

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Jahresbericht 2002

Inhalt

Einführung

Kapitel I

Aufgaben der Kommissionen

Kapitel II

1. Einführung in die Kasuistik
2. Zuständigkeit der Kommissionen
3. Behandlungsverhältnis zwischen meldendem Arzt und Patient
4. Sorgfaltskriterien
5. Berichterstattung
6. Das SCEN-Projekt

Einführung

Aufbau des Jahresberichts

In Kapitel I wird darauf eingegangen, wie die Kommissionen Meldungen von Fällen der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung behandeln. Mit In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes am 1. April 2002 haben sich Änderungen bei der Kontrolle ergeben. In diesem Bericht wird ausführlich auf die Unterschiede bei der Kontrolle vor und nach dem 1. April 2002 eingegangen. Außerdem enthält Kapitel I eine Beschreibung der verschiedenen Beratungsformen der Kommissionen. Auch werden ihre sonstigen Aktivitäten im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung des medizinischen Handelns im Zusammenhang mit Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung beleuchtet.

In Kapitel II werden vor dem Hintergrund der Sorgfaltskriterien einige konkrete Fälle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung besprochen.

KAPITEL I

Aufgaben der Kommissionen

Die wichtigste Aufgabe der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe ist die Beurteilung der ihnen gemeldeten Fälle. Schaubilder sollen hier verdeutlichen, wie die Kommissionen arbeiten. Das erste Schaubild stellt die Situation in den ersten drei Monaten des Berichtsjahres dar. Seit dem In-Kraft-Treten des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (WTL) am 1. April 2002 sind die Aufgaben, die Befugnisse und die Arbeitsweise der Kommissionen in den Artikeln 8 bis 13 dieses Gesetzes geregelt. Das zweite Schaubild zeigt die neue Arbeitsweise.

Auf die Unterschiede, die sich durch das Gesetz für die Kontrolle durch die Kommissionen ergeben, wird in einem gesonderten Abschnitt eingegangen.

1. Arbeitsweise

Seit dem 1. November 1998 gibt es fünf regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, angesiedelt in Groningen, Arnheim, Haarlem, Rijswijk und Herzogenbusch. Die Sekretariate der Kommissionen befinden sich in den Gebäuden der regionalen Aufsichtsbehörden für das Gesundheitswesen. Die Sekretariate der Kommissionen Arnheim und Herzogenbusch befinden sich zusammen in Arnheim.

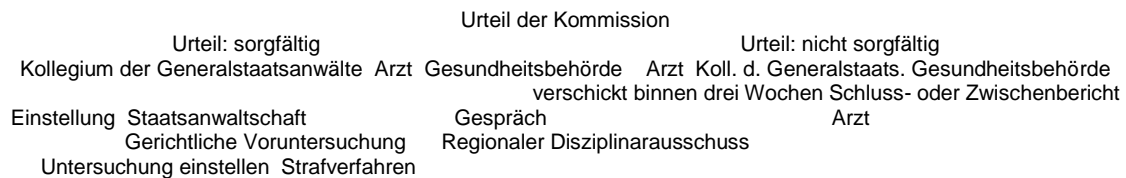
Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern, einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter, der derselben Disziplin entstammt. Außerdem hat jede Kommission einen Sekretär, der Jurist ist und auf den Sitzungen der Kommission eine beratende Funktion hat.

Arbeitsweise der Kommissionen nach der Regelung für regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (bis zum 31. März 2002)

Nach Artikel 10 Absatz 1 der Regelung teilt die Kommission ihre Beurteilung als gewichtige Empfehlung der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen mit. Die Generalstaatsanwaltschaft entscheidet nach eigenem Ermessen, ob sie eine Strafverfolgung einleitet oder nicht. Dazu kontrolliert sie anhand der Empfehlung der Kommission in jedem Einzelfall, ob der Arzt im Rahmen der vorgegebenen Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Auch die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen beurteilt das Handeln des Arztes nach eigenem Ermessen. Schritte, die beide Instanzen möglicherweise im Anschluss an ihre Beurteilung einleiten, fallen nicht in die Zuständigkeit der Kommissionen. Sie werden im Schaubild als gepunktete Linien wiedergegeben.

Grafik 1

- Der Arzt schickt unverzüglich eine Meldung und einen Bericht an den gemeindlichen Leichenbeschauer
- Dieser schickt alle Unterlagen
 - den Musterbericht des Arztes
 - den Bericht des zweiten Arztes
 - die Patientenverfügung
 - das Formular nach Artikel 10 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen und eventuelle Anlagen an die Regionale Kontrollkommission für Sterbehilfe
- Ihr Sekretär
 - gibt relevante Daten in eine eigens dazu geschaffene Datenbank ein
 - verfasst einen Beurteilungsentwurf
 - sendet Kopien aller Unterlagen und des Beurteilungsentwurfs an die Kommissionsmitglieder
- Die Kommission tritt alle drei bis vier Wochen zusammen
 - bespricht alle Fälle und urteilt innerhalb von sechs Wochen
 - die Frist kann einmalig um sechs Wochen verlängert werden, um eventuell beim Arzt, beim zweiten Arzt oder beim Leichenbeschauer nähere Informationen einzuholen und um gegebenenfalls einen Arzt zu einem Gespräch einzuladen
 - die endgültige Beurteilung wird vom Vorsitzenden unterschrieben

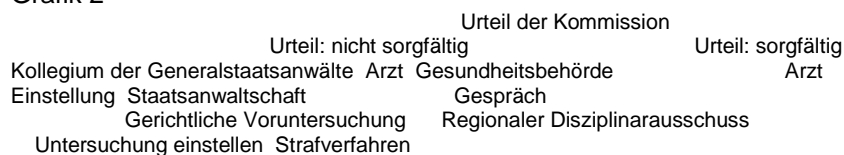


Arbeitsweise der Kommissionen nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (seit dem 1. April 2002)

Während die Kommissionen nach der alten Regelung beurteilt haben, ob der Arzt sorgfältig gehandelt hat, kontrollieren sie seit dem In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Auf die Veränderungen, die dies für die Kontrolle mit sich bringt, wird später eingegangen.

Nach Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung teilt die Kommission ihre Beurteilung der Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen nur dann mit, wenn der Arzt nach Meinung der Kommission nicht im Einklang mit den in Artikel 2 dieses Gesetzes aufgeführten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die Staatsanwaltschaft prüft in einem solchen Fall, ob eine Strafverfolgung angezeigt ist. Die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen entscheidet aufgrund ihrer Aufgabe und Verantwortung über disziplinarrechtliche Maßnahmen und über die Frage, welche Folgen das Handeln des Arztes nach sich ziehen muss.

Grafik 2



Unterschiede bei der Kontrolle

Aus den beiden Schaubildern lässt sich ableiten, dass das am 1. April 2002 in Kraft getretene Gesetz Folgen für die Kontrollen der Kommissionen hat.

Vor dem In-Kraft-Treten des Gesetzes, also so lange die alte Regelung galt, urteilten die Kommissionen darüber, ob der Arzt sorgfältig gehandelt hatte oder nicht. In den weitaus meisten Fällen kamen sie zu einer positiven Beurteilung. Sie leiteten alle Fälle, also auch die, in denen sie den Ärzten sorgfältiges Handeln bescheinigt hatten, an die Generalstaatsanwaltschaft weiter. Die Kommissionen erteilten der Staatsanwaltschaft damit eine gewichtige Empfehlung dafür, ob sie eine Strafverfolgung einleiten sollte oder nicht. Sterbehilfe und die Hilfe bei der Selbsttötung waren nach den Artikeln 293 und 294 Strafgesetzbuch Verbrechen. Ein Arzt, der sorgfältig gehandelt hatte, konnte sich aber auf einen übergesetzlichen Notstand und damit auf Straffreiheit berufen. Auf das Verfahren bei der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, weil sich – außer der Tatsache dass ihr die Beurteilungen, in denen dem Arzt Handeln im Einklang mit den Sorgfaltskriterien bescheinigt wird, nicht länger zugehen – für die Kontrolle durch die Kommission keine Änderungen ergeben haben.

In die Artikel 293 und 294 Strafgesetzbuch ist ein besonderer Strafausschließungsgrund aufgenommen worden. Danach ist das Handeln des Arztes (die Tat) nicht strafbar, wenn der Arzt im Einklang mit den gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt und die Sterbehilfe oder die Hilfe bei der Selbsttötung dem gemeindlichen Leichenbeschauer auf die vorgeschriebene Art und Weise gemeldet hat. Die Formulierung des besonderen Strafausschließungsgrundes hat zur Folge, dass die Kommissionen nicht länger kontrollieren, ob der Arzt sorgfältig gehandelt hat, sondern ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Dies hat auch Auswirkungen auf die Art der Kontrolle. Hat ein Arzt die Sorgfaltskriterien eingehalten, erfüllt

er die Bedingungen für den besonderen Strafausschließungsgrund, und somit macht er sich nicht strafbar. Die Beurteilung der Kommission hat in diesem Fall endgültigen Charakter. Die Staatsanwaltschaft wird nicht mehr davon in Kenntnis gesetzt. Der Fall ist abgeschlossen. Kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt sich nicht an die Sorgfaltskriterien gehalten hat, informiert sie die Staatsanwaltschaft.

Durch diese Änderung haben die Kommissionen eine größere Verantwortung bekommen. Bei der Beurteilung stehen ihnen nur zwei Möglichkeiten offen: Entweder der Arzt hat die gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten oder nicht. Einen Mittelweg gibt es nicht. Das war anders, als die Regelung noch galt. Damals konnten die Kommissionen in Fällen, in denen der Arzt nicht ganz entsprechend den Vorschriften gehandelt hatte, unter Nennung der Nachlässigkeiten dennoch zu dem Schluss kommen, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hatte. In diesen Fällen wurde häufig die Formulierung „sorgfältig in dem Sinne, dass ...“ verwendet.

Nach der neugefassten Formulierung müssen die Kommissionen zu einer negativen Beurteilung kommen, wenn die Sorgfaltskriterien beispielsweise in verfahrenstechnischer Hinsicht nicht vollständig eingehalten worden sind. In der Regel geht es in solchen Fällen um Mängel bei der Hinzuziehung eines Kollegen oder bei der Durchführung. Durch die Neuregelung ist es im vergangenen Jahr häufiger zu einer negativen Beurteilung gekommen als in den Jahren zuvor, als noch die alte Regelung galt.

Die Gesetzesgeschichte zeigt jedoch, dass die Kommissionen bei der Interpretation der Sorgfaltskriterien einen gewissen Ermessungsspielraum haben. Die konkrete Gestaltung der Kontrolle wird den Kommissionen überlassen.

Mit der Aufnahme anonymisierter Fälle in diesen Jahresbericht wollen die Kommissionen Einblick in die Erwägungen gewähren, die sie bei der Beurteilung eines Falles beschäftigen.

KAPITEL II

1. Einführung in die Kasuistik

Die Kontrollkommissionen haben in diesem Berichtsjahr 1882 Meldungen über Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung erhalten. In den meisten Fällen bildeten die Berichte eine gute Grundlage für die Kontrolle und bestand kein Anlass zu weiteren Fragen. In den anderen Fällen wurde der behandelnde Arzt oder der hinzugezogene Arzt von der Kommission aufgefordert, schriftlich oder mündlich weitere Informationen zu erteilen.

In diesem Berichtsjahr sind die Kommissionen in fünf Fällen zu der Überzeugung gelangt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Diese Fälle wurden an die Generalstaatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Zwar sind die Sorgfaltskriterien im Gesetz klar formuliert und die Berichte bilden eine gute Grundlage für die Kontrolle, aber dennoch kommt es in der Praxis zu Situationen, die Anlass zu Diskussionen geben. Anhand der Kasuistik wollen die Kommissionen die Problematik darstellen, mit der sie sich im zurückliegenden Berichtsjahr auseinander gesetzt haben. Die hier aufgeführten Fälle sind alle nach dem 1. April 2002 entsprechend den Bestimmungen des neuen Gesetzes kontrolliert worden. Deshalb wird in diesem Kapitel immer die gesetzliche Regelung als Ausgangspunkt genommen.

Wie bereits erwähnt ist in den weitaus meisten Fällen klar festgestellt worden, dass der meldende Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Zur Veranschaulichung zwei Beispiele für so genannte Durchschnittsfälle.

Fall 1

Bei dem Patienten, einem 79-jährigen Mann, wurde Anfang 2002 ein Lungenkarzinom, das auch in die Wirbelsäule eingewachsen war, festgestellt. Die Behandlung bestand aus Radiotherapie und später einmalig aus einer Chemotherapie. Die eingeleitete kurative Behandlung blieb wirkungslos. Heilung war nicht möglich.

Der Patient litt unter Schmerzen. Er war bereits seit langem bettlägerig und ein Dekubitus konnte nicht verhindert werden. Trotz Laxiermitteln und Klysmen hatte der Patient große Probleme mit Verstopfung und mit dem Wasserlassen. Die Schmerzbekämpfung durch ein Spezialistenteam blieb letztlich erfolglos. Das Leiden erhöhte sich durch die Gewissheit, dass die Situation aussichtslos war und die Schmerzen zunehmen. Zum Schluss bekam der Patient auch noch eine Harnwegsinfektion. Dadurch bekam er Fieber, fiel in ein leichtes Delirium und hatte überall Schmerzen. Der Patient stimmte einer Behandlung der Harnwegsinfektion nicht zu. Das Delirium wurde wirksam mit Medikamenten behandelt. Der Hausarzt ging davon aus, dass sein Patient, ohne Lebensbeendigung auf Verlangen, in einer bis zwei Wochen sterben würde.

Aus den Unterlagen ging hervor, dass der Hausarzt und der Spezialist im Krankenhaus den Patienten ausreichend über seine Lage und seine Aussichten informiert hatten. Der Patient hatte im Krankenhaus oft mit den Spezialisten über eine Lebensbeendigung gesprochen. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erklärte er gegenüber seinem Hausarzt wiederholt, dass er Sterbehilfe wünschte, und er unterschrieb eine schriftliche Patientenverfügung. Der Wunsch wurde auch gegenüber den Kindern und einer Pflegerin des Patienten geäußert sowie gegenüber dem Spezialistenteam der häuslichen Pflege. Mit ihnen hat er sich beraten. Alle unterstützten den Wunsch des Patienten. Dem Hausarzt zufolge gab es keinen Druck von außen und war sich der Patient der Tragweite seines Wunsches und seines körperlichen Zustandes bewusst.

Nachdem der Patient seine Bitte geäußert hatte, führte der Hausarzt telefonisch ein Gespräch mit dem behandelnden Lungenarzt über die medizinische Situation des Patienten. Der Lungenarzt bestätigte, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr gab.

Daraufhin wandte sich der Hausarzt an einen SCEN-Arzt (Anm. d. Übers.: SCEN steht für ein Projekt, das Ärzte auf die Aufgaben vorbereitet, die auf sie zukommen, wenn sie als zweiter Arzt zu einem Sterbehilfefall hinzugezogen werden; siehe Kapitel 6), ebenfalls ein Hausarzt, der den Patienten aber nicht mitbehandelte. Dieser Arzt sprach mit dem Patienten. Im Bericht über sein Gespräch bestätigte er das unerträgliche Leiden des Patienten, für das keine Bes-

serung in Sicht war. Alle palliativen Möglichkeiten waren ausgeschöpft. Der Patient war während des Gesprächs bei klarem Geist und willensfähig. Die Bitte wurde nach reiflicher Überlegung, freiwillig und mehrfach geäußert. Der zweite Arzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Einen Monat nach der Bitte des Patienten hat der Hausarzt dem Patienten im Beisein seiner Kinder und der Pflegerin Nesdonal und Pavulon intravenös verabreicht, woraufhin der Patient verstorben ist.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 2

Bei dem Patienten, einem 54-jährigen Mann, wurde 1998 die Diagnose Amyotrophe Laterale Sklerose (ALS) gestellt. Eine Heilung dieser Krankheit ist nicht möglich. Die Behandlung bestand aus Rehabilitationsmaßnahmen, Physiotherapie und Ergotherapie. Der Patient hatte Schmerzen und Atemprobleme und konnte nicht mehr sprechen. Er drohte sich zu verschlucken und zu ersticken. Die Beschwerden waren progressiv. Die Schmerzen wurden mit Morphium bekämpft. Es gab keine anderen Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Der Arzt ging davon aus, dass der Patient, wenn keine lebensbeendenden Handlungen vorgenommen würden, innerhalb einiger Wochen sterben würde. Der Arzt wies darauf hin, dass es schwierig sei, einen genauen Zeitpunkt anzugeben, da die Krankheit sich plötzlich verschlimmern könne. Der Patient hatte bereits 2000 mitgeteilt, dass er Sterbehilfe wünschte, sollte das Leiden für ihn unerträglich werden. Einige Wochen vor seinem Tod hat er ausdrücklich in Anwesenheit seines Arztes und seines Partners um Sterbehilfe gebeten. Sein Partner unterstützte seine Bitte. Der Patient hatte im Laufe der Zeit mehrere Verfügungen verfasst. Er wies darin ausdrücklich darauf hin, dass er nicht beatmet werden wollte. Nach Angaben des Arztes war die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden.

Ein unabhängiger Arzt, ein SCEN-Arzt, besuchte den Patienten zwei Mal. Man hatte sich bewusst für eine frühzeitige Konsultation entschieden, weil der Patient zu dem Zeitpunkt noch einigermaßen gut sprechen konnte. Im Bericht über die erste Konsultation bestätigte der Arzt die unheilbare Krankheit mit progressivem Verlauf. Bei seinem zweiten Besuch bestätigte der Arzt, dass die Krankheit weiter vorangeschritten war. Der Patient konnte nicht mehr verständlich sprechen. Auch konnte er nicht mehr essen, ohne sich zu verschlucken. Die mit den Schmerzmitteln erzielten Ergebnisse waren unbefriedigend. Der Patient litt unter Atemnot. Durch diese Faktoren empfand er sein Leiden als unerträglich. Nach Angaben des hinzugezogenen Arztes war die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Er kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Daraufhin hat der behandelnde Arzt dem Patienten im Beisein seiner nächsten Angehörigen 2 Gramm Pentothal und 20 mg Pavulon intravenös verabreicht.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Der meldende Arzt ist derjenige, der die Lebensbeendigung faktisch durchgeführt hat

Ausgangspunkt des Meldeverfahrens ist, dass der Arzt, der faktisch die Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder die Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, im Anschluss daran den gemeindlichen Leichenbeschauer durch Ausfüllen eines Musterberichts von der Handlung in Kenntnis setzt (Artikel 7 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen). Der gemeindliche Leichenbeschauer nimmt die Besichtigung vor und überprüft, wie und mit welchen Mitteln das Leben beendet worden ist. Anschließend nimmt er von dem behandelnden Arzt dessen Bericht in Empfang, überprüft, ob er vollständig und deutlich ausgefüllt ist, kontrolliert, ob eventuell genannte Anlagen vorliegen, und fügt, sofern vorhanden, die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen und die Erklärung des hinzugezogenen Arztes bei. Der gemeindliche Leichenbeschauer setzt die zuständige Kommission durch Ausfüllen des dazu bestimmten Formulars hiervon in Kenntnis und schickt die vorgenannten Unterlagen mit (Artikel 10 Absatz 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen).

Die Kommissionen kontrollieren, ob der meldende Arzt, also der Arzt, der das Meldeformular unterschrieben hat, auch tatsächlich die Lebensbeendigung vorgenommen bzw. die Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat. Stellt die Kommission fest, dass dies nicht der Fall ist, schickt

sie die Meldung in der Regel über den gemeindlichen Leichenbeschauer zurück mit der Aufforderung, dafür zu sorgen, dass die richtige Person, also der Arzt, der die Lebensbeendigung vorgenommen bzw. die Hilfe bei der Selbsttötung tatsächlich geleistet hat, die Lebensbeendigung durch Ausfüllen und Unterschreiben des Musterberichts meldet.

Es ist nicht immer sofort klar, dass die meldende Person nicht die Person ist, die die betreffende Handlung vorgenommen hat. In einem solchen Fall stellt die Kommission schriftlich weitergehende Fragen. In Ausnahmefällen kommt es vor, dass eine Meldung von zwei Ärzten gemacht wird. Soweit ein anderer Arzt an dem Verfahren beteiligt ist, erhält dieser eine Abschrift der an den meldenden Arzt geschickten Mitteilung. Nur in dem Ausnahmefall, dass beide Ärzte erklären, sie hätten die lebensbeendenden Handlungen wirklich gemeinsam vorgenommen, werden beide Ärzte als meldende Ärzte registriert.

Fall 3

Ein 60-jähriger Patient litt an einem metastasierten Prostatakarzinom. Auf dem Meldeformular waren die persönlichen Angaben zweier Ärzte eingetragen, die auch beide das Formular unterschrieben hatten. Aus dem Bericht ging hervor, dass der Patient seinen Sterbehilfewunsch gegenüber beiden Ärzten geäußert hatte. Außerdem wurde das gesamte Sterbehilfeverfahren von beiden Ärzten begleitet. Die Handlung durchgeführt hat allerdings einer von ihnen. Die Kommission betrachtete den Arzt, der die Lebensbeendigung durch die Verabreichung der entsprechenden Mittel faktisch vorgenommen hatte, als den meldenden Arzt. Dieser Standpunkt wurde beiden Ärzten mitgeteilt. Der Arzt, der von der Kommission nicht als meldender Arzt angesehen wurde, erhielt zur Kenntnisnahme eine Abschrift der Beurteilung der Kommission.

2. Zuständigkeit der Kommissionen

Die Zuständigkeit der Kommissionen, lebensbeendendes Handeln eines Arztes in einem konkreten Fall zu überprüfen, muss aus der Systematik des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (WTL), wie sie in Artikel 2 formuliert ist, abgeleitet werden.

Bei der Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung handelt es sich um Situationen, in denen ein Arzt auf Verlangen Leben beendet. Die Kontrollkommissionen beurteilen also nur Fälle, in denen ein ausdrückliches Ersuchen um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung vorliegt. In Fällen, in denen ein solches Ersuchen nicht vorliegt, sind die Kommissionen nicht zuständig, dann muss das vorgeschriebene Verfahren für Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen eingeleitet werden, das heißt, dass der Fall direkt vom gemeindlichen Leichenbeschauer an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wird.

Das Meldeverfahren für Lebensbeendigung auf Verlangen gilt nicht im Falle von Neugeborenen und minderjährigen Patienten bis zum Alter von 12 Jahren. Für minderjährige Patienten im Alter von 12 bis 15 bzw. 16 und 17 Jahren, die um Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung bitten, gelten besondere Vorschriften im Zusammenhang mit der Zustimmung der Eltern bzw. eines Elternteils oder des Vormunds, die in Artikel 2 Absatz 4 und 5 WTL aufgenommen sind.

In Artikel 2 Absatz 2 WTL ist darüber hinaus festgelegt, dass ein Arzt einer schriftlichen Verfügung eines Patienten, die die Bitte um Lebensbeendigung enthält, nachkommen darf, wenn der Patient mindestens 16 Jahre alt, aber nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Bedingung ist, dass die Patientenverfügung verfasst worden ist, als der Patient noch zu einer vernünftigen Abwägung seiner Interessen in der Lage war. Auch in solchen Fällen sind die Kommissionen zuständig. Die schriftliche Erklärung des Patienten, der seinen Willen inzwischen nicht mehr äußern kann, wird in solchen Fällen als ein ausdrückliches Ersuchen um Lebensbeendigung angesehen und ist ein Ersatz für das konkrete mündliche Ersuchen, zu dem der Patient nicht mehr in der Lage ist.

Das so genannte normale medizinische Handeln fällt ebenfalls nicht unter die gesetzlichen Bestimmungen zur Lebensbeendigung auf Verlangen. Es geht dabei um Fälle, in denen eine Behandlung eingestellt oder nicht aufgenommen wird, weil sie medizinisch sinnlos ist oder weil der Patient dies ausdrücklich wünscht. Auch die Schmerzbekämpfung, die die unbeab-

sichtige Nebenwirkung hat, dass der Patient stirbt, fällt nicht unter das Meldeverfahren für Fälle der Sterbehilfe auf Verlangen. Der nachstehende Fall macht klar, dass die Grenzen nicht immer eindeutig sind.

Fall 4

Eine 50-jährige Patientin litt seit 1999 an Brustkrebs. Sie wurde bestrahlt und mit Chemo- und Hormontherapie behandelt. Eine Heilung war nicht möglich. Die Patientin litt unter Atemnot, das Schlucken bereitete ihr Schwierigkeiten und sie musste sich häufig übergeben. Die Lebenserwartung wurde auf einige Woche geschätzt. Es gab keine Möglichkeiten mehr, das Leiden der Patientin zu erleichtern.

Die Patientin hatte seit drei Jahren mündlich erklärt, sie wünsche Sterbehilfe, wenn ihr Leiden unerträglich werden sollte. Im November 2002 unterschrieb sie dazu eine Patientenverfügung. Einige Tage zuvor hatte die Patientin erklärt, sie wolle nicht mehr leben. Daraufhin hat der Arzt einen zweiten Arzt, einen SCEN-Arzt, hinzugezogen, der die Patientin besucht und mit ihr gesprochen hat. Unter anderem auf Empfehlung des SCEN-Arztes hat das Spezialistenteam zur Schmerzbekämpfung – vor der eventuellen Durchführung der Sterbehilfe, im Rahmen der Schmerzbekämpfung – eine Infusion für die Verabreichung von Dormicum und Morphium angelegt. Als Folge der Sedation ist die Patientin verstorben, ohne dass der Arzt dabei anwesend gewesen wäre.

Die Kommission vertrat die Auffassung, dass es sich hier nicht um eine Lebensbeendigung auf Verlangen im Sinne des WTL handelte, da die Patientin vor der Durchführung der Sterbehilfe als Folge der zuvor vorgenommenen Sedation verstorben ist. Der Vorgang musste nicht gemeldet werden. Die Meldung wurde daher an den gemeindlichen Leichenbeschauer zurückgeschickt. Schließlich lag ein natürlicher Tod vor.

3. Behandlungsverhältnis zwischen meldendem Arzt und Patient

Die gesetzliche Systematik der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung geht davon aus, dass die lebensbeendende Handlung vom behandelnden Arzt vorgenommen wird. So wurde es auch in den parlamentarischen Kommentar zur Verabschiedung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung¹ (WTL) niedergelegt.

Auch die Formulierung der Sorgfaltskriterien setzt in irgendeiner Form ein Behandlungsverhältnis mit dem Patienten voraus. Wie kann der Arzt sonst zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient unerträglich leidet, keine Aussicht auf Besserung hat und dass er sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung äußert? Außerdem müssen der Arzt und der Patient gemeinsam zu dem Schluss kommen, dass es keine andere annehmbare Lösung mehr gibt, und der Arzt muss den Patienten über seine Lage und seine Aussichten informieren.

Ein anderer Hinweis darauf ist der Verweis in Artikel 1 Buchstabe e WTL auf das Bürgerliche Gesetzbuch Buch 7 Artikel 446 über den medizinischen Behandlungsvertrag. Ein solcher Vertrag liegt vor, wenn eine natürliche oder eine juristische Person sich bei der Ausübung des medizinischen Berufs oder Gewerbes gegenüber dem Patienten zur Durchführung von Handlungen im Bereich der Medizin verpflichtet, die sich direkt auf den Patienten beziehen. Dieser Verweis setzt voraus, dass bei dem Ersuchen um Lebensbeendigung ein medizinisches Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient vorliegen muss. Dies ist nicht gegeben, wenn sich das Verhältnis, wie im folgenden Fall, ausschließlich auf die Durchführung der Sterbehilfe beschränkt.

Fall 5

Eine Patientin litt seit 1996 an einem metastasierten Lungenkarzinom mit Wirbelmetastasen. Sie erhielt Radio- und Chemotherapie, und die Schmerzen wurden bekämpft. Eine Heilung

¹ In der Antwort zum Gesetzentwurf ist hierzu Folgendes zu lesen: „In Artikel 1 Buchstabe c wird der Begriff ‚Arzt‘ definiert. Kurz gesagt geht es um den behandelnden Arzt, der die Sterbehilfe durchgeführt hat“ (Parlamentsdrucksachen I, 2000/01, 26 691, Nr. 137b).

war nicht mehr möglich. Die Patientin litt unerträglich unter den fürchterlichen Schmerzen, die sich nicht bekämpfen ließen. Morphium vertrug sie nicht. Außerdem litt die Patientin unter Atemnot und unter Wundliegen. Es gab keine reellen Möglichkeiten mehr, das Leiden zu erleichtern. Ihre Lebenserwartung wurde auf höchstens noch ein paar Tage geschätzt. Die Patientin äußerte ihren Sterbehilfewunsch ab Mitte Oktober 2001 gegenüber ihrem Hausarzt. Einige Wochen vor ihrem Tod äußerte die Patientin im Beisein des Hausarztes und ihrer Kinder mehrfach den Wunsch nach Sterbehilfe.

Am Tag vor ihrem Tod wurde der meldende Arzt während seines Abenddienstes, eindeutig nicht in der Eigenschaft als SCEN-Arzt, wegen unerträglicher Schmerzen zu der Patientin gerufen. Der meldende Arzt fand nach eigenen Angaben eine menschenunwürdige Situation vor. Die Patientin litt unter schweren, nicht behandelbaren Schmerzen und unter Atemnot, war unruhig und ausgemergelt. Sie bekam Sauerstoff. Der meldende Arzt führte an diesem Abend ein ausführliches Gespräch mit der Patientin und ihrer Familie über die Möglichkeiten, Sterbehilfe zu leisten. Dem meldenden Arzt wurde im Verlauf des Gesprächs klar, dass die Patientin bei ihren Gesprächen mit dem eigenen Hausarzt Sterbehilfe nur am Rande erwähnt hatte. Die Patientin fühlte sich äußerst unsicher angesichts ihrer aktuellen Lage. Es wurde nicht klar, warum die Patientin nicht häufiger konkret mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe gesprochen hatte. Der meldende Arzt hatte am folgenden Tag Kontakt mit dem Hausarzt der Patientin, um mit ihm zu besprechen, was angesichts dieser für die Patientin unerträglichen Situation zu tun sei? Dem meldenden Arzt wurde erst dann klar, dass der Hausarzt der Patientin aus grundsätzlichen Erwägungen keine Sterbehilfe leisten wollte. Sein Vertreter war im Urlaub. Normalerweise führte dieser Vertreter die Sterbehilfe dann durch. Die Patientin wurde an diesem Tag erneut von dem meldenden Arzt besucht. Das von ihm verabreichte Haldol hatte keinerlei Wirkung gegen die Schmerzen. Die Patientin flehte den meldenden Arzt an, sie einschlafen zu lassen. In den Augen des meldenden Arztes war der Leidensdruck der Patientin so groß und die Situation so unerträglich, dass er sich bereit erklärte, die Sterbehilfe zu leisten. Der meldende Arzt erwog noch kurz, einen anderen Arzt zu Konsultationszwecken hinzuzuziehen, entschied letztlich aber, dass das Leiden der Patientin so offensichtlich war, dass eine Konsultation nicht mehr angezeigt war.

Die Kommission war der Auffassung, dass der meldende Arzt sich nicht an die Sorgfaltskriterien gehalten hatte. Nach Meinung der Kommission war die Bedingung, dass der Arzt mindestens einen anderen Arzt hinzuziehen muss, der den Patienten/die Patientin gesehen und sein Urteil im Hinblick auf die Einhaltung der Sorgfaltskriterien schriftlich niedergelegt hat, nicht erfüllt. In diesem Fall wurde der Arzt, der in erster Linie als Bereitschaftsarzt auftrat und abends gerufen wurde, weil die Patientin so starke Schmerzen hatte, letztendlich zu dem Arzt, der die Sterbehilfe vornahm (meldender Arzt). Der Arzt konsultierte lediglich den eigenen Hausarzt der Patientin, der in seiner Rolle als behandelnder Arzt nicht unabhängig war. Der meldende Arzt erstellte selbst einen Konsultationsbericht und unterschrieb ihn. Die Kommission konnte, wenngleich sie den guten Willen und die Integrität des meldenden Arztes keineswegs in Zweifel zieht, auch nach einer mündlichen Erklärung des Arztes, nicht zu dem Schluss kommen, dass die Notlage so dringlich war, dass keine Zeit mehr gewesen wäre, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass keine Hinzuziehung im Sinne des Gesetzes erfolgt war. Dies wäre nach Auffassung der Kommission um so wichtiger gewesen, als der meldende Arzt die Patientin erst seit einem Tag kannte. Eine Hinzuziehung wäre in diesem Fall von ganz wesentlicher Bedeutung gewesen, um die Einhaltung der Sorgfaltskriterien zu überprüfen.

Die Generalstaatsanwaltschaft hat diesen Fall überprüft, u.a. aufgrund des Umstands, dass aus der Akte hervorgegangen war, dass nur ein sehr kurzes Behandlungsverhältnis zwischen dem Arzt und der Patientin bestanden hat und dass kein unabhängiger Kollege hinzugezogen worden war. Die Staatsanwaltschaft war wie die Kommission der Auffassung, dass der meldende Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Dennoch hielt die Staatsanwaltschaft eine Strafverfolgung in diesem speziellen Fall für unverhältnismäßig. Es wurde keine Strafverfolgung eingeleitet.

4. Sorgfaltskriterien

I. Ersuchen

Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung kann nur gegeben sein, wenn der Patient ausdrücklich darum gebeten hat. Die Bitte muss er nach reiflicher Überle-

gung und freiwillig geäußert haben. Erst dann ist dem Sorgfaltskriterium genüge getan, nach dem der Arzt zu der Überzeugung gekommen sein muss, dass es sich um ein nach reiflicher Überlegung und aus freien Stücken zustande gekommenes Ersuchen handelt.

Liegt ein nach reiflicher Überlegung und aus freien Stücken zustande gekommenes Ersuchen vor?

Die erste Frage, die sich die Kommissionen in diesem Zusammenhang stellen, ist die Frage, ob und wenn ja, wie der Patient das Ersuchen geäußert hat. Es braucht sich nicht unbedingt um ein schriftliches Ersuchen zu handeln, wenngleich dies aus beweisrechtlichen Gründen wünschenswert ist.

Übrigens lag in fast allen Fällen eine schriftliche Patientenverfügung vor. Die Kommissionen können sich vorstellen, dass es dem Arzt lieber ist, wenn eine solche Verfügung existiert, aber sie kann – so kurz vor dem Tod – auch durch eine getreue Wiedergabe des mündlich geäußerten Sterbehilfewunsches, zum Beispiel in der Krankenakte des Patienten, ersetzt werden. Ganz allgemein ist es im Interesse des Arztes, der mit seinem Patienten über Sterbehilfe spricht, wenn er sich rechtzeitig dafür einsetzt, dass eine schriftliche Verfügung aufgesetzt wird.

In bestimmten Fällen ist die Existenz einer schriftlichen Verfügung von ausschlaggebender Bedeutung. Wenn ein Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, er aber, bevor es ihm unmöglich wurde, eine schriftliche Verfügung zu verfassen, in der er den Wunsch nach Sterbehilfe äußert, kann der Arzt diesem Wunsch entsprechen. Die Kommissionen kontrollieren dann bei der Beurteilung des Kriteriums, ob der Wunsch freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, ob die Verfügung sich auf die aktuelle Lage des Patienten bezieht und ob die Situation die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt. Das ist übrigens keine einfache Aufgabe. Je konkreter die Patientenverfügung, desto mehr Anknüpfungspunkte wird sie für die Entscheidung des Arztes und für die Beurteilung durch die Kommissionen bieten. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt und der Patient frühzeitig über den Inhalt und den Zweck der Verfügung sprechen.

In vielen Fällen sprechen Arzt und Patient bereits in einem frühen Stadium über Sterbehilfe, zum Beispiel nach der infausten Diagnose. Auch kommt es häufig vor, dass ein Patient im Verlauf der Krankheit seinen Sterbehilfewunsch äußert. Solche Gespräche spiegeln die reifliche Überlegung wider, müssen aber von der Situation unterschieden werden, in der der Patient konkret um Sterbehilfe bittet.

Die Frage im Meldeformular nach dem Zeitpunkt, zu dem der Patient den Sterbehilfewunsch zum ersten Mal geäußert hat, führt manchmal zu Missverständnissen. Einige Ärzte tragen hier den Zeitpunkt ein, zu dem erstmals über Sterbehilfe gesprochen wurde. Andere den Moment, zu dem der Patient zum ersten Mal unter Vorbehalt und wieder andere den Zeitpunkt, zu dem das erste Mal ein konkreter Sterbehilfewunsch geäußert worden ist. Es kommt auch vor, dass nur wenig Zeit zwischen dem ersten konkreten Ersuchen und der Durchführung liegt, manchmal sogar weniger als ein Tag. Nach Auffassung der Kommissionen ist dies nur in außergewöhnlichen Fällen zu rechtfertigen, in denen unerwartet eine akute Notlage eintritt. Dann ist es wichtig, dass aus den vom Arzt und vom hinzugezogenen Arzt erteilten Informationen hervorgeht, dass eine solche akute Notlage gegeben war. Manchmal verstreicht relativ viel Zeit zwischen dem konkreten Ersuchen und der Durchführung der Sterbehilfe, z.B. mehrere Wochen. In solchen Fällen fordern die Kommissionen den Arzt häufig auf, den Verlauf genauer zu schildern, wenn sich in der Meldung nichts darüber findet.

Eine weitere Frage betrifft die Art des Wunsches. Aufgrund der gesetzlichen Sorgfaltskriterien muss sich der Arzt davon vergewissern, dass der Sterbehilfewunsch von dem Patienten tatsächlich völlig freiwillig geäußert wird und von ihm selbst stammt. Es muss feststehen, dass das Ersuchen des Patienten nicht auf den Druck anderer Menschen oder auf die Umstände zurückzuführen ist. Manchmal erklärt ein Patient, er wolle seiner Familie nicht länger zur Last fallen. Der Arzt muss dann prüfen, welchen Wert diese Aussage hat. In einzelnen Fällen sieht es danach aus, dass der Druck der Familie ein Faktor bei der Entscheidung gewesen ist. Außerdem muss die Bitte nach reiflicher Überlegung und mehrfach geäußert worden sein. Die Kommissionen achten dabei auf mögliche Beeinträchtigungen durch Depression oder andere Störungen der kognitiven oder expressiven Ausdrucksfähigkeit. Solche Beeinträchti-

gungen können sich auf die Bitte auswirken, das braucht aber nicht unbedingt der Fall zu sein. Eine Bitte, die in einem lichten Augenblick geäußert worden ist, kann sehr wohl reiflich überlegt sein. Auch muss unterschieden werden zwischen einer Depression im psychiatrischen Sinn und Trübseligkeit oder Niedergeschlagenheit als Folge der schweren Krankheit des Patienten. In derartigen Fällen kann das Urteil eines unabhängigen Psychiaters die Freiwilligkeit und die reife Überlegung bestätigen.

In einigen Fällen veranlassen die in der Meldung gemachten Angaben die Kommissionen, nähere Informationen zu der Frage anzufordern, inwieweit Depressionsgefühle die Entscheidung des Patienten sowie seine Fähigkeit, aus freien Stücken ein reiflich überlegtes Ersuchen zu äußern, beeinflusst haben.

Fall 6

Ein 65-jähriger Patient litt seit Ende 2001 an Metastasen eines Melanoms in der Brust und in der Achsel. Ab Anfang 2002 wurden außerdem Metastasen in der Leber, den Lungen und einige Monate später im Becken und in der Wirbelsäule festgestellt. Das Leiden bestand aus Schmerzen, Übelkeit, sichtbaren Hautmetastasen, Doppelsehen und vollständiger Pflegebedürftigkeit. Außerdem erwähnte der Arzt, dass der Patient an einer Depression und der Angst vor möglicherweise noch größeren Schmerzen litt. Um die Stimmung des Patienten zu beeinflussen, gab der Arzt ihm Ritalin, jedoch ohne zufriedenstellende Wirkung. Die Einnahme anderer Antidepressiva verweigerte der Patient. Im April 2002 bat der Patient den Arzt, sein Leben zu beenden. Von da an wiederholte er seinen Wunsch mehrfach. Es lag eine im Mai und Juni 2002 aktualisierte Patientenverfügung aus dem Jahre 1998 vor.

Der Patient wurde im Mai und Juni 2002 von zwei verschiedenen anderen Ärzten besucht, wobei der zweite dieser beiden im Juni zu dem Schluss kam, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien. Auch sei das Ersuchen nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert worden. Bei dem Gespräch war der Patient bei klarem Verstand und äußerte deutlich seinen Sterbehilfewunsch. Ende Juni 2002 wurde die Lebensbeendigung durch die intravenöse Verabreichung von Nesdonal und Pavulon durchgeführt.

Der Kommission war aufgrund der gemeldeten Daten nicht ganz klar, ob, und wenn ja, inwieweit die erwähnte Depression die Entscheidung des Patienten und seine Fähigkeit, reiflich überlegt und freiwillig einen Sterbehilfewunsch zu äußern, beeinflusst hat. Die Kommission hat den Arzt aufgefordert, ihr hierzu schriftlich nähere Informationen zukommen zu lassen. In seinen Ausführungen schrieb der Arzt, dass der Patient – bevor er unter Depressionen litt – wiederholt darauf hingewiesen hat, dass er Sterbehilfe wünsche, wenn das Leiden für ihn unerträglich werden würde. Nach Meinung des Arztes gab es keine Hinweise darauf, dass die Depressivität die Entscheidung des Patienten beeinflusst hatte, als dieser erstmals seinen Wunsch nach Lebensbeendigung geäußert hatte. Die mögliche Depression, die in Trübseligkeit und Niedergeschlagenheit zum Ausdruck kam, war in erster Linie Folge der ernsten Krankheit und des Charakters des Patienten, der immer sehr selbstständig gewesen war. Aufgrund der ergänzenden Informationen des Arztes urteilte die Kommission, dass der Arzt im Einklang mit den gesetzlichen Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Nach reiflicher Überlegung setzt außerdem voraus, dass der Patient gut über seine Krankheit, die Situation, in der er sich befindet, die Prognose und eventuelle alternative Möglichkeiten Bescheid weiß. Im Hinblick auf die Beurteilung dieses Umstands ist es für einen Arzt ratsam, das Ersuchen des Patienten mehrfach in Gesprächen zu thematisieren, damit er und der Patient sich ein gutes Bild von der Einstellung und Position des jeweils anderen machen kann. Damit dies alles angemessen kontrolliert werden kann, ist es wichtig, dass der Arzt solche Gespräche gut dokumentiert und die relevanten Unterlagen seinem Bericht beilegt.

II. Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

Der Arzt muss – und das ist das zweite Kriterium und wesentlich für eine sorgfältige Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung – zu der Überzeugung gelangt sein, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos ist (Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung/WTL).

Aus medizinischer Sicht kann einigermaßen objektiv festgestellt werden, ob der Zustand aussichtslos ist: Eine Besserung ist nicht zu erwarten, statt dessen eine kontinuierliche, fortschreitende Verschlechterung. Dass keine Aussicht auf Besserung mehr besteht, muss nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen feststehen.

Das Element der Unerträglichkeit ist zu einem großen Teil subjektiv bestimmt. Ob das Leiden unerträglich ist, hängt von der Sicht des Patienten ab, von seiner Persönlichkeit und seinen Normen und Werten. Außerdem unterscheidet sich die Leidenserfahrung von Patient zu Patient. Für den einen ist es unerträglich, dass er durch die Krankheit vollständig von anderen abhängig wird, für den anderen ist es der stetige körperliche Verfall. Doch die Unerträglichkeit ist nicht ausschließlich eine subjektive Angelegenheit. Faktoren wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot und Erschöpfung tragen in wesentlichen Maß zu der Feststellung bei, dass das Leiden unerträglich ist.

Trotzdem ist das Element der Unerträglichkeit des Leidens eines der größten Dilemmas in der Sterbehilfepraxis und ihrer Überprüfung. Oft stellt sich die Frage, inwieweit man die Unerträglichkeit objektivieren können muss. Reicht es aus, wenn ein Patient selbst der Meinung ist, sein Leiden sei unerträglich, vorausgesetzt, er leidet an einer unheilbaren Krankheit? Ist das Leiden – obwohl eine somatische Krankheit vorliegt – eigentlich nicht mehr psychischer Art? Allgemein gilt bei der Prüfung dieses Kriteriums, dass die Unerträglichkeit des Leidens insoweit objektiviert werden können muss, als sie auf jeden Fall für den behandelnden Arzt nachvollziehbar ist.

In einigen Fällen ist die Angst vor dem künftigen Leiden ein wichtiger Faktor. Diese Angst des Patienten kann daher rühren, dass er selbst eine solche Erfahrung gemacht hat oder dass er den Krankheitsverlauf einer ihm nahe stehenden Person miterlebt hat. Geht es um Angst vor künftigen Leiden, muss diese nach Auffassung der Kommission real sein, zum Beispiel Angst vor Erstickung, akuten Blutungen oder noch weiterem körperlichem Verfall.

Bei den meisten Fällen, die den Kommissionen vorgelegt werden, handelt es sich um unbehandelbare, bösartige Prozesse, die sich häufig durch nicht zu kontrollierende Schmerzen, starke Übelkeit und Übergeben kennzeichnen.

Daneben gibt es Krankheitsbilder wie Multiple Sklerose, Amyotrophe Laterale Sklerose, die Parkinsonsche Krankheit, die chronische Lungenerkrankung COPD und andere unheilbare Krankheiten, die zu vollständiger Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit oder zum Tod durch Ersticken führen können. In anderen Fällen, zum Beispiel bei Patienten mit einer Querschnittslähmung oder nach einem zerebrovaskulärem Unfall, ist es manchmal schwieriger festzustellen, ob das Leiden unerträglich ist. Kein Zweifel besteht im Übrigen daran, dass der Zustand dieser Patienten insoweit aussichtslos ist, als sich ihr Zustand nicht bessern kann. In diesem Berichtsjahr wurden den Kommissionen auch Fälle vorgelegt, bei denen mehrere altersbedingte Krankheiten zusammenkamen. In diesen Fällen kontrollieren die Kommissionen ganz genau, wie der Prozess zwischen Arzt und Patient verlaufen ist, welche Faktoren das Leiden für den Patienten unerträglich gemacht haben und wie der Arzt zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war.

Zur Illustration das folgende Beispiel.

Fall 7

Ein 82-jähriger Mann litt an einer Reihe von Altersbeschwerden. Seit 1980 hatte er ein Glaukom, das mehrfach operiert worden war. Dennoch ließ sein Sehvermögen im Lauf der Zeit immer mehr nach. Außerdem litt er seit den 80er-Jahren an Diabetes und Hypertonie. 1997 wurde bei dem Patienten ein Multi-Infarkt-Syndrom festgestellt, was zu einem mittleren bis starken Gedächtnisverlust führte. Etwa einen Monat bevor er starb, hatte er einen zerebrovaskulären Unfall, durch den er einige Tage lang Lähmungserscheinungen hatte. Nach diesem Unfall war der Patient blind.

Der Arzt wurde von der Kommission aufgefordert, weiter gehende schriftliche Informationen vorzulegen, und anschließend wurde er von der Kommission angehört. Der Arzt unterstrich, dass der Patient neben der Blindheit an verschiedenen anderen Erkrankungen litt, unter anderem an schweren Gefäßerkrankungen an mehreren Stellen (Hirn, Herz, Beine, zusätzlich Geschwüre), und dass er mehrere Gehirninfarkte erlitten hatte, durch die insgesamt drei Mal Lähmungserscheinungen und Gedächtnisstörungen auftraten. Ein anderes Handicap bestand

darin, dass er wegen eines Taubheitsgefühls in den Füßen, möglicherweise verursacht durch den Diabetes, und durch Gleichgewichtsstörungen große Probleme beim Laufen hatte. Durch die Blindheit und den Gedächtnisverlust und darüber hinaus durch den Verlust seiner Frau und seines Sohnes empfand der Patient sein Leben als sinnlos und unerträglich. Es war ihm bewusst, dass sich jederzeit ein neuer zerebrovaskulärer Unfall ereignen kann, was zu noch weiter gehender Invalidität führen würde. Die Angst des Patienten hiervon war nach Angaben des Arztes nur zu berechtigt. Nachdem er jahrelang unter seiner Sehbehinderung gelitten hatte, wollte er die Blindheit nicht akzeptieren. Noch größeres Leiden war für ihn unerträglich. Der Arzt erklärte, dass es keine Möglichkeiten gab, eine Besserung der Beschwerden herbeizuführen. Der Arzt hatte dem Patienten Antidepressiva und die Hilfe eines Psychologen angeboten, was der Patient aber ablehnte, da dies keine Besserung für seine körperlichen Beschwerden bedeuten würde. Der Arzt erklärte sowohl schriftlich als auch mündlich, dass er im Lauf der Zeit zu der Überzeugung gelangt sei, dass der Patient unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.

In der letzten Woche seines Lebens weigerte sich der Patient zu essen und zu trinken, wodurch der Diabetes außer Kontrolle geriet. Der Arzt ging davon aus, dass der Patient, wenn keine Lebensbeendigung vorgenommen würde, aufgrund der Austrocknung und des unkontrollierten Diabetes innerhalb einer Woche sterben würde. Der hinzugezogene Arzt kam zu dem Schluss, dass die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt seien. Nach Abwägung aller Umstände und unter Berücksichtigung der Erläuterungen des Arztes war die Kommission der Auffassung, dass nach den aktuellen Erkenntnissen ein unerträgliches Leiden und ein aussichtsloser Zustand vorlagen. Der Arzt hatte nach Meinung der Kommission im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Patientenaufklärung: Gibt es keine andere annehmbare Lösung?

Die Kommissionen beurteilen außerdem, ob der Arzt seinen Patienten über die Krankheit und die Prognose aufgeklärt hat und, wenn ja, auf welche Weise (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe c WTL). War der Patient ausreichend über die Diagnose und die Prognose im Bilde? Besondere Aufmerksamkeit gilt in diesem Zusammenhang der Möglichkeit einer palliativen Behandlung. Wenn es hier Unklarheiten gibt, stellt die Kommission Fragen. Sind die Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten besprochen worden, was ist im Bereich der Palliativmedizin getan worden und mit welchem Ergebnis? Es gilt, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gekommen sein muss, dass es für den Patienten, angesichts der Situation, in der er sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d WTL). Das bedeutet nicht, dass jede palliative Behandlung ausprobiert werden muss. Aus gutem Grund kann auf eine Behandlung verzichtet werden. Bestimmte palliative Behandlungen haben Nebenwirkungen, die für den Patienten schwer zu ertragen sind. So kommt es vor, dass ein Patient die Erhöhung der Morphiumdosis wegen verschiedener Nebenwirkungen, z.B. Bewusstseinsverlust, ablehnt. Palliative Behandlungen mit Radiotherapie haben zum Teil derartige Nebenwirkungen, dass der Nutzen die Nachteile nicht mehr aufwiegen kann. In anderen Fällen ist ein Transport des Patienten zur Behandlungsstätte zu belastend. Wenn ein Patient eine palliative Behandlung aus einem solchen Grund ablehnt, kann das akzeptabel sein. Eine solche Weigerung schließt nicht aus, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe entsprochen wird. Manchmal verweigert ein Patient jedoch eine auf den ersten Blick wenig tief greifende palliative Behandlung. Es kann dann um eine „annehmbare andere Lösung“ gehen. Von dem Arzt wird in einem solchen Fall erwartet, dass er hierüber mit dem Patienten spricht. Für die Kommissionen ist es wichtig, dass aus den Berichten hervorgeht, wie der Arzt mit dieser Situation umgegangen ist.

Fall 8

Bei einem 81-jährigen Patienten wurde im Mai 2002 ein metastasiertes Kolonkarzinom diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Der Patient bat den Arzt um Sterbehilfe und verweigerte jegliche palliative Behandlung. Der Kommission war aufgrund der Angaben in der Meldung nicht klar, ob es Behandlungsalternativen gab und, wenn ja, welche. Deshalb wurde der Arzt aufgefordert, nähere Informationen beizubringen. In seinen schriftlichen Erläuterungen führte der Arzt aus, dass der Tumor bereits in die Bauchwand vorgedrungen war. Außerdem waren Lebermetastasen und Peritonitis carcinomatosa diagnostiziert worden. Die Prognose lautete: kurzfristig infaust. Im Verlauf des operativen Eingriffs wurde außerdem eine län-

ger als 24 Stunden bestehende Perforation des Darms mit fäkaler Peritonitis festgestellt. Infolgedessen war die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich im postoperativen Verlauf Komplikationen ergeben würden. Eine palliative Behandlung mit Chemotherapie wäre erst möglich gewesen, nachdem sich der Patient von diesem Eingriff erholt gehabt hätte. Die Erfolgsaussichten für die Chemotherapie wurden auf 25 % geschätzt. Der Arzt verwies darauf, diese Situation mehrfach mit dem Patienten besprochen zu haben. Der Patient selbst lehnte die Behandlung angesichts der komplizierten postoperativen Genesung und der geringen Erfolgsaussichten der Chemotherapie ab. Der Arzt konnte diese Haltung akzeptieren. Aufgrund dieser Erläuterungen war auch der Kommission klar, dass hier die Belastung durch die Behandlung den Nutzen derselben überstieg. Eine annehmbare Behandlungsalternative war nicht gegeben. Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Im vergangenen Jahr mussten sich die Kommissionen einige Male mit Meldungen von Lebensbeendigungen auf Verlangen von Patienten beschäftigen, die zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung nicht mehr ansprechbar waren. Der Patient hatte kurz vor der Durchführung das Bewusstsein verloren, unter anderem durch die Erhöhung der Morphinmedikation. Auch wenn in Medizinerkreisen im Allgemeinen angenommen wird, dass ein Patient im Koma nicht unerträglich leiden kann, können besondere Tatsachen und Umstände des Falles für die Kommissionen Anlass sein, zu entscheiden, dass der Arzt bei der Durchführung der Sterbehilfe dennoch im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Ein wichtiges Element bei dieser Problematik kann die Frage sein, ob das Koma reversibel ist. Die Umstände, in denen der Patient sich befand, bevor er ins Koma fiel, können so sein, dass ein Zurückholen aus dem Koma nicht human wäre. Auch andere Faktoren, wie der ausdrücklich vom Patienten geäußerte Wunsch in Bezug auf einen eventuellen Komazustand spielen bei der Abwägung eine Rolle. Ganz allgemein vertreten die Kommissionen allerdings die Auffassung, dass sich Ärzte in solchen Fällen besonders zurückhalten müssen. In vielen Fällen kann ein natürlicher Tod abgewartet werden. Es sind jedoch die konkreten Fakten und Umstände jedes Einzelfalles, die für die Entscheidung der Kommission über die Frage, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, Ausschlag gebend sind.

Fall 9

Eine 96-jährige Patientin litt an verschiedenen Erkrankungen. 1992 musste sie sich wegen eines Kolonkarzinoms einer Dickdarmoperation unterziehen. Ab 1999 hatte sie wiederholt Harnwegsinfektionen. Außerdem litt sie an Anämie, Hypertonie und Hypothyreose. Seit 2002 hatte die Patientin mehrere Herzinfarkte erlitten. Eine weitere Untersuchung wegen eines möglichen Darmkarzinoms wurde noch erwogen, von der Patientin aber abgelehnt. Eine Woche vor ihrem Tod stellte sich zusätzlich eine Decompensatio Cortis ein. Die Patientin war bei geringer Anstrengung und im Ruhezustand kurzatmig und vereinzelt inkontinent (Harn und Stuhl). Sie wurde mit verschiedenen Medikamenten behandelt. Eine Heilung war nicht möglich.

In den letzten Monaten baute die Patientin körperlich schnell ab. Ihr Leiden bestand aus intensiver Müdigkeit und Atemnot. Da sie immer aktiv und selbstständig gewesen war, war die zunehmende Abhängigkeit für sie unerträglich. Die Inkontinenz empfand sie als erniedrigend. Die Patientin lebte allein in einer Einrichtung für betreutes Wohnen. Die letzten Tage wurde sie, entgegen ihrem ausdrücklichen Willen, von ihren Kindern gepflegt. Abgesehen von den verabreichten Medikamenten gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu erleichtern. Die Patientin wurde vom Arzt ausreichend über ihre Situation und die Prognose informiert. Am Tag der Durchführung war die Patientin nicht mehr ansprechbar. Aufgrund dieser Situation forderte die Kommission den Arzt auf, schriftlich mehr Informationen beizubringen. In diesen Informationen beschreibt der Arzt, dass er – angesichts der zunehmenden Atemnot und Schmerzen der Patientin und in Erwartung des SCEN-Berichts – nach Rücksprache mit der Patientin und im Beisein ihrer Söhne ein paar Tage vor ihrem Tod mit der Verabreichung von Morphin begonnen hatte. Die Patientin befürchtete, dass sich infolge der Medikation nicht mehr bei Bewusstsein sein würde. Mit der Patientin und ihren Söhnen wurde vereinbart, dass, sofern die Patientin nicht in den nächsten Tagen sterben sollte, die Lebensbeendigung an einem zuvor vereinbarten Tag erfolgen sollte, selbst wenn die Patientin dann nicht mehr bei Bewusstsein sein sollte. Danach verschlechterte sich der Zustand. Die Patientin wurde kurzatmig, war nicht mehr ansprechbar und sehr unruhig. Am Abend wurde sie extrem ängstlich,

verwirrt und die Atemnot nahm zu. Daraufhin verabreichte der Arzt zusätzlich zu dem Morphin noch Haldol und Dormicum. Danach ist die Patientin nicht mehr aufgewacht.

Die Patientin befand sich inzwischen in einer Situation, in die sie nach früheren Aussagen auf keinen Fall kommen wollte. Ihr zu einem früheren Zeitpunkt geäußerter Wunsch, nicht mehr gewaschen zu werden, wurde von ihren Söhnen respektiert. Die Patientin lag in ihrem eigenen Schmutz und litt an Dekubitus. Obwohl der Arzt den Söhnen erklärte, dass die Patientin in dieser Situation formal nicht litt und von einer eventuellen Körperpflege nichts merken würde, wollten die Söhne die Wünsche der Mutter respektieren.

Die Patientin hatte ab 1993 regelmäßig um Sterbehilfe gebeten, widerrief diesen Wunsch jedoch jeweils, wenn es ihr wieder besser ging. 1993 hatte sie eine Patientenverfügung des Niederländischen Vereins für ein freiwilliges Lebensende (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende) unterschrieben. In diese Verfügung hat sie zusätzlich eine Bestimmung zur Sterbehilfe im Falle eines Komazustands aufgenommen. Ab Juli 2001 hat sie mit dem Arzt regelmäßig das Thema Sterbehilfe besprochen. Im März 2002 sagte sie, sie wolle nicht mehr leben. In einer letzten schriftlichen Verfügung hatte sie erklärt, ihr Leben durch Sterbehilfe beenden lassen zu wollen, und diese Verfügung hatte sie unterschrieben. Zuletzt war die Patientin mit dem Arzt so verblieben, dass die Sterbehilfe durchgeführt werden sollte, wenn sie zum festgelegten Tag noch nicht eines natürlichen Todes gestorben sein sollte. Der hinzugezogene Arzt war der Meinung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Im Beisein der Kinder hat der Arzt der Patientin 10 mg Pavulon intravenös verabreicht. (Da die Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung bereits im Koma lag, brauchte kein Mittel zur Herbeiführung eines Komas gegeben zu werden.)

In Bezug auf diese Meldung stellte die Kommission die folgenden Erwägungen an.

Im Falle eines Komas gilt es allgemein als anerkannt, dass ein Patient nicht leidet. In diesem speziellen Fall, in dem davon ausgegangen wurde, dass die Patientin in absehbarer Zeit eines natürlichen Todes sterben würde, stellte sich die Frage, ob aktives Eingreifen nötig und angezeigt war. Unter Berücksichtigung der Erläuterungen des Arztes, wonach die Situation, in der die Patientin sich befand, unter anderem durch die Medikation verursacht worden war, war die Kommission der Auffassung, dass es sich hier um ein möglicherweise reversibles Koma handelte. Das Zurückholen der Patientin wäre unter diesen Umständen jedoch nicht human und daher nicht opportun gewesen. Die Kommission vertrat allerdings den Standpunkt, dass der Arzt, was die Zusage der Durchführung der Sterbehilfe betrifft, unter den gegebenen Umständen mehr Zurückhaltung hätte üben sollen. Unter Berücksichtigung der Patientenverfügung aus dem Jahr 1993, die 2002 schriftlich bekräftigt und mündlich wiederholt wurde, kurz bevor sie nicht mehr ansprechbar war, und des von dem Arzt beschriebenen Leidens, aufgrund dessen der Arzt davon überzeugt war, dass den Sorgfaltskriterien Genüge getan war, kam die Kommission allerdings zu dem Urteil, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

III. Hinzuziehung eines zweiten Arztes

Eines der Sorgfaltskriterien besteht in der Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Arztes, der den Patienten gesehen und schriftlich seine Meinung zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien abgegeben haben muss (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e WTL). Dieser zweite Arzt muss deshalb selbstständig ein sachkundiges und unabhängiges Urteil über die Aussichtslosigkeit des Zustands und die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten abgeben, einschließlich der Frage, ob es noch Alternativen zur Erleichterung des Leidens gab, sowie darüber, ob das Ersuchen um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden ist. Das bedeutet, dass der Arzt dem Patienten gegenüber unabhängig sein muss, d.h., dass er den Patienten noch nicht behandelt haben und dass er nicht mit ihm verwandt sein darf, ja dass er ihn – um seine Sicht der Dinge nicht zu beeinträchtigen – im Prinzip gar nicht kennen darf. Und auch dem behandelnden Arzt gegenüber, der die Sterbehilfe oder die Hilfe bei der Selbsttötung leistet, muss er unabhängig sein. Das heißt, dass zwischen den beiden Ärzten prinzipiell kein Familien- oder Abhängigkeitsverhältnis bestehen darf und dass beide nicht in derselben Ärztegemeinschaft tätig sein dürfen.

Das Kriterium, nach dem ein zweiter Arzt den Patienten gesehen und schriftlich sein Urteil in Bezug auf die Einhaltung der Sorgfaltskriterien abgegeben haben muss, galt auch bereits unter der alten Regelung, die bis zum 30. März 2002 in Kraft war, es ist jetzt aber explizit in das Gesetz aufgenommen worden. Wird dieses Kriterium nicht eingehalten, hat der Arzt die

Sorgfaltskriterien nicht erfüllt. Der Arzt sollte sich in jedem Fall vergewissern, dass der zweite Arzt seine Aufgabe richtig ausgeführt und dies dokumentiert hat.

Ein ausführlicher und gut dokumentierter Bericht des zweiten Arztes stützt außerdem die Sterbehilfemeldung und ist der Kommission eine Hilfe bei der richtigen Beurteilung des Falles.

Im zurückliegenden Berichtsjahr sind den Kommissionen mehrfach Berichte zugegangen, in denen der Anforderung zur Hinzuziehung eines zweiten Arztes nicht genüge getan war. Im nachstehenden Fall führte dies zu der Schlussfolgerung, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 10

Bei einem 47-jährigen Patienten wurde im April 2001 ein Magenkarzinom festgestellt; im Februar 2002 wurden Metastasen in der Leber diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Weder an der Tatsache, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, noch daran, dass das Leiden unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung war, bestanden irgendwelche Zweifel. Der Arzt teilte in seinem Musterbericht mit, dass als zweiter Arzt ein Facharzt fungiert habe, und fügte dem Bericht einen Facharztbrief als Bericht des zweiten Arztes hinzu. In dem betreffenden Brief wurde überhaupt nicht auf die Bitte des Patienten um Sterbehilfe eingegangen. Aus dem Krankenblatt des Patienten, das der Meldung beilag, ging hervor, dass der Arzt den Facharzt noch zwei Mal telefonisch konsultiert hatte, einmal am Tag vor und einmal am Tag der Durchführung der Sterbehilfe. Da dem Bericht kein Bericht des zweiten Arztes über ein Gespräch mit dem Patienten beigelegt war und auch aus den übrigen Unterlagen nicht hervorging, ob der Facharzt selbst die Einhaltung der Sorgfaltskriterien überprüft hatte, bat die Kommission den Arzt um eine mündliche Erläuterung seines Berichts.

Der Arzt erklärte der Kommission, dass sowohl der Besuch des Patienten bei dem Facharzt als auch seine beiden Telefonate mit dem Facharzt von ihm als Hinzuziehung des zweiten Arztes im Sinne des Gesetzes gedacht waren. Der Arzt erklärte weiter, er habe in der Vergangenheit bereits mehrfach Sterbehilfe geleistet, nachdem er zuvor nur telefonisch einen anderen Arzt konsultiert hatte. Nach Angaben des Arztes habe die Staatsanwaltschaft diesbezüglich nie Beanstandungen gehabt.

Die Kommission hat daraufhin bei dem Facharzt schriftlich Informationen eingeholt und gefragt, ob er die Konsultationen des Arztes als Hinzuziehung eines zweiten Arztes im Sinne des Gesetzes verstanden hatte. Der Facharzt teilte der Kommission ausdrücklich mit, dass dies nicht der Fall sei. Er hatte den Patienten einmal in der Poliklinik gesehen. Er konnte sich nicht daran erinnern, dass dabei über Sterbehilfe gesprochen worden war. Auch bei den beiden Telefonaten sei er nicht gezielt nach seiner Meinung zu lebensbeendenden Maßnahmen bei dem Patienten gefragt worden. Es sei allerdings besprochen worden, dass es für den Patienten keine kurativen Behandlungsoptionen mehr gab und dass es nur noch um die Bekämpfung der Symptome gehen konnte.

Die Kommission war aufgrund des Berichts, der mündlichen Erläuterungen des Arztes und der ergänzenden Informationen des Facharztes der Meinung, dass der Arzt das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Arztes nicht erfüllt hatte und dass er bei der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Die Staatsanwaltschaft hat der Kommission nach ihrer Prüfung des Falls mitgeteilt, dass sie sich diesem Urteil anschließt, dass sie aber keine strafrechtlichen Ermittlungen einleiten werde. Der Fall wurde allerdings der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen zugeleitet, und es hat ein Gespräch mit dem Arzt stattgefunden.

In nahezu allen Fällen wurde ein Kollege hinzugezogen. Hausärzte wandten sich fast immer an einen anderen Hausarzt, häufig einen SCEN-Arzt, und Fachärzte in der Regel an einen oder mehrere Facharzt-Kollegen im selben Krankenhaus. In Ausnahmefällen wurde außerdem ein Psychiater oder Psychologe eingeschaltet, um herauszufinden, inwieweit der Patient willensfähig war und ob möglicherweise eine psychische oder psychiatrische Störung vorliegt. Noch seltener wurde lediglich ein Psychiater als zweiter Arzt hinzugezogen. Im Allgemeinen halten die Kommissionen dies nicht für wünschenswert, da dieser Arzt nicht nur beurteilen

muss, ob das Ersuchen freiwillig, nach reiflicher Überlegung und wiederholt geäußert worden ist, sondern auch ob das Leiden unerträglich und der Zustand aussichtslos ist.

IV. Durchführung

Allgemein sorgt das Kriterium, dass die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt werden muss, kaum für Probleme. In den meisten Fällen orientiert man sich, was Methode und Mittel angeht, an der Empfehlung „Anwendung und Herstellung von Euthanatica“ (1998) der Königlich Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP). Die Lebensbeendigung wird durch eine aktive Handlung des Arztes vorgenommen, der die Euthanatica – in der Regel als Infusion – dem Patienten verabreicht. Um ein Koma herbeizuführen, wird intravenös Thiopental gegeben, anschließend ein Medikament zur Entkrampfung der Muskeln (z.B. Pancuronium, Atracurium, Rocuronium oder Vecuronium). In einigen Fällen entscheidet sich der Patient dafür, die Mittel selbst einzunehmen. Rechtlich handelt es sich dann um Hilfe bei Selbsttötung. In einem solchen Fall trinkt der Patient ein Flüssigkeit, die aus einem Barbiturat besteht. Auch wenn der Arzt die Mittel nicht selbst verabreicht, sondern sie nur dem Patienten zur Verfügung stellt, hat er im Allgemeinen bei der Einnahme anwesend zu sein. Er darf den Patienten mit den Euthanatica nicht allein lassen. In Einzelfällen kommt es vor, dass der Patient die Flüssigkeit erbricht, dann muss der Arzt doch noch selbst aktiv werden.

5. Berichterstattung

Eine gut dokumentierte Meldung ist für eine sorgfältige Überprüfung von großer Bedeutung. Schließlich kontrollieren die Kommissionen das Handeln des Arztes in erster Linie auf der Grundlage der schriftlichen Meldung. Ein ausführlicher Musterbericht des Arztes und ein Bericht des zweiten Arztes über seinen Kontakt mit dem Patienten sind in vielen Fällen ausreichend; es ist dann nicht mehr erforderlich, noch zusätzliche schriftliche oder mündliche Informationen bei dem Arzt, dem hinzugezogenen Arzt oder einer anderen Betreuungsperson einzuholen.

Für die Abfassung des schriftlichen Berichts über die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung wurde für den Arzt ein Musterbericht entworfen, der in den meisten Fällen auch verwendet wird. Er muss aber nicht verwendet werden. Auch ein individuell vom Arzt verfasster Bericht wird von den Kommissionen akzeptiert, vorausgesetzt der Arzt geht darin auf alle Sorgfaltskriterien ein. In der Praxis wird nahezu immer der Musterbericht verwendet. Beim In-Kraft-Treten des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung wurde der Musterbericht an das neue Gesetz angepasst. Inzwischen haben das Justiz- und das Gesundheitsministerium eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die alle Meldeformulare kritisch prüft, mit dem Ziel, sie so zu verbessern, dass sie möglichst eindeutig und noch besser auf die Meldepraxis abgestimmt sind. Die Kommissionen sind in dieser Arbeitsgruppe vertreten.

Die Kommissionen haben festgestellt, dass sich die Berichterstattung durch die Ärzte im letzten Jahr allgemein wieder verbessert hat. Durch Informationen und Feedback vonseiten der Kommissionen wird den Ärzten immer klarer, wie die Berichterstattung zu erfolgen hat. Dennoch kommt es noch vor, dass Fragen in den Berichten sehr global beantwortet werden. In solchen Fällen bleibt den Kommissionen nichts anderes übrig, als den Arzt um weiter gehende Informationen zu bitten.

Auch der hinzugezogene zweite Arzt fasst einen Bericht. Darin muss er zu allen Sorgfaltskriterien ein eigenes Urteil abgeben und begründen. Darüber hinaus muss er auf seine Beziehung zu dem Arzt und zu dem Patienten eingehen. Die Kommissionen haben festgestellt, dass die Verwendung von Vordrucken, auf denen Fragen mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden, stark rückläufig ist. In den meisten Fällen lag einer Meldung ein eigener Bericht des zweiten Arztes bei. Die Kommissionen stellen allerdings fest, dass einige der Berichte von hinzugezogenen Ärzten noch sehr allgemein abgefasst sind, besonders wenn sie von Krankenhausärzten stammen. In solchen Fällen sind die betreffenden Ärzte oftmals aufgefordert worden, für den betreffenden Fall oder eventuelle künftige Fälle einen ausführlicheren Bericht zu schreiben.

6. Das SCEN-Projekt

Im Rahmen des Projekts „Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)“ (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden), das mittlerweile landesweit operiert, werden Ärzte in Kursen auf die Aufgaben vorbereitet, die auf sie zukommen, wenn sie als zweiter Arzt zu einem Sterbehilfefall hinzugezogen werden. Bisher haben fast nur Hausärzte an solchen Kursen teilgenommen.

In den Kursen werden alle Elemente, die eine Rolle spielen, wenn man als zweiter Arzt beurteilen soll, ob Sterbehilfe geleistet werden soll, ausführlich behandelt; es geht dabei um die medizinischen, ethischen und die juristischen Aspekte. Teil der Kurse ist auch ein Vortrag eines Arztes und eines Sekretärs einer Kommission. Die Kommissionen haben in diesem Berichtsjahr neuerlich festgestellt, dass sowohl die Beratungen mit dem zweiten Arzt als auch die Berichterstattung dank dieses Projekts an Qualität gewinnen.

Die Berichte von Fachärzten sind allerdings verbesserungsfähig. Zurzeit wird die Qualität der Stellungnahmen von hinzugezogenen Ärzten in Krankenhäusern untersucht. Die Kommissionen haben sich bereit erklärt, sich an dieser Untersuchung zu beteiligen.

Das SCEN-Projekt soll, sofern die Finanzierung geregelt werden kann, auch Fachärzten offen stehen. Die Kommissionen legen großen Wert auf die Fortführung und Ausweitung des Projekts, weil es die Sorgfalt im Zusammenhang mit dem Leisten von Sterbehilfe erheblich fördert. Die Kommissionen haben dem zuständigen Ministerium diesen Standpunkt mitgeteilt.