) zegt, ook gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zijn, waarin de rechter een beroep op overmacht, gedaan door een niet-medicus, zou kunnen aanvaarden. In deze zin ook H.J.J. Leenen, Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde 1988, p. 1704,

en C. Kelk in *Liber amicorum Leenen* (1990), p. 160. (Dat - zoals G.E. Mulder in NJ 1989, 391 schrijft - de kans daarop klein zal zijn, nu de ontwikkeling van de jurisprudentie in deze tendeert naar een monopoliepositie van de medicus in euthanasiezaken, doet daaraan niet af.)). Vgl. voor dit aspect en voor dat van de stervensfase Rb. Almelo NJ 1992, 210. (Bij beslissing van het openbaar ministerie te Assen, juli 1984, is van strafvervolgning van de psychiater V. terzake van diens hulp bij de zelfdoding van een psychiatrische patiënt afgezien; deze beslissing is door de procureurs-generaal en de minister van justitie, voorzitter van de vergadering van procureurs-generaal, aanvaard. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft bij zijn oordeel van 29 maart 1990 (TGV 1990/70, met noot mr. W.R. Kastelein (Naar de beslissing van het CMT verwijzen de cassatieschriftuur (toelichting op middel II) en het verweerschrift van mr. E.Ph.R. Sutorius (blad 6).) te kennen gegeven dat de psychiater zijn medewerking niet had mogen verlenen, maar dat niet zodanig in strijd met art. 1 Med. Tuchtwet is gehandeld, dat een maatregel passend is.)

13. Het hof heeft op grond van de verklaringen van Chabot en van de door deze geraadpleegde deskundigen kunnen aannemen dat bij mevr. B. "een intens psychisch lijden van duurzame aard" bestond (9.5; ook 9.13). De in het eerste middel verdedigde opvatting dat het hof, door in een geval van niet-somatisch lijden het beroep op noodtoestand te honoreren, van een onjuiste rechtsopvatting heeft blijk gegeven, kan naar mijn mening niet worden aanvaard. Voor alle duidelijkheid (en met verwijzing naar een opmerking van Van Veen in zijn noot bij HR NJ 1985, 106, onder 5): door in dit concrete geval noodtoestand bij de arts aan te nemen, doet de rechter geen algemene uitspraak over levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding van patiënten met een psychische of psychiatrische stoornis.

De afwezigheid van de stervensfase (cassatiemiddel I)

14. Het hof heeft aan het punt van de stervensfase slechts in het voorbijgaan aandacht gegeven (9.4). Dat ligt voor de hand, nu het hof de psychische of psychiatrische aandoening naast de somatische als oorzaak van het lijden heeft aanvaard. Daarmee verbonden is het oordeel dat de stervensfase geen *conditio sine qua non* is voor het aanvaarden van het beroep op overmacht, maar een van de omstandigheden die bij een beroep op overmacht vanwege een conflict van plichten een rol kunnen spelen bij de bepaling van de klemmendheid van de ene of de andere plicht en bij de gerechtvaardigheid van de gemaakte keuze. De rechterlijke afweging leidde in een door het hof Arnhem terecht geval, waarvan een van de omstandigheden was dat de patiënte niet in de stervensfase verkeerde, tot de uitkomst dat het beroep op noodtoestand niet werd aanvaard: het hof achtte niet aannemelijk dat de arts in die situatie een gerechtvaardigde keuze had gedaan. De Hoge Raad was van oordeel dat het hof het beroep op noodtoestand op deze grond kon verwerpen (HR NJ 1989, 391). Hieruit kan, anders dan G.E. Mulder in zijn noot bij dit arrest meent, niet bij wijze van regel worden afgeleid dat "in een niet terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn een verslechtering is te duchten, de medicus voor levensbehoud moet opteren". Noodtoestand laat zich niet in regels vangen.

15. In de uitspraken die hebben geleid tot de arresten van de Hoge Raad, gepubliceerd in NJ 1985, 106 en NJ 1987, 607, is over het bestaan van de stervensfase niets vastgesteld. De rechtbank Leeuwarden laat in haar vonnis van 21 februari 1973 (NJ 1973, 183) de mogelijkheid van een strafrechtelijk toelaatbare medische beslissing omtrent het levenseinde bij uitzichtloos geestelijk lijden uitdrukkelijk open. In deze zin Rb. Rotterdam NJ 1982, 63. De rechtbank te Almelo aanvaardde het beroep op noodtoestand van de arts die hulp bij zelfdoding verleende aan een psychiatrische patiënt (NJ 1992, 210). Evenzo hof Den Haag 25 mei 1993, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993/52 (de beslissing waarover het in cassatiezaak nr. 96.491 gaat). Vgl. de al genoemde discussienota van november 1993. Ook: Legemaate, *Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; regels en opvattingen*, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1993, p. 750-769; Leenen en Legemaate in *NJB* 1993, p. 755-

756 (Minister Hirsch Ballin neemt in zijn antwoord op vragen van het Tweede-Kamerlid Kohnstamm op grond van de (een?) departementale uitleg van HR NJ 1989, 391, een andersluidend standpunt in (Aanhangsel Handelingen 92/93, nr. 665). De door de minister gehuldigde opvatting van het arrest perkt zonder grond de reikwijdte van de strafuitsluitingsgrond overmacht in.).

16. Het (in 9.4 besloten liggend) oordeel van het hof dat ook buiten de stervensfase een beroep op overmacht van de arts, die de gevraagde hulp bij zelfdoding heeft verleend, kan worden aanvaard, geeft niet blijk van een verkeerde rechtsopvatting.

17. Ik houd beide onderdelen van het eerste middel voor ongegrond.

Psychisch lijden en bepaling van de wil (cassatiemiddel II)

18. Het hof heeft zich terecht op het standpunt gesteld dat bij de afwezigheid van een somatische aandoening zeer zorgvuldig zal moeten worden vastgesteld dat de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met de psychiatrische of psychische aandoening of stoornis (9.4). In deze zin ook hof Den Haag in zijn beslissing van 4 mei 1990 in een bezwaarschriftprocedure: een zorgvuldige besluitvorming eist onder meer dat buiten twijfel staat dat degene die de wens tot levensbeëindiging heeft geuit, zijn of haar daartoe strekkende beslissing "in volle vrijheid en in volle bewustzijn" heeft genomen (zie HR NJ 1991, 789, rubr. 4). Het gaat hier om een van de vaststellingen van de feitenrechter, die door de cassatierechter slechts op hun begrijpelijkheid kunnen worden getoetst.

Het hof heeft in het bestreden arrest als zijn oordeel te kennen gegeven dat mevr. B. haar verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen heeft gedaan (9.6) en dat mevr. B. "de haar aangeboden hulp heeft afgewezen in het volle besef van wat zij afwees" (9.7). Dit oordeel is van overwegend feitelijke aard. De verklaringen van Chabot en van de geraadpleegde deskundigen (arrest, p. 10, 11 en 14) leiden tot de gevolgtrekking dat het oordeel van het hof niet onbegrijpelijk is: het hof mocht tot het oordeel komen dat Chabot het uit ethisch en uit medisch oogpunt verantwoord kon achten de beslissing van mevr. B. te eerbiedigen.

19. Het middel schijnt (evenals het Haagse hof in zijn eerder genoemde beslissing) het contingente (door veel lijnen van boven en beneden, van links en rechts geconditioneerde) karakter van de menselijke vrijheid onvoldoende in het oog te houden, waar het, in de toelichting, als "(m)aterieel vereiste" voor een vruchtbaar beroep van een arts op overmacht stelt dat het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging "in volstreckte vrijheid" is gedaan. Zo een vrijheid bestaat niet.

18. Het tweede middel, dat tegen het hier besproken oordeel van het hof opkomt is naar mijn mening ongegrond.

De rol van de geconsulteerde deskundige (cassatiemiddel III)

19. Het middel steunt, blijkens de toelichting, op de opvatting dat "voor de beoordeling van psychiatrische cq psychische patiënten een contra-expertise noodzakelijk is". Deze opvatting kan niet als juist worden aanvaard: zijverengt (evenals de departementale opvatting waarvan ik in noot 7 gewag heb gemaakt) zonder grond de ruimte die het recht aan de strafuitsluitingsgrond overmacht toekent en die deze strafuitsluitingsgrond ook behoeft, wil zij voor concrete gevallen "poort van de gerechtigheid" (Bronkhorst in AA 1985, p. 663) zijn. Het standpunt dat in het middel wordt verdedigd vindt in de rechtspraak geen steun. Zie HR NJ 1988, 157 en HR NJ 1989, 391.

20. De vraag is of in het concrete geval een zelfstandig onderzoek door een of meer geconsulteerde deskundigen niet nodig zou zijn geweest, in het bijzonder om (ik citeer het hof in 9.11) "te voorkomen, dat door eventuele persoonlijke betrokkenheid van de consultatievragende arts onzorgvuldigheden ("blinde vlekken") in de besluitvorming optreden". Het hof is na een analyse van de informatie uit de naaste omgeving van mevr. B., de bevindingen van een huisarts en van de psychiater Th., die haar eerder had gezien en de zienswijze van de door Chabot geconsulteerde deskundigen, tot het oordeel gekomen dat "in casu het achterwege

blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek niet in de weg staat aan een beroep op noodtoestand" (9.11).

21. Het oordeel van het hof berust niet op een verkeerde rechtsopvatting en het is, de gegevens waarnaar het hof verwijst in aanmerking genomen, niet onbegrijpelijk. Daaraan doet niet af dat het aanbeveling had verdiend dat Chabot juist bij de voorbereiding van de moeilijke beslissing, waarvoor hij stond, het ertoe had geleid dat mevr. B. door een of meer van de geraadpleegde deskundigen was bezocht.

23. Ook het derde middel treft naar mijn mening geen doel.

Een uitzichtloos lijden?

24. Van de vragen die de rechter zich in een geval als dit zal stellen - is er sprake van een ondraaglijk en, ook naar deskundig medisch inzicht, uitzichtloos lijden en van een ernstig en duurzaam verlangen naar de dood - is de niet minst belangrijke tot nu toe onderbelicht gebleven: de vraag namelijk of het hof het lijden van mevr. B. als uitzichtloos heeft kunnen aanmerken. Het hof heeft aan dit punt (waarop de procureur-generaal in zijn schriftuur niet explicite ingaat) aandacht gegeven in overweging 9.6. Het hof verwijst in dit verband naar de meningen van de deskundigen, die in deze zaak zijn betrokken. Deze meningen geven - in de weergave van het hof - het volgende beeld. Ten aanzien van mevr. B. is sprake van "de onomkeerbaarheid van de traumatiserende factoren en processen (...) en haar begrijpelijke en te eerbiedigen weigering van behandeling" (Van Ree) en van haar vastbesloten wens het leven te beëindigen (Schudel). Van de mogelijkheid van therapeutische behandeling wordt gezegd dat "de kans op spontaan herstel of op een zodanige verbetering in de beleving van haar levenssituatie dat deze voor haar verdraagbaar wordt zeer gering" is (Mittendorff). Van Dantzig wijst op de mogelijkheid van een behandeling onder dwang met de aantekening dat hij het "vrijwel zeker" acht "dat zij zich door zelfdoding aan die behandeling zou hebben onttrokken".

25. Het valt op dat het hof - geïnspireerd wellicht door de rechtspraak van de Hoge Raad, die naar "een monopoliepositie van de medicus in euthanasiezaken" tendeert (G.E. Mulder in NJ 1989, 391, laatste alinea) - de vraag naar de uitzichtloosheid van het lijden van mevr. B. vrijwel uitsluitend benadert en beantwoordt aan de hand van de mening van medisch/psychotherapeutische deskundigen. Maar daarmee is, om een uitdrukking van Kuitert over te nemen (H.M. Kuitert, *Mag er een einde komen aan het bittere einde*, p. 77.), de hulpverlening niet opgebruikt. Dicht bij mevr. B. stonden haar zus en zwager en een jarenlange vriendin. Uit het verslag van dr Chabot blijkt niet dat dezen intensief zijn ingeschakeld in een poging om mevr. B. een uitzicht te geven. Het hof heeft niemand van dezen als getuige opgeroepen. Hier ligt, meen ik, een zwak punt in de gedachtengang van het hof. Niemand kan zich zonder de anderen redden (Emmanuel Levinas, *Humanisme van de andere mens*, p. 146) en bij "de anderen" zal niet uitsluitend aan de professionele hulpverleners moeten worden gedacht. (Zo zullen er uit rechts-sociologisch oogpunt in het "sociale veld waarin euthanasie plaatsvindt" naast medici veel andere deelnemers zijn (verpleegkundigen, familieleden, vrienden) die van invloed zijn op het gedrag van de handelende arts en op het verloop van de beslissingsprocessen. Zie J. Griffiths, *Een toeschouwersperspectief op de euthanasiediscussie*, NJB 1987, p. 684; R. Pool, *De sociale context van beslissingen rond het levenseinde*, *Recht der werkelijkheid* 1992, p. 71-72 en 81-82.)

26. Dat dit punt in de motivering van het hof onvoldoende is uitgewerkt heeft naar mijn mening de geldigheid van het, overigens zo zorgvuldige, gemotiveerde arrest niet op het spel te zetten. Geen van de cassatiemiddelen bestrijdt het oordeel van het hof op dit punt met een duidelijke klacht en, wat zwaarder weegt, het oordeel van het hof en de meningen van de deskundigen, waarop het in belangrijke mate steunt, kunnen zo worden gelezen dat zij tot uitdrukking brengen dat ook haar zus, met wie mevr. B. na het overlijden van haar jongste

zoon over zelfdoding sprak (arrest, 9.2) en die met haar man aan enige gesprekken van Chabot met mevr. B deelnam (9.3), en degenen die ook op de laatste ogenblikken bij mevr. B waren (haar vriendin en een huisarts; 6.2.1), niet bij machte waren mevr. B. van haar besluit af te brengen.

Conclusie

27. Uit het oordeel van het hof dat Chabot niet strafbaar is - én, vul ik aan, dat het feit, het gedrag van Chabot, niet strafbaar is (Vgl. Remmelink in *Ars Aequi* 1992, p. 145 en in zijn bespreking van het proefschrift van Wöretshofer in *RM Themis* 1993, p. 431; P.H.S. van Rest in *Trouw* 26 oktober 1993.) - doordat Chabot heeft gehandeld in noodtoestand, spreekt geen verkeerde rechtsopvatting. Ik kom tot de conclusie dat het cassatieberoep moet worden verworpen.