

**JAHRESBERICHT 2003**  
**Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe**

**Inhalt**

<b>Vorwort</b> .....	2
<b>Einführung</b> .....	3
<b>Kapitel I</b> .....	4
Aufgaben der Kommissionen .....	4
Arbeitsweise .....	4
<b>Kapitel II</b> .....	6
Landesweite Übersicht.....	6
<b>Kapitel III</b> .....	7
1. Einführung in die Kasuistik.....	7
2. Zuständigkeit der Kommissionen .....	8
3. Sorgfaltskriterien .....	10
a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen .....	10
b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand .....	11
c) Patientenaufklärung .....	14
d) Keine andere annehmbare Lösung .....	14
e) Konsultation eines unabhängigen zweiten Arztes .....	15
f) Medizinisch sorgfältige Durchführung.....	17
4. Berichterstattung .....	18
5. Das SCEN-Projekt .....	18

## Vorwort

Mitte 2003 wurden die Ergebnisse der Evaluierungsstudie der Professoren van der Wal und van der Maas über die Praxis bei medizinischen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende veröffentlicht. Ein wichtiges Ziel dieser Studie war es, die Zweckmäßigkeit des Kontrollverfahrens zu prüfen.<sup>1</sup>

Zunächst einmal hat sich gezeigt, dass die meisten Ärzte dem Kontrollverfahren positiv gegenüberstehen und dass die Kommissionen weitgehend einheitlich urteilen. Die Untersuchung hat außerdem ergeben, dass der Prozentsatz der Meldungen im Erhebungsjahr 2001 seit der letzten Untersuchung 1996 gestiegen ist.<sup>2</sup> Vor allem bei den Hausärzten war ein Zuwachs zu verzeichnen, und dies ist angesichts der Tatsache, dass Sterbehilfe meist von einem Hausarzt geleistet wird, von erheblicher Bedeutung. Vor allem seit der Einführung des Projekts „Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)“ (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) hat sich die Meldebereitschaft erhöht. Ein guter Grund also, das Projekt auch auf Fachärzte und Ärzte in Pflegeheimen auszuweiten.

Allerdings lassen die früheren Jahresberichte der Kontrollkommissionen bei der Zahl der Meldungen einen Abwärtstrend erkennen, der sich auch in diesem Jahr fortgesetzt hat. 2003 wurden insgesamt 1815 Fälle von Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung gemeldet. In acht Fällen kamen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss, dass der betreffende Arzt nicht im Einklang mit den gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Worauf dieser Abwärtstrend zurückzuführen ist, geht aus der Evaluierungsstudie nicht hervor. Es wurde aber festgestellt, dass sich die Qualität der palliativen Behandlung von Patienten in der letzten Lebensphase durch die Zunahme an Wissen und Erfahrung in diesem Bereich bei den Ärzten verbessert hat.

Die Untersuchungsergebnisse lassen vermuten, dass die besseren Möglichkeiten der palliativen Behandlung zu einem gewissen Rückgang der Sterbehilfefälle bzw. der Sterbehilfeersuchen geführt haben. Wirkliche Schlüsse können aber aufgrund der Untersuchung nicht gezogen werden.<sup>3</sup>

Es ist auf jeden Fall wichtig, dass wir uns einen besseren Einblick in die Materie verschaffen. Nur so kann eine klare gesellschaftliche und politische Diskussion geführt werden und nur dann können medizinisch-ethische Grundsätze und rechtliche Instrumente zu bestimmten Fragen entwickelt werden, etwa in Bezug auf die Abgrenzung zwischen Sterbehilfe und terminaler Sedierung.

Arnheim, im Mai 2004

R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

---

<sup>1</sup> Die Ergebnisse der Evaluierungsstudie erschienen in dem Bericht „Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“ (Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens. Die Praxis und das Kontrollverfahren bei Sterbehilfe) von: G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen und P.J. van der Maas, Amsterdam/Rotterdam, 2003.

<sup>2</sup> Die Studie beschränkte sich auf das Kontrollverfahren im Zeitraum von 1998 bis 2002, festgelegt in einer Rechtsverordnung auf der Grundlage von Artikel 10 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen. Dieses Verfahren galt bis zum Inkraft-Treten des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung am 1. April 2002.

<sup>3</sup> Siehe auch den oben genannten Bericht „Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“, Amsterdam/Rotterdam, 2003, S. 197 f.

## Einführung

Im Berichtsjahr 2003 haben die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (im Folgenden: die Kommissionen) erstmals ein ganzes Jahr lang auf der Grundlage des am 1. April 2002 in Kraft getretenen Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, im Folgenden: Sterbehilfegesetz) geurteilt.

Seit der Einführung des gesetzlich festgelegten Meldeverfahrens macht sich ein Arzt, der auf Verlangen des Patienten lebensbeendende Handlungen durchführt oder Hilfe bei der Selbsttötung leistet, nicht mehr strafbar, wenn er die im Sterbehilfegesetz aufgeführten Sorgfaltskriterien einhält und sein Handeln dem örtlichen Leichenschauer meldet. Alle anderen Formen lebensbeendenden Handelns sind nach wie vor strafbar. Das Meldeverfahren gilt nicht für lebensbeendende Handlungen, die ohne ausdrückliches Ersuchen des Patienten vorgenommen werden. Für diese Fälle wurde bisher keine gesonderte Regelung getroffen. Bis auf weiteres gilt hier noch das Meldeverfahren von 1994, demzufolge solche Fälle vom örtlichen Leichenschauer der Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssen. Auch in diesem Berichtsjahr wurden die Kommissionen wieder mit neuen relevanten Entwicklungen und mit neuen Besonderheiten in den ihnen vorgelegten Fällen konfrontiert. Darüber hinaus mussten sie sich auch mit Aspekten befassen, die in den letzten Jahren zwar bereits thematisiert, aber noch nicht abschließend behandelt worden waren. Zur Verdeutlichung werden in diesem Bericht, wie schon in den vergangenen Jahren, einige Fallbeispiele beschrieben. Diese vermitteln einen Eindruck davon, wie die Kommissionen arbeiten und mit welchen Problemen sie im Laufe des Berichtsjahres konfrontiert worden sind.

Die Kommissionen weisen ausdrücklich darauf hin, dass es bei den hier beschriebenen Beispielen mehrheitlich um Sonderfälle geht, während sich in den meisten gemeldeten Fällen bei der Beurteilung keine nennenswerten Schwierigkeiten ergeben. Im ersten Abschnitt von Kapitel III werden drei solcher Routinefälle geschildert.

Im Mai 2003 erschienen die Ergebnisse der Evaluierungsstudie zum Meldeverfahren bei Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung, die im Auftrag des Ministers für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und des Ministers der Justiz von den Professoren van der Wal und van der Maas durchgeführt worden war und an der sich auch die Kommissionen beteiligt hatten. Die Verantwortlichen kamen dabei zu dem Schluss, dass das Meldeverfahren im Zeitraum von 1998 bis 2002<sup>4</sup> zwar in einigen Punkten, aber insgesamt noch nicht in ausreichendem Maße seinen Zweck erfüllte. Im Untersuchungsbericht werden daher Verbesserungsvorschläge für das Meldeverfahren gemacht. Grundlegende Änderungen sind nach Auffassung der Forscher nicht erforderlich. Die Kommissionen übernehmen die Empfehlungen. So wollen sie durch Information, durch Rücksprache mit den Ärzten über deren Umgang mit den Sorgfaltskriterien und durch Offenheit über das Kontrollverfahren ihren Beitrag zur Erreichung der Ziele leisten. Zugleich weisen die Kommissionen darauf hin, dass sie – unter anderem in den Jahresberichten – auch schon in den vergangenen Jahren auf diese Aspekte eingegangen sind.

---

<sup>4</sup> Die Evaluierungsstudie beschränkte sich auf den Zeitraum vor dem In-Kraft-Treten des Sterbehilfegesetzes am 1. April 2002.

## Kapitel I

### Aufgaben der Kommissionen

Die wichtigste Aufgabe der Kontrollkommissionen für Sterbehilfe ist die Beurteilung der ihnen gemeldeten Fälle. Ein Schaubild soll hier verdeutlichen, wie die Kommissionen arbeiten. Geregelt ist die Arbeitsweise der Kommissionen in den Artikeln 8 bis 13 des Sterbehilfegesetzes.

### Arbeitsweise

Seit dem 1. November 1998 gibt es fünf Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, und zwar 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 sind gemeinsam in Arnheim untergebracht.<sup>5</sup> Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern: einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter aus derselben Berufsgruppe. Außerdem hat jede Kommission einen Sekretär, der Jurist ist und auf den Sitzungen der Kommission eine beratende Funktion hat.

Im vergangenen Berichtsjahr haben die Kommissionen gemeinsam Richtlinien für ihre Arbeitsweise erlassen. Diese Richtlinien sind als Anhang IV diesem Jahresbericht beigefügt.

Die Kommissionen beurteilen, ob der betreffende Arzt im Einklang mit den in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes aufgeführten Sorgfaltskriterien gehandelt hat. 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 auf die vorgeschriebene Art und Weise dem örtlichen Leichenschauer gemeldet hat. Wenn also die Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, sind die Bedingungen für den besonderen Strafausschließungsgrund erfüllt, das heißt, dass der Arzt nicht strafrechtlich verfolgt wird. Die Beurteilung der Kommission ist dann endgültig. Die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen werden nach Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a Sterbehilfegesetz nur dann informiert, 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 eigenen Aufgabe und Verantwortung darüber, ob das Handeln des Arztes Konsequenzen haben muss. Bei solchen Konsequenzen kann es sich z. B. lediglich um ein Gespräch mit dem Arzt handeln, aber auch um eine Klage beim zuständigen Disziplinarausschuss.

---

<sup>5</sup> Seit dem 1. Januar 2004 sind alle Sekretariate der Kontrollkommissionen der Zentralen Informationsstelle für Berufe im Gesundheitswesen (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg/CIBG) unterstellt. Seitdem sind auch die bisherigen Sekretariate in Haarlem und Rijswijk gemeinsam in Den Haag untergebracht.

## Schaubild

### Der Arzt

- schickt unverzüglich eine Meldung und einen Bericht an

**den örtlichen Leichenschauer**

- Dieser schickt alle Unterlagen
  - den Musterbericht des Arztes
  - den Bericht des Konsiliararztes
  - 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 behandelnden Arzt, beim Konsiliararzt oder beim Leichenschauer nähere Informationen einzuholen und um gegebenenfalls einen Arzt zu einem Gespräch zu bestellen
  - die endgültige Beurteilung wird vom Vorsitzenden unterschrieben

### Urteil der Kommission

nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien      im Einklang mit den Sorgfaltskriterien

Kollegium der Generalstaatsanwälte - Arzt - Gesundheitsbehörde      Arzt - Koll. d. Generalstaatsanw. - Gesundheitsbehörde

verschickt binnen drei Wochen Schluss- oder Zwischenbericht

Einstellung      Staatsanwaltschaft      Gespräch      Arzt

Gerichtliche Voruntersuchung      Regionaler Disziplinarausschuss

Untersuchung einstellen      Strafverfahren

## Kapitel II

### Landesweite Übersicht

**Zeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2003**

#### **Meldungen**

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1815 Meldungen ein.

#### **Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung**

In 1626 Fällen ging es um Sterbehilfe, in 148 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 41 Fällen um eine Kombination aus beiden.

#### **Ort der lebensbeendenden Handlung**

In 1477 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 207 Fällen in einem Krankenhaus, in 47 Fällen in einem Pflegeheim, in 41 Fällen in einer Einrichtung für betreutes Wohnen und in 43 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

#### **Zuständigkeit und abschließendes Urteil**

In 2 Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass die Beurteilung nicht in ihre Zuständigkeit falle. In 8 Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.<sup>6</sup>

#### **Dauer der Beurteilung**

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 29 Tage.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Hier ist anzumerken, dass die Gesamtzahl der Meldungen sich auf die 2003 *eingegangenen* Meldungen bezieht. Meldungen, die Ende 2003 eingegangen sind, wurden – angesichts der Bearbeitungsfrist von sechs Wochen und einer möglichen Verlängerung von weiteren sechs Wochen – aber erst 2004 erledigt. Die Entscheidungen in diesen Fällen werden daher erst im nächsten Jahresbericht berücksichtigt. Von den hier genannten acht Fällen sind sechs im Kalenderjahr 2002 eingegangen. Ausschlaggebend ist in diesem Fall jedoch das Jahr der endgültigen Beurteilung.

<sup>7</sup> Aufgrund von Artikel 9 Sterbehilfegesetz müssen die Kommissionen den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Meldung schriftlich über ihr Urteil informieren. Die Frist kann einmalig um weitere sechs Wochen verlängert werden. In den meisten Fällen ist die erste Sechswochenfrist für die Beurteilung ausreichend. Eine Verlängerung ist nur selten erforderlich. Wenn die Kommission den Arzt um nähere Informationen bittet, wird die Frist automatisch verlängert. In diesem Fall hängt die Dauer der Beurteilung auch davon ab, wie rasch der betreffende Arzt reagiert.

## Kapitel III

### 1. Einführung in die Kasuistik

Die Kontrollkommissionen haben in diesem Berichtsjahr 1815 Meldungen über Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung erhalten. In den meisten Fällen bildeten die Meldeberichte der Ärzte eine gute Grundlage für die Kontrolle, sodass kein Anlass zu weiteren Fragen bestand. In den anderen Fällen wurde der behandelnde Arzt oder der Konsiliararzt von der Kommission aufgefordert, schriftlich oder mündlich weitere Informationen zu erteilen.

In diesem Berichtsjahr sind die Kommissionen in acht Fällen zu der Überzeugung gelangt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Diese Fälle wurden an das Kollegium der Generalstaatsanwälte und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.<sup>8</sup>

Zwar sind die Sorgfaltskriterien im Gesetz klar formuliert und die Meldeberichte der Ärzte bilden eine gute Grundlage für die Kontrolle, aber dennoch kommt es in der Praxis zu Situationen, die Anlass zu Diskussionen geben. Anhand der nachstehenden Fallbeispiele wollen die Kommissionen die Problematik darstellen, mit der sie sich im zurückliegenden Berichtsjahr auseinander gesetzt haben.

Wie bereits erwähnt, ist in den weitaus meisten Fällen eindeutig festgestellt worden, dass der meldende Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Zur Veranschaulichung folgen zunächst drei Beispiele für Fälle, in denen die Beurteilung keinerlei Schwierigkeiten bereitet hat.

#### Fall 1

*Bei einem 56-jährigen Patienten wurde 1996 ein Melanom auf dem linken Arm festgestellt. Der Tumor wurde operativ entfernt. 2003 wurden Metastasen im Bauchraum nachgewiesen. Daraufhin wurde eine Lymphknoten-Dissektion vorgenommen. Im Anschluss wurde der Patient wegen Wirbelmetastasen bestrahlt. Einige Zeit danach wurden auch Metastasen in den Knochen und in der Leber nachgewiesen, woraufhin eine Chemotherapie erfolgte. Der Patient wurde vollständig bettlägerig und pflegebedürftig. Zuletzt war er sehr schwach und litt trotz der Verabreichung hoher Morphinumdosierungen noch unter starken Schmerzen im Rücken und in den Hüften. Der Arzt ging davon aus, dass der Patient innerhalb einiger Wochen sterben würde. Mehrere Wochen vor seinem Tod äußerte der Patient den Wunsch nach Sterbehilfe. Diesen Wunsch wiederholte er mehrmals gegenüber dem Arzt, einigen Pflegekräften und Familienangehörigen. Außerdem unterschrieb er eine schriftliche Patientenverfügung. Ein unabhängiger Facharzt, gleichzeitig SCEN-Arzt (Anm. d. Übers.: SCEN steht für ein Projekt, das Ärzte auf die Situation vorbereitet, dass sie als Konsiliararzt zu einem eventuellen Sterbehilfefall hinzugezogen werden; siehe Kapitel 5), wurde hinzugezogen. Dieser stellte fest, dass sich die Schmerzen in kurzer Zeit erheblich verschlimmert hatten. Eine Erhöhung der Morphinumdosierung hatte kurzzeitig Wirkung gezeigt, aber der Patient konnte sich nun kaum noch bewegen. Die aussichtslose Situation war für den Patienten unerträglich. Der Konsiliararzt wies auf die Möglichkeit einer weiteren Erhöhung der Morphinumdosierung hin, der Patient wollte jedoch bei Bewusstsein bleiben und lehnte dies ab. Es gab keine Alternativen mehr. Des Weiteren stellte der Konsiliararzt fest, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Angesichts dieser Umstände kam er zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der behandelnde Arzt verabreichte dem Patienten intravenös 1 Gramm Pentothal und 20 Milligramm Pavulon. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.*

#### Fall 2

*Ein 63-jähriger Patient litt seit gut 20 Jahren an Multipler Sklerose (MS). Er wurde mit Medikamenten behandelt und lebte seit einigen Jahren in einem Pflegeheim. Der Patient konnte nur noch seinen Mund und seine Augen bewegen. Auch das Atmen bereitete ihm immer größere Schwierigkeiten, weshalb er zu ersticken fürchtete. Der Patient hatte sich immer bemüht, möglichst viel selbst zu erledigen, war aber am Ende völlig abhängig von der Pflege anderer. Diesen körperlichen Verfall empfand er als menschenunwürdig und unerträglich. Bereits in einem früheren Stadium hatte der Patient für sich selbst eine Grenze gezogen. Er hatte zu verstehen gegeben, nicht mehr weiterleben zu wollen,*

<sup>8</sup> Vor dem In-Kraft-Treten des Sterbehilfegesetzes am 1. April 2002 stellte das Urteil der Kommission lediglich eine – wenn auch schwer wiegende – Empfehlung für die Staatsanwaltschaft dar. Daher wurden das Kollegium der Generalstaatsanwälte und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen schriftlich über alle Kommissionsurteile informiert. Aufgrund des neuen Gesetzes erledigen die Kommissionen die Fälle jetzt aber selbst; ihr Urteil ist endgültig. Nur in den Fällen, in denen die Kommission der Auffassung ist, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, wird der Fall an das Kollegium der Generalstaatsanwälte und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet (Artikel 9 Absatz 2 Sterbehilfegesetz).

wenn er vollständig von anderen abhängig wäre. Und dieser Moment war nun gekommen. Da die Krankheit schnell fortschritt, ging der Arzt davon aus, dass der Patient innerhalb eines Jahres sterben könnte. Er hielt es allerdings nicht für ausgeschlossen, dass der Patient noch einige Jahre am Leben bleiben würde.

Ein Jahr zuvor hatte der Patient mit seinem Hausarzt über die Möglichkeit der Sterbehilfe gesprochen. Danach kam das Thema dann wiederholt zur Sprache. Die Familie des Patienten stand der Bitte anfänglich ablehnend gegenüber, willigte aber letztendlich ein.

Der Konsiliararzt stellte in seinem Bericht fest, dass der Patient vollständig gelähmt und abhängig von anderen war. Der Patient hatte auch ihm gegenüber zu verstehen gegeben, dass er sein Leiden angesichts der vollständigen Abhängigkeit unerträglich fand. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass der Patient urteilsfähig war, dass es keine Anzeichen für eine Depression gab und dass die Bitte nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert worden war. Die Sorgfaltskriterien waren also erfüllt.

Es ging in diesem Fall um Hilfe bei der Selbsttötung. Der Patient nahm mit Hilfe des Arztes ein Getränk ein, in dem 9 Gramm Pentobarbital gelöst waren. Seine Familie war dabei anwesend. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

## 2. Zuständigkeit der Kommissionen

Die Kommissionen sind zuständig für Fälle, in denen ein Arzt auf Verlangen des Patienten lebensbeendende Handlungen vorgenommen hat. Sie beurteilen also nur Fälle, in denen ausdrücklich um Lebensbeendigung oder um Hilfe bei der Selbsttötung gebeten wird. In Fällen, in denen ein solches Ersuchen nicht vorliegt, sind die Kommissionen nicht zuständig, dann muss das für Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen vorgeschriebene Verfahren eingeleitet werden, das heißt, dass der Fall direkt vom örtlichen Leichenschauer an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wird.

Das Meldeverfahren für Lebensbeendigung auf Verlangen gilt nicht im Falle von Neugeborenen und minderjährigen Patienten unter 12 Jahren. Für minderjährige Patienten im Alter von 12 bis 15 Jahren sowie für 16- und 17-Jährige, die um Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung bitten, gelten besondere Vorschriften im Zusammenhang mit der erforderlichen Zustimmung der Eltern bzw. eines Elternteils oder des Vormunds, die in Artikel 2 Absatz 4 und 5 Sterbehilfegesetz niedergelegt sind. Übrigens haben die Kommissionen in diesem Berichtsjahr keine Meldungen von Fällen aus dieser Kategorie erhalten. In Artikel 2 Absatz 2 Sterbehilfegesetz ist darüber hinaus festgelegt, dass ein Arzt einer schriftlichen Verfügung eines nicht urteilsfähigen Patienten ab 16 Jahren, die die Bitte um Lebensbeendigung enthält, nachkommen darf. Voraussetzung ist allerdings, dass die Patientenverfügung verfasst worden sein muss, 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, gilt in solchen Fällen als ausdrückliches Ersuchen um Lebensbeendigung und als Ersatz für das konkrete mündliche Ersuchen, zu dem der Patient nicht mehr in der Lage ist.

### Normales medizinisches Handeln

Das so genannte normale medizinische Handeln fällt nicht unter die Bestimmungen des Sterbehilfegesetzes. Es geht dabei um Fälle, in denen eine Behandlung abgebrochen oder nicht vorgenommen wird, weil sie medizinisch sinnlos ist oder weil der Patient dies ausdrücklich wünscht. Auch die intensive Bekämpfung von Schmerzen und Symptomen, die die unbeabsichtigte Nebenwirkung haben kann, dass das Leben des Patienten verkürzt wird, gilt als normales medizinisches Handeln.

### Terminale Sedierung

Durch eine Medikation (meist mit Benzodiazepinen) kann das Bewusstsein des Patienten herabgesetzt werden. Er wird dann gewissermaßen im Tiefschlaf gehalten und ist sich seiner Umgebung und seines Leidens nicht mehr bewusst. „Terminale“ Sedierung liegt dann vor, wenn die Sedierung (medikamentöse Ruhigstellung) des Patienten mit der Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einhergeht. Über diese Form der Sedierung am Ende des Lebens, wenn feststeht, dass der Patient in absehbarer Zeit sterben wird, wird derzeit heftig diskutiert.

In seiner Antrittsrede führte Prof. Dr. J.J.M. van Delden<sup>9</sup> aus, dass der Begriff „terminale Sedierung“ ein nicht eindeutig definierter Begriff ist. Einerseits geht es dabei um normales medizinisches Han-

---

<sup>9</sup> J.J.M. van Delden in Medicine Based Ethics. Rede anlässlich des Antritts als Professor für medizinische Ethik an der medizinischen Fakultät der Universität Utrecht am 3. September 2003, Universität Utrecht, November 2003, S. 15 ff.



deln, andererseits wird in diesem Zusammenhang zuweilen auch von „versteckter Sterbehilfe“ gesprochen. Van Delden unterscheidet dabei zwischen drei verschiedenen Situationen.

In der ersten wird einem Patienten mit einer Lebenserwartung von höchstens einigen Tagen ein Sedativum verabreicht, um die in diesem Stadium entstehende extreme Unruhe zu bekämpfen. Die Folge ist, dass der Patient in ruhigem Zustand zu einem Zeitpunkt verstirbt, der durch die Sedierung wahrscheinlich kaum beeinflusst wird. In der zweiten Situation geht es um einen ernsthaft leidenden Patienten, dessen Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht und bei dem die Verabreichung eines Sedativums mit dem Verzicht auf eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einhergeht. In diesem Fall kann die terminale Sedierung das Leben verkürzen. Allerdings liegt es dann nicht in der Absicht des Arztes, den Tod zu beschleunigen oder herbeizuführen. Bei der dritten Situation wird die terminale Sedierung, entweder aufgrund einer entsprechenden Bitte des Patienten oder ohne solch ein Ersuchen, als Mittel zur Beschleunigung des Todeseintritts eingesetzt.

In den ersten beiden Situationen geht es um normales medizinisches Handeln. In der zweiten Situation muss allerdings die Entscheidung für eine terminale Sedierung in einem angemessenen Verhältnis zum Ernst der Lage stehen. In beiden Fällen ist die Zustimmung des Patienten bzw. seines Vertreters erforderlich. In der dritten Situation liegt laut van Delden kein normales medizinisches Handeln, sondern lebensbeendendes Handeln vor.

Aus einigen Meldungen, die bei den Kontrollkommissionen eingegangen sind, geht hervor, dass Ärzte die terminale Sedierung manchmal als Alternative zur Sterbehilfe oder zur Hilfe bei der Selbsttötung vorschlagen. Ein möglicher Grund dafür ist, dass der Tod bei terminaler Sedierung natürlicher wirkt als bei Sterbehilfe. Doch auch wenn sich ein Patient selbst für die terminale Sedierung als Mittel zur Herbeiführung oder Beschleunigung des Todes entscheidet, so bleibt sie eine Form der Lebensbeendigung. In den Fällen, in denen der Arzt mit der terminalen Sedierung beabsichtigt, das Leben des Patienten (auf dessen Bitte hin) zu verkürzen, muss sein Handeln daher der Kontrollkommission gemeldet werden.<sup>10</sup>

### **Leiden mit primär psychischem Ursprung**

Im vergangenen Berichtsjahr ging bei einer der Kommissionen eine Meldung über eine Lebensbeendigung bei einem Patienten mit psychiatrischem Leiden ein. Zu Zeiten der alten Regelung<sup>11</sup> erklärte sich die betreffende Kommission in solchen Fällen für nicht zuständig, da das Meldeverfahren für Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung nicht für Patienten galt, deren Leiden primär psychischen Ursprungs war. Da aber im Sterbehilfegesetz diese Einschränkung nicht enthalten ist, sind die Kommissionen der Auffassung, dass diese Fälle jetzt in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Schließlich ist eine genauere inhaltliche Untersuchung erforderlich, um festzustellen, ob der betreffende Patient urteilsfähig war. Demzufolge erklärt sich die Kommission für zuständig, wenn ihr eine Meldung über eine Lebensbeendigung auf Verlangen bei einem Patienten vorliegt, dessen Leiden seinen Ursprung in einer psychischen oder psychiatrischen Krankheit hat. Sie untersucht dann mit Blick auf die gesetzlichen Sorgfaltskriterien (die Bitte muss freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden sein), ob der Patient urteilsfähig war. Wenn sie feststellt, dass dies nicht oder nicht in ausreichendem Maße der Fall war, muss sie zu dem Schluss kommen, dass eines der Sorgfaltskriterien nicht eingehalten worden ist. Die Kommissionen sind daher nach wie vor der Auffassung, dass der immer noch in der Erläuterung zu Frage 11a des Musterberichts enthaltene erste Satz<sup>12</sup>, der auch in der Praxis zu Missverständnissen führt, gestrichen werden sollte.

### **Fall 3**

---

<sup>10</sup> Siehe auch den bereits genannten Evaluierungsbericht „Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“ (Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens. Die Praxis und das Kontrollverfahren bei Sterbehilfe), Amsterdam/Rotterdam, 2003, S. 197. Nach diesem Bericht gilt das Kontrollverfahren für die Lebensbeendigung auf Verlangen nur für wenige dieser Fälle. Der Minister der Justiz und die Staatssekretärin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport haben zugesagt, in ihrer Stellungnahme zum Evaluierungsbericht näher auf das Thema terminale Sedierung einzugehen (Anhang zu den Sitzungsberichten II des Abgeordnetenhauses, 2002/03, Nr. 1749 und Nr. 1572).

<sup>11</sup> In der Erläuterung zu Artikel 9 der am 1. April 2002 außer Kraft getretenen Regelung für die Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Lebensbeendigung bei Patienten, deren Leiden primär psychischen Ursprungs ist, gemäß dem Verfahren für Lebensbeendigung ohne Ersuchen zu melden ist. Dies galt auch für Patienten, die zwar an einer somatischen Krankheit litten, deren Urteilsvermögen aber z. B. infolge einer Depression oder einer beginnenden Demenz möglicherweise beeinträchtigt war.

<sup>12</sup> Dieser Satz lautet: „Lebensbeendendes Handeln bei Patienten, deren Leiden primär psychische Ursachen hat und nicht in einen medizinischen Kontext eingeordnet werden kann, sowie bei Patienten, deren Fähigkeit, eine reiflich überlegte Bitte zu äußern, beeinträchtigt gewesen sein kann, zum Beispiel infolge einer Depression oder Demenz, ist gemäß dem Verfahren für Fälle von Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen zu melden.“

Bei dieser Meldung ging es um die Lebensbeendigung auf Verlangen bei einem Patienten mit einer von mehreren Konsiliarärzten bestätigten psychiatrischen Affektstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung.<sup>13</sup> Am medizinischen Kontext bestand also kein Zweifel.

Zwischen den depressiven Phasen und den Panikanfällen war der Patient in seiner Funktion stark eingeschränkt. In diesen Zeiten äußerte er nachdrücklich und entschlossen den Wunsch zu sterben. Seitdem der Patient erstmals die Praxis des Arztes betreten hatte, hatte er mit dem Arzt über die Möglichkeit der Lebensbeendigung gesprochen. Er hatte auch eine an den Arzt gerichtete Patientenverfügung verfasst und unterzeichnet. Darin berichtete er ausführlich über seine Situation und äußerte den Wunsch nach Lebensbeendigung.

Der Arzt hatte den Wunsch des Patienten im Lauf der Jahre, die der Patient bei ihm in Behandlung war, immer mehr akzeptiert und respektiert. Schließlich war er von der Unerträglichkeit des Leidens seines Patienten überzeugt. Gespräche mit engen Freunden des Patienten bestätigten ihn in seiner Überzeugung. Er bezeichnete die Beziehung zu seinem Patienten als gemeinsame persönliche Suche, die schließlich in der Erfüllung des sehr dringlichen Wunsches des Patienten gipfelte, sterben zu können. Der Konsiliararzt, ein Psychiater, besuchte den Patienten mehrmals und kam dabei zu dem Schluss, dass der Patient urteilsfähig war. Er war sich über seine Krankheit im Klaren. Die Unerträglichkeit des Leidens war für den Konsiliararzt angesichts des Ernstes der psychiatrischen Krankheit, der dauerhaften Invalidität und der zu erwartenden Verschlechterung des Zustands, nachvollziehbar. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Kommission kam in diesem Fall zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

### 3. Sorgfaltskriterien

#### a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen

Von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient ausdrücklich darum gebeten hat. Die Bitte muss er freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert haben. Erst dann ist dem Sorgfaltskriterium Genüge getan, dass der Arzt zu der Überzeugung gekommen sein muss, dass es sich um ein nach reiflicher Überlegung und aus freiem Willen zustande gekommenes Ersuchen handelt (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a Sterbehilfegesetz). Der Sterbehilfewunsch des Patienten muss von ihm selbst stammen und völlig freiwillig geäußert werden. Es muss feststehen, dass sein Ersuchen nicht auf den Druck anderer Menschen oder auf äußere 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. Es kommt vor, dass der Wunsch des Patienten vom Druck vonseiten der Familie beeinflusst zu sein scheint.

#### Fall 4

Bei einer 41-jährigen Patientin wurde 2002 links ein ulzeröses Mammakarzinom mit zahlreichen Skelett- und Achselmetastasen festgestellt. Die Frau wurde mit Zoladex, APD-Infusionen und Radiotherapie behandelt. Nach etwa einem Jahr wurde eine große Gehirnmastase festgestellt. Eine Heilung war unmöglich. Bei der Patientin entwickelte sich eine Querschnittslähmung. Aufgrund dessen bekam sie eine Überlaufblase und Defäkationsprobleme. Sie wurde vollständig bettlägerig und konnte die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr selbst verrichten. Im März 2003 bat die Patientin den Arzt erstmals konkret um Lebensbeendigung. Einen Monat später leistete der Arzt Sterbehilfe.

Bei der Prüfung dieser Meldung ergaben sich bei der Kommission verschiedene Fragen in Bezug auf die Vorgehensweise bei der Lebensbeendigung. Die im Meldebericht gemachten Angaben gaben unzureichend Aufschluss. Die Kommission forderte den Arzt daher zu einer mündlichen Erläuterung auf. Der Arzt kannte die Patientin seit Anfang 2002, als der Brusttumor diagnostiziert worden war. Er hatte festgestellt, dass die – sehr selbstbewusste – Patientin auf seine Behandlungsvorschläge hin ein bestimmtes Reaktionsmuster zeigte. Seit der Entdeckung der Gehirnmastasen besuchte der Arzt die Patientin wöchentlich. Bei diesen Besuchen besprach er mit ihr die Behandlung für die kommende Woche. Manchmal war die Patientin mit den Vorschlägen einverstanden, manchmal nicht. Es kam regelmäßig vor, dass der Arzt am nächsten Tag von der Pflegerin angerufen wurde, die ihm mitteilte, dass die Patientin nun doch andere Wünsche hatte, als zuvor mit dem Arzt besprochen. Diese Situation ergab sich auch kurz vor der Lebensbeendigung. Der Arzt besuchte die Patientin einen Tag bevor er zu einem einwöchigen Urlaub abreiste. Zu diesem Zeitpunkt war kein konkretes Sterbehilfeersuchen geäußert worden. Am Wochenende bat die Patientin dann aber den Vertretungsarzt um

<sup>13</sup> Eine dysthyme Störung gemäß DSM IV (300.4) und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM IV (301.83).

*Sterbehilfe. Dieser fühlte sich von der Patientin und ihren Eltern überrumpelt und war nicht bereit, die Lebensbeendigung vorzunehmen. Er informierte den behandelnden Arzt an dessen Urlaubsort. Nach Rücksprache mit diesem Arzt zog der Vertretungsarzt einen weiteren Arzt hinzu. Der Konsiliararzt kam bei seinem Besuch der Patientin zu dem Schluss, dass sie ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte und dass ihr Leiden unerträglich und ihr Zustand aussichtslos waren. Nach seiner Rückkehr aus dem Urlaub stellte der behandelnde Arzt fest, dass die Frau eindeutig unerträglich litt. Das Leiden bestand vor allem in einem Kontrollverlust. Die Patientin hatte mit dem Arzt mehrmals über Sterbehilfe gesprochen und dabei klar gemacht, dass bei einem Verlust der Kontrolle und der Autonomie ihre Grenze erreicht wäre. Die starken Schmerzen, die Abhängigkeit und die vielen Behinderungen hatte sie im Lauf ihrer Krankheit nicht als unerträglich empfunden, den Verlust der Autonomie hatte sie dagegen mehrmals als unerträglich bezeichnet. Zwar übten die Eltern nach Auffassung des Arztes einen gewissen Druck aus, der jedoch den Beschlussfassungsprozess seiner Meinung nach nicht beeinflusste. Er hatte Verständnis für die Situation. Nach all den Jahren, in denen die Beziehung der Eltern zu ihrer Tochter schwierig gewesen war, wollten die Eltern alle Wünsche ihrer Tochter, auch den Wunsch nach Sterbehilfe, erfüllen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.*

In den meisten Fällen erklärt der Patient mittels einer von ihm unterschriebenen schriftlichen Patientenverfügung, dass die Bitte von ihm selbst stammt. Da eine solche Patientenverfügung den mündlich geäußerten Wunsch des Patienten nach Sterbehilfe untermauert, ist sie durchaus wünschenswert, obligatorisch ist sie aber nicht. In manchen Fällen lassen der Arzt oder der Konsiliararzt den Patienten noch kurz vor der Sterbehilfe eine Patientenverfügung unterschreiben. Die Kommissionen haben Verständnis dafür, dass es dem Arzt lieber ist, wenn eine solche Verfügung existiert, aber stattdessen kann er sich – so kurz vor dem Tod – auch für die getreue Wiedergabe des mündlich geäußerten Sterbehilfewunsches, z. B. in der Krankenakte des Patienten, entscheiden. Ganz allgemein empfiehlt es sich, dass der Arzt, der mit einem Patienten über Sterbehilfe spricht, rechtzeitig darauf hinwirkt, dass eine schriftliche Verfügung aufgesetzt wird.

In bestimmten Fällen, z. B. bei Patienten, die an der Alzheimerkrankheit leiden, ist die Existenz einer schriftlichen Verfügung von ausschlaggebender Bedeutung. Schließlich ist in Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes festgelegt, dass ein Arzt dem Wunsch eines Patienten nach Sterbehilfe entsprechen kann, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, er aber, bevor ihm dies unmöglich wurde, eine schriftliche Verfügung verfasst hat, in der er diesen Wunsch äußert (siehe oben, Abschnitt 2). 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 Situation des Patienten bezieht und ob in dieser Situation die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Das ist übrigens keine leichte 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.

Außerdem muss die Bitte nach reiflicher Überlegung geäußert worden sein und der Patient muss sich ihrer Tragweite bewusst sein. Die Kommissionen achten dabei auf mögliche Beeinträchtigungen durch Depressionen oder andere Störungen der kognitiven oder expressiven Fähigkeiten. Solche Beeinträchtigungen können das Ersuchen beeinflussen, das braucht aber nicht unbedingt der Fall zu sein. Ein Ersuchen, das in einem lichten Augenblick geäußert worden ist, kann sehr wohl reiflich überlegt worden sein. Auch muss unterschieden werden zwischen einer Depression im psychiatrischen Sinn und Trübseligkeit und Niedergeschlagenheit als Folge der schweren Krankheit des Patienten. In derartigen Fällen kann das Urteil eines unabhängigen Psychiaters die Freiwilligkeit und die reifliche Überlegung bestätigen.

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

## **b) 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 Sterbehilfegesetz).

Für den Aspekt der Aussichtslosigkeit gilt, dass diese nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen feststehen muss. Aus medizinischer Sicht kann einigermassen objektiv festgestellt werden, ob der Zustand aussichtslos ist: Eine Besserung ist in diesem Fall nicht zu erwarten.

Viel schwieriger ist die Feststellung der Unerträglichkeit des Leidens. Dieser Aspekt ist denn auch eines der größten Dilemmas in der Sterbehilfepraxis und im Kontrollverfahren.

Faktoren wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot und Erschöpfung tragen in wesentlichem Maße zur Unerträglichkeit eines Leidens bei. In den meisten Fällen treten diese Symptome auf, weil sich unbehandelbare, bösartige Prozesse vollziehen.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass das Element der Unerträglichkeit grundsätzlich subjektiv bestimmt ist. Ob das Leiden unerträglich ist, hängt unter anderem von der Perspektive des Patienten ab, von seiner Persönlichkeit und seinen Normen und Werten. Häufig werden Begriffe wie „steiger körperlicher Verfall und Abhängigkeit“ oder „Verlust der Würde“ verwendet, um die Unerträglichkeit des Leidens zu beschreiben, aber der Grad, in dem diese Zustände als unerträglich empfunden werden, ist bei jedem Patienten anders. Diese subjektiven Aspekte können auch bei Krebspatienten mit infauster Prognose eine Rolle spielen, häufiger aber sind sie bei Patienten mit Krankheiten wie Multipler Sklerose (MS), Amyotropher Lateraler Sklerose (ALS), der Parkinsonkrankheit, der chronischen Lungenerkrankung COPD und anderen unheilbaren Krankheiten, die zu vollständiger Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit oder zum Tod durch Ersticken führen können. Auch bei Patienten mit einem Leiden, das zwar nicht unmittelbar tödlich ist, den Patienten aber doch in einen für ihn aussichtslosen Zustand versetzen kann, etwa eine Querschnittslähmung oder ein Schlaganfall, spielen diese Aspekte bei der Frage nach der Unerträglichkeit des Leidens eine wichtige Rolle.

Allgemein gilt, dass die Unerträglichkeit des Leidens so weit objektivierbar sein muss, dass sie für den behandelnden Arzt (mit normalem Einfühlungsvermögen) und in der Folge auch für die Kommission nachvollziehbar ist.<sup>14</sup> Im Folgenden wird ein Fall geschildert, in dem die Kommission zu dem Schluss kam, dass der Arzt bei verständiger Würdigung der Sachlage nicht zu der Überzeugung hätte gelangen dürfen, dass das Leiden unerträglich war.

#### **Fall 5**

*Ein Patient kämpfte jahrelang gegen ein Krebsleiden. Nach der Genesung wurde bei ihm an anderer Stelle im Körper – im Gehirn – ein inoperabler Tumor festgestellt. Infolge der Radiotherapie entwickelte sich ein langsam progressives Bild einer degenerativen Hirnerkrankung (Strahlenezephalopathie). In der Folge litt der Patient an Hörverlust, epileptischen Anfällen und einer linksseitigen Lähmung. Durch einen Sturz während eines Anfalls erlitt er Wirbel- und Rippenfrakturen. Auch die Motorik seiner rechten Hand bereitete Probleme. Schließlich war der Patient an den Rollstuhl gefesselt und konnte die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr selbst verrichten. Die Pflege des Patienten war optimal organisiert. Die Einweisung in ein Pflegeheim lehnte er resolut ab. Der Arzt gab an, dass er die Lebenserwartung des Patienten schwer einschätzen konnte. Es war seiner Ansicht nach eine Frage von Jahren. Der Arzt hatte sich mit der Pflegekraft beraten. Diese stand dem Sterbehilfeersuchen des Patienten anfangs skeptisch gegenüber, zeigte später aber vollstes Verständnis. Um festzustellen, ob die Bitte des Patienten nicht aus einer Depression heraus entstanden war und weil der Arzt anfänglich an der Unerträglichkeit des Leidens zweifelte, wandte er sich zunächst an einen unabhängigen Psychiater. Dieser stellte fest, dass es keine Anzeichen für ein eindeutiges depressives Krankheitsbild oder eine andere psychiatrische Störung gab. Allerdings berichtete der Psychiater von Störungen in der Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Partner, die möglicherweise einen gewissen Einfluss haben könnten. Dem Konsiliararzt (einem SCEN-Arzt) gegenüber gab der Patient an, er sei in zunehmendem Maße müde und müsse nachmittags für längere Zeit ins Bett. In der letzten Zeit war der Patient nicht mehr in der Lage zu lesen, was für ihn einen großen Verlust bedeutete. Des Weiteren berichtete er, dass er immer häufiger stürzte und immer mehr Pflege benötigte. Er war es leid zu kämpfen und sich immer wieder an stärkere Behinderungen gewöhnen zu müssen. Der Patient sah keine Perspektive und keine Chance auf eine Besserung. Diesen Zustand fand er unerträglich. Für den Konsiliararzt war dies nachvollziehbar. Nach der positiven Stellungnahme des Konsiliararztes war der Patient innerlich zur Ruhe gekommen. In der folgenden Zeit regelte er seine Bestattung, er nahm*

---

<sup>14</sup> Siehe auch G.A.M. Widdershoven: „De werkwijze en de ervaringen van de toetsingscommissies“ (Die Arbeitsweise und die Erfahrungen der Kontrollkommissionen). In: J. Legemaate und R.J.M. Dillmann (Red.): „Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt“ (Lebensbeendende Handlungen eines Arztes auf Verlangen des Patienten), Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, S. 55.

Abschied von Verwandten und Freunden und er nahm an einer speziell für Kranke organisierten Ferienreise teil.

Angesichts der medizinischen Diagnose und Prognose, der Schlussfolgerungen des hinzugezogenen Psychiaters und des Konsiliararztes und des langen Zeitraums zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und der Durchführung der Sterbehilfe beschloss die Kommission, den Arzt und den Konsiliararzt um mündliche Erläuterungen zu bitten. Auf die Frage nach der Einschätzung der Lebenserwartung gab der Arzt an, er sei – je nachdem, ob Infektionen aufgetreten wären und wie die Epilepsie verlaufen wäre – von zehn bis zwanzig Jahren ausgegangen. Der Arzt gab außerdem an, er habe anfänglich an der Bitte des Patienten gezweifelt und sich von diesem unter Druck gesetzt gefühlt. Schließlich aber sei angesichts der gesamten Krankengeschichte des Patienten sein Leiden für ihn nachvollziehbar gewesen. Dem Arzt zufolge hätte sich die Perspektive in Bezug auf die Behandlungsfähigkeit und die Pflegebedürftigkeit nicht verbessert und das Leiden wäre stetig schlimmer geworden. Die gestörte Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Partner hatte dem Arzt zufolge bei der Entscheidung eine untergeordnete Rolle gespielt. Da sich die Situation ein halbes Jahr danach nicht geändert hatte, hielt es der Arzt nicht für erforderlich, dass der Konsiliararzt den Patienten nochmals besuchte und persönlich mit ihm sprach. Der Konsiliararzt räumte im Gespräch mit der Kommission ein, dass – angesichts des langen Zeitraums, der seit dem ersten Besuch verstrichen war – ein zweites, telefonisches Gespräch im Nachhinein gesehen sinnvoller und sorgfältiger gewesen wäre. Er hatte sich jedoch auf die telefonischen Angaben des Arztes verlassen.

Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt angesichts der medizinischen Diagnose und der Prognose für den Patienten, der vom Arzt geschätzten Lebenserwartung und der Tatsache, dass nach dem Gespräch mit dem Konsiliararzt sechs Monate verstrichen waren, ohne dass sich in diesem Zeitraum die medizinische Situation des Patienten signifikant verschlechtert hatte, bei verständiger Würdigung der Sachlage nicht zu der Überzeugung hätte gelangen dürfen, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich waren. Was die Hinzuziehung des zweiten Arztes betrifft, so urteilte die Kommission, dass angesichts des langen Zurückliegens des ersten Besuchs und der besonderen Umstände, in denen der Patient sich befand, ein erneuter Besuch des Konsiliararztes beim Patienten erforderlich gewesen wäre, um zu beurteilen, ob die gesetzlichen Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen leiteten Ermittlungen ein. Die Aufsichtsbehörde stellte die Untersuchung nach einem Gespräch mit dem Arzt ein. Die Staatsanwaltschaft ordnete eine gerichtliche Voruntersuchung an.

### **Patienten im Koma**

Im vergangenen Jahr mussten sich die Kommissionen erneut einige Male mit Meldungen von Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten beschäftigen, die zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung nicht mehr ansprechbar waren. Die Patienten hatten – häufig ganz plötzlich – kurz vor der Durchführung das Bewusstsein verloren, z. B. durch einen Schlaganfall oder durch die Erhöhung der Morphinmedikation.

Auch wenn in Medizinerkreisen im Allgemeinen angenommen wird, dass ein Patient im (tiefen) 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. Dies ist z. B. bei soporösen Patienten der Fall, die äußerliche Zeichen von Leiden zeigen, etwa Stöhnen, Blinzeln oder – wie im nachstehenden Fall – schwere Atemnot. Inwieweit der allgemeine körperliche Verfall und der Verlust der Würde auch bei einem komatösen Patienten für die Beurteilung der Unerträglichkeit des Leidens eine Rolle spielen, ist in der medizinisch-ethischen Diskussion noch nicht entschieden.

Ganz allgemein vertreten die Kommissionen allerdings die Auffassung, dass sich Ärzte in solchen Fällen besonders zurückhalten müssen, auch wenn der Arzt dem Patienten seine Mitwirkung an der Sterbehilfe bereits zugesagt hat und die Situation sich unerwartet ändert. Aus diesem Grund sollten Ärzte keine bedingungslosen Zusagen machen. In vielen Fällen kann ein natürlicher Tod abgewartet werden. Durch rechtzeitige Aufklärung des Patienten und seiner Familie und durch klare Vereinbarungen können Pattsituationen vermieden werden.<sup>15</sup>

Im nachstehend beschriebenen Fall hatte der Patient, bevor er komatös wurde, mündlich und schriftlich mitgeteilt, Sterbehilfe zu wollen, falls er ins Koma fallen würde. Zwar spielt der Wunsch des Patienten in dieser Situation bei der Entscheidung, ob Sterbehilfe geleistet werden soll, eine wichtige Rol-

<sup>15</sup> Siehe auch E. Hendriksen: „Euthanasie bij comapatiënten. Consensus over hoe te handelen ontbreekt nog.“ (Sterbehilfe bei Komapatienten. Noch kein Konsens erreicht.) In: Medisch Contact, 26. Dezember 2003, Nr. 62, S. 2050.

le, aufgrund des Sterbehilfegesetzes muss aber außerdem die Bedingung erfüllt sein, dass der Patient unerträglich leidet.

### **Fall 6**

*Eine 71-jährige Patientin hatte in der Vergangenheit viele Hirninfarkte erlitten. Außerdem litt sie seit Jahren an der chronischen Lungenerkrankung COPD. Die Patientin hatte bereits mehrmals geäußert, dass ihre Grenze erreicht sei, und deshalb auch um Sterbehilfe gebeten. Ihren Wunsch hatte sie in einer notariellen Urkunde schriftlich festhalten lassen.*

*Schließlich erlitt die Patientin einen schweren Hirninfarkt, durch den sie ins Koma fiel. Während der Durchführung der Sterbehilfe war die Patientin nicht bei Bewusstsein. Die Kommission fragte sich in diesem Fall, ob ein unerträgliches Leiden vorgelegen hatte, da die Patientin ja nicht mehr bei Bewusstsein war. Auch die Frage, ob es sich um eine ausdrückliche und reiflich überlegte Bitte gehandelt hatte, wurde diskutiert. Aus den Unterlagen ging außerdem hervor, dass der Arzt zwar einen zweiten Arzt zu Rate gezogen hatte, dass dieser aber die Patientin aufgrund der Tatsache, dass sie komatös war, nicht besucht hatte. Hätte der Arzt den Konsiliararzt nicht zu einem früheren Zeitpunkt hinzuziehen können? Die Kommission bat den Arzt um eine schriftliche Erläuterung.*

*Der Arzt führte aus, dass sich der Zustand der Patientin plötzlich rasch verschlechtert hatte. Sie hatte bereits einige Tage im Sterben gelegen. Die gestörte Atmung der Patientin wechselte von einer Cheyne-Stokes-Atmung zu einer stockenden Atmung, wodurch es zu schwerer Atemnot kam. Die Patientin hatte den Arzt bereits vor Eintritt des Komas gebeten, Sterbehilfe zu leisten, wenn sie schwer krank würde oder ins Koma fallen sollte. Anfangs gingen der Arzt und die Familie davon aus, dass angesichts des Zustands der Patientin rasch ein natürlicher Tod eintreten würde. Als sie aber nach einigen Tagen noch am Leben war und eindeutig Atemnot hatte, beschloss der Arzt nach Rücksprache mit der Familie, doch noch Sterbehilfe zu leisten. Auf die Frage, ob der Konsiliararzt nicht eher hinzugezogen hätte werden können, antwortete der Arzt, dass dieser erst benötigt worden sei, als die Patientin bereits im Koma lag. Vorher war der Wunsch der Patientin nicht aktuell gewesen. Die Kommission berücksichtigte in dieser Angelegenheit unter anderem die Tatsache, dass allgemein davon ausgegangen wird, dass ein Patient im Koma nicht unerträglich leiden kann. Im vorliegenden Fall hatte die Patientin aber ungeachtet ihres komatösen Zustands schwere Atemnot, und es war eindeutig, dass sie darunter litt. Daher kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Zustand der Patientin aussichtslos und ihr Leiden unerträglich waren. Auch die Tatsache, dass die Patientin dem Arzt gegenüber schriftlich (in Form einer notariellen Urkunde) und mündlich erklärt hatte, dass für sie ein unerträgliches Leiden vorliege, wenn sie ins Koma fallen würde, trug zu diesem Ergebnis bei. In Bezug auf die Konsultation eines zweiten Arztes urteilte die Kommission, dass die besonderen Umstände des Falles dazu geführt hätten, dass ein persönlicher Besuch nicht mehr sinnvoll war und dass das Kriterium der Hinzuziehung eines Konsiliararztes dennoch erfüllt war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.*

### **c) Patientenaufklärung**

Die Kommissionen beurteilen außerdem, ob der Arzt seinen Patienten über die Krankheit und die Prognose aufgeklärt hat und, wenn ja, auf welche Weise. Anders als bei der alten Regelung ist die Pflicht zur Patientenaufklärung als Sorgfaltskriterium ausdrücklich im Sterbehilfegesetz verankert (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe c). Damit sich der Patient seine Bitte reiflich überlegen kann, muss er vollständig über die Krankheit, die gestellten Diagnosen, die Prognosen und die Behandlungsmöglichkeiten im Bilde sein. Aufgabe des Arztes ist es, dafür zu sorgen, dass der Patient ausreichend informiert ist. Wenn es hier Unklarheiten gibt, bitten die Kommissionen um nähere Informationen.

### **d) Keine andere annehmbare Lösung**

Darüber hinaus muss der Arzt mit dem Patienten besprechen, welche Behandlungsalternativen es noch gibt, die das Leiden erleichtern könnten (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d Sterbehilfegesetz). Durch dieses Sorgfaltskriterium soll einerseits gewährleistet werden, dass die Entscheidung vom Arzt und seinem Patienten gemeinsam getroffen wird; andererseits muss feststehen, dass es für den Patienten keinen Ausweg mehr gibt und dass Sterbehilfe die einzige annehmbare Lösung ist.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Siehe auch die Erläuterungen zum Entwurf des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, Parlamentsdrucksachen II 1998/99, 26 691, Nr. 3. Zwar spielen im Entscheidungsprozess sowohl der Arzt als auch der Patient eine Rolle, aber die Entscheidung, ob er Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung leistet, trifft der Arzt selbstständig und eigenverantwortlich.

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die palliative Behandlung. Vorrangig sind schließlich die Pflege und die Behandlung des Patienten sowie die Linderung und die Beseitigung des Leidens. Das bedeutet aber nicht, dass jede palliative Behandlung ausprobiert werden muss. Es kann gute Gründe dafür geben, auf eine Behandlung zu verzichten. Bestimmte palliative Behandlungen haben Nebenwirkungen, die für den Patienten schwer zu ertragen sind. So kommt es vor, dass ein Patient die Erhöhung der Morphinumdosierung wegen der damit verbundenen Benommenheit und dem möglichen Bewusstseinsverlust ablehnt. Palliative Behandlungen mit Radiotherapie haben zum Teil derartige Nebenwirkungen, dass der Nutzen die Nachteile nicht mehr aufwiegen kann. In anderen Fällen wäre 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 braucht der Erfüllung eines Sterbehilfesuchens also nicht im Wege zu stehen.<sup>17</sup> Manchmal verweigert ein Patient jedoch eine auf den ersten Blick wenig einschneidende palliative Behandlung. Dabei kann es sich um eine „annehmbare andere Lösung“ handeln. Vom Arzt wird in einem solchen Fall erwartet, dass er hierüber mit dem Patienten spricht. Für die Kommissionen ist es wichtig, dass aus dem Meldebericht des Arztes hervorgeht, warum eventuelle andere Lösungen für den Patienten nicht annehmbar waren.

#### **e) Konsultation eines unabhängigen zweiten Arztes**

Neben dem behandelnden Arzt muss auch ein unabhängiger zweiter Arzt den Patienten gesehen und schriftlich seine Meinung zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien abgegeben haben (Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes). Dieser Konsiliararzt muss also selbstständig ein sachkundiges und unabhängiges Urteil über die Aussichtslosigkeit des Zustands und die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten abgeben und auch zu der Frage Stellung nehmen, ob es noch Alternativen zur Erleichterung des Leidens gibt und 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, er also den Patienten noch nicht – auch nicht als vertretender Arzt – behandelt haben und nicht mit ihm verwandt sein 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 Verwandtschafts- oder Abhängigkeitsverhältnis bestehen darf und dass nicht beide in derselben Ärztegemeinschaft tätig sein dürfen. In Artikel 9 der Richtlinien für die Arbeitsweise haben die Kommissionen festgelegt, wie mit Zweifeln hinsichtlich der Unabhängigkeit des Konsiliararztes umzugehen ist. Im nachstehenden Fall wurde entsprechend vorgegangen.

#### **Fall 7**

*Ein 77-jähriger Patient litt an einem metastasierten Kolonkarzinom. Er wurde operiert und mit Chemotherapie behandelt. Später entwickelte sich eine Pleuritis carcinomatosa, weswegen eine Pleurodese durchgeführt wurde. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die trotz adäquater Medikation zunehmenden Schmerzen und die Atemnot waren für den Patienten derart unerträglich, dass er seinen Arzt wiederholt um Sterbehilfe bat.*

*Ein zweiter Arzt wurde hinzugezogen, der den Patienten – wie sich später herausstellte – kannte. Zehn Jahre zuvor, als beide noch in einem anderen Ort gewohnt hatten, war dieser Arzt der Hausarzt des Patienten gewesen. Die Kommission bat daraufhin den Arzt und den Konsiliararzt um genauere Informationen, um prüfen zu können, ob der zweite Arzt dem Patienten gegenüber wirklich unabhängig war. Als sich herausstellte, dass der Konsiliararzt den Patienten und seine Familie in den dazwischen liegenden zehn Jahren nicht mehr gesehen und auch sonst keinen Kontakt mit ihm unterhalten hatte, befand die Kommission, dass die Konsultation eines zweiten Arztes den gesetzlichen Vorschriften entsprechend verlaufen war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.*

---

<sup>17</sup> Siehe auch G.A.M. Widdershoven: „De werkwijze en de ervaringen van de toetsingscommissies“ (Die Arbeitsweise und die Erfahrungen der Kontrollkommissionen). In: J. Legemaate und R.J.M. Dillmann (Red.): „Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt“ (Lebensbeendende Handlungen eines Arztes auf Verlangen des Patienten), Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, S. 51 f.

## **Konsiliarbericht**

Im Sterbehilfegesetz ist festgelegt, dass der Konsiliararzt den Patienten selbst gesehen und sein Urteil schriftlich niedergelegt haben muss. Wird dieses Kriterium nicht eingehalten, hat der Arzt, der die Sterbehilfe geleistet hat, die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt. Der behandelnde Arzt sollte sich also in jedem Fall vergewissern, dass der Konsiliararzt seine Aufgabe ordnungsgemäß ausgeführt hat und seinen Aufzeichnungspflichten nachgekommen ist. Ein ausführlicher und gut dokumentierter Konsiliarbericht stützt außerdem die Sterbehilfemeldung und ist der Kommission eine Hilfe bei der richtigen Beurteilung des Falles.

Im zurückliegenden Berichtsjahr sind den Kommissionen mehrfach Meldungen über Fälle zugegangen, in denen die Pflicht zur Hinzuziehung eines Konsiliararztes nicht erfüllt worden war und in denen die betreffende Kommission daher zu dem Schluss kam, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Der nachstehende Fall ist ein Beispiel dafür.

### **Fall 8**

*Bei der Patientin, einer 81-jährigen Frau, wurde während eines Krankenhausaufenthalts ein Ovarialkarzinom festgestellt. Eine Operation oder eine Chemotherapie waren angesichts ihres Alters und ihrer schlechten körperlichen Verfassung keine annehmbare Lösung. Die Patientin baute körperlich schnell ab und litt unter großen Schmerzen. Zwei Töchter der Patientin waren infolge eines Mammakarzinoms verstorben. Ihr Ende war in den Augen der Patientin schrecklich gewesen. Die Patientin teilte mit, sie wolle nicht auf dieselbe unangenehme Weise sterben. Anfang April 2003 bat sie den Arzt erstmals konkret um Sterbehilfe. Fünf Tage später erfüllte der Arzt diesen Wunsch. Unter den Unterlagen, die der Kommission zugehen, befand sich auch ein undatiertes schriftliches Bericht des hinzugezogenen zweiten Arztes. In seinem Meldebericht gab der Arzt an, er wisse nicht, wann der Konsiliararzt die Patientin gesehen hatte. Um sich ein gutes Bild vom Hergang der Sterbehilfe machen zu können, bat die Kommission den Arzt um eine mündliche Erläuterung. Der Arzt berichtete, dass bei der Einweisung ins Krankenhaus im Bauch der Patientin eine große Tumormasse festgestellt worden war. Eine Heilung war unmöglich. Die Patientin baute dem Arzt zufolge körperlich schnell ab und es gab keine Möglichkeiten mehr, ihr Leiden zu lindern. An einem Donnerstag sprach der Arzt ausführlich mit der Patientin und ihrem Mann über Sterbehilfe. Die Patientin bat den Arzt dabei konkret um Lebensbeendigung. Am Wochenende darauf besuchte der Arzt sie noch im Krankenhaus. Die Patientin wiederholte ihre Bitte um Sterbehilfe. Als der Arzt die Patientin nach dem Wochenende wieder sah, hatte sich ihr Zustand sehr verschlechtert. Sie hatte trotz der Verabreichung von Morphium über eine Pumpe große Schmerzen. Erneut bat die Patientin den Arzt um Sterbehilfe. Daraufhin teilte der Arzt der Patientin mit, dass die Hinzuziehung eines zweiten Arztes vorgeschrieben sei. Der Arzt setzte sich telefonisch mit einem Internisten in Verbindung und fragte ihn, ob er der Sterbehilfe zustimmen konnte. Soweit erforderlich wurden auch die medizinischen Fakten besprochen. Der Konsiliararzt hatte die Patientin nie behandelt. Er kannte aber ihre Krankengeschichte, weil sie von Kollegen auf seiner Abteilung untersucht worden war. Den Angaben des behandelnden Arztes zufolge stimmte der Konsiliararzt bereits während des Telefongesprächs der Sterbehilfe zu. Der Arzt behauptet, er habe den Konsiliararzt gebeten, die Patientin zu besuchen. Als der Arzt nachmittags um drei Uhr zu der Patientin kam, um Sterbehilfe zu leisten, stellte sich heraus, dass der Konsiliararzt noch nicht bei ihr gewesen war. Der Arzt beschloss, dennoch Sterbehilfe zu leisten. Auf die Frage der Kommission, ob die Situation der Patientin zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung derart dringlich war, dass er nicht mehr hätte warten können, antwortete der Arzt, dass er theoretisch noch einen Tag hätte warten können. Er fühlte sich nicht von der Patientin oder ihrer Familie unter Druck gesetzt. Am Wochenende hatte er für sich selbst beschlossen, die Bitte der Patientin zu erfüllen. Als die Patientin nach dem Wochenende auf ihrem Wunsch beharrte, erschien dies dem Arzt so konkret und so nachvollziehbar, dass er ihn erfüllen wollte.*

*Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Pflicht zur Hinzuziehung eines Konsiliararztes nicht erfüllt worden war und dass der Arzt deshalb nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen leiteten Ermittlungen ein. Die Aufsichtsbehörde sprach mit dem Arzt und ergriff Maßnahmen, um eine Wiederholung für die Zukunft zu vermeiden. Die Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren ein, mit der Auflage, dass sich der Arzt in Zukunft nicht erneut einer unsorgfältigen Vorgehensweise bei einer Lebensbeendigung auf Verlangen schuldig machen dürfe.*



### **Verzicht auf die Hinzuziehung eines Konsiliararztes**

Nur in absoluten Ausnahmefällen, nämlich in einer akuten Notsituation, kann darauf verzichtet werden, einen zweiten Arzt zu konsultieren. Damit es gar nicht so weit kommt, ist es wichtig, den Konsiliararzt rechtzeitig einzuschalten. Das gilt vor allem dann, wenn sich Komplikationen ergeben können, wenn etwa Gehirnmastasen auftreten können oder wenn infolge einer Erhöhung der Schmerzmittel-dosis Nebenwirkungen zu erwarten sind. In diesen Fällen kann die Kommunikation mit dem Patienten gestört sein, sodass nicht unumstößlich festgestellt werden kann, was sein Wille ist.

Aber auch wenn der Konsiliararzt rechtzeitig hinzugezogen wurde, kann es erforderlich sein, dass er den Patienten ein weiteres Mal besucht, vor allem dann, wenn beim ersten Besuch noch kein unerträgliches Leiden vorlag. Der Konsiliararzt erstellt in diesem Fall zwei Berichte. Dabei ist es wichtig, dass beim zweiten Besuch die inzwischen eingetretene Unerträglichkeit des Leidens bewertet wird. Es muss schließlich geprüft werden, ob die Umstände, die beim ersten Besuch für die Zukunft zu erwarten waren, auch wirklich eingetreten sind. Manchmal äußern Patienten auch eine Bitte für eine Situation, die beim Besuch des zweiten Arztes noch nicht eingetreten ist. Der Besuch findet dann statt, weil der Patient wissen will, ob seine Bitte in der nahen Zukunft erfüllt werden kann. Auch in diesem Fall muss eine zweite Konsultation stattfinden.

### **Wer kommt als Konsiliararzt in Frage?**

In nahezu allen Fällen wurde ein Kollege konsultiert. 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 urteilsfähig war und ob möglicherweise eine psychische oder psychiatrische Störung vorlag. Noch seltener wurde ausschließlich ein Psychiater als zweiter Arzt hinzugezogen. Im Allgemeinen halten die Kommissionen dies nicht für wünschenswert, da der Konsiliararzt 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.

### **f) Medizinisch sorgfältige Durchführung**

Allgemein sorgt das Kriterium, dass die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt werden müssen, kaum für Probleme. In den meisten Fällen orientiert man sich, was Methoden und Mittel angeht, an der Empfehlung „Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln“ (Toepassing en bereiding van euthanatica, 1998) der Königlich Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP).

Die Lebensbeendigung wird durch eine aktive Handlung des Arztes vorgenommen, der dem Patienten das Sterbemittel – in der Regel intravenös – verabreicht. Um ein Koma herbeizuführen, wird meist intravenös Thiopental gegeben, anschließend ein Medikament zur Entspannung der Muskeln (z. B. Pancuronium, Atracurium, Rocuronium oder Vecuronium). Manche Patienten entscheiden sich dafür, die Mittel selbst einzunehmen. Rechtlich handelt es sich dann um Hilfe bei der Selbsttötung. In einem solchen Fall trinkt der Patient eine Flüssigkeit mit einem Barbiturat.<sup>18</sup> Auch wenn der Arzt das Mittel nicht selbst verabreicht, sondern es nur dem Patienten zur Verfügung stellt, muss er bei der Einnahme anwesend sein. Er darf den Patienten mit dem Sterbemittel nicht allein lassen. Es hat sich gezeigt – der nachstehende Fall verdeutlicht dies –, dass manche Ärzte nicht darüber informiert sind, dass sie bei der Leistung von Hilfe bei der Selbsttötung in unmittelbarer Nähe des Patienten verbleiben müssen, wenn dieser die Flüssigkeit einnimmt. Schließlich ist es möglich, dass der Patient die Flüssigkeit erbricht, dann muss der Arzt doch noch selbst aktiv werden. Außerdem könnten Dritte gefährdet werden, wenn die gefährlichen Substanzen ohne medizinische Aufsicht zurückgelassen werden.

### **Fall 9**

*Bei einem 78-jährigen Patienten wurde ein Melanom im linken Auge festgestellt. Drei Jahre später wurden außerdem Metastasen in Lunge, Knochen und Gehirn diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Bei dem Patienten handelte es sich um einen pensionierten Internisten. Aufgrund seiner eigenen Sachkenntnis und Erfahrung lehnte er eine Chemotherapie ab. Allerdings wurden palliative Bestrahlungen durchgeführt und er erhielt Morphium und Dexamethason. Dennoch hatte der Patient Schmerzen, er litt unter Übelkeit und Brechreiz und wurde in zunehmendem Maße bettlägerig und von der Hilfe anderer abhängig. Außerdem bestand begründete Angst vor einer Querschnittslähmung.*

---

<sup>18</sup> Meist 100 ml Flüssigkeit mit 9 Gramm Pentobarbital-Natrium oder Secobarbital-Natrium.

*Der Patient hatte seinen Arzt wiederholt um Hilfe bei der Selbsttötung gebeten. Der Konsiliararzt, der den Patienten besucht hatte, war der Auffassung, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Am Tag vor dem Tod des Patienten händigte der Arzt diesem das Sterbemittel aus. Die beiden vereinbarten, dass der Patient das Mittel am folgenden Tag spätnachmittags oder am frühen Abend einnehmen würde. Der Arzt würde spätabends vorbeikommen und entweder den Tod des Patienten feststellen oder gegebenenfalls dessen Leben durch die intravenöse Verabreichung eines Sterbemittels beenden. Der Arzt war am betreffenden Tag und Abend ständig über sein Mobiltelefon erreichbar. Der Leichenschauer wurde bereits über den zu erwartenden Todesfall informiert. Die Kommission war der Ansicht, dass die Art und Weise, in der Hilfe bei der Selbsttötung geleistet wurde, nicht mit den Anforderungen vereinbar war, die in Medizinerkreisen dafür gelten, und sie stellte fest, dass die Lebensbeendigung nicht medizinisch sorgfältig durchgeführt worden war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte und informierte die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Staatsanwaltschaft beschloss, die Ermittlungen einzustellen. Die Aufsichtsbehörde führte mit dem Arzt ein Gespräch über den Hergang.*

#### **4. 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 Meldebericht des Arztes und ein Bericht des Konsiliararztes 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 Konsiliararzt oder einem anderen Beteiligten einzuholen.

Für die Abfassung des schriftlichen Berichts über die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung wurde ein Muster entworfen, das von den Ärzten in den meisten Fällen auch verwendet wird. Die Verwendung ist aber nicht obligatorisch. Auch ein individuell vom Arzt verfasster Bericht wird von den Kommissionen akzeptiert, sofern der Arzt darin auf alle Sorgfaltskriterien eingeht. In der Praxis wird nahezu immer der Musterbericht verwendet.

Die Kommissionen haben festgestellt, dass sich die Berichterstattung durch die Ärzte im letzten Jahr allgemein wieder verbessert hat. Durch Aufklärung und Feedback vonseiten der Kommissionen sind die Ärzte inzwischen besser darüber informiert, wie die Berichterstattung zu erfolgen hat. Dennoch kommt es noch vor, dass die Fragen in den Berichten sehr global beantwortet werden. In solchen Fällen sehen sich die Kommissionen häufig gezwungen, den Arzt um nähere Informationen zu bitten. Manchmal gehen bei den Kommissionen noch Meldeberichte nach altem Muster ein. Die darin enthaltenen Fragen sind aber nicht auf das neue Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung abgestimmt, sodass wesentliche Informationen fehlen. Auch in diesen Fällen wird der Arzt häufig gebeten, zusätzliche Informationen zu erteilen.

Auch der Konsiliararzt verfasst einen Bericht. Darin muss er zu allen Sorgfaltskriterien ein eigenes Urteil abgeben und dieses begründen. Er muss sich selbst davon überzeugt haben, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat und dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war. Darüber hinaus muss er auf seine Beziehung zum behandelnden Arzt und zum Patienten eingehen. Die Kommissionen stellen fest, dass die Konsiliarberichte zuweilen noch sehr allgemein abgefasst sind, besonders wenn sie von Krankenhausärzten stammen. In solchen Fällen wurden die betreffenden Ärzte oftmals aufgefordert, über den betreffenden Fall oder eventuelle künftige Fälle einen ausführlicheren Bericht zu schreiben.

#### **5. 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 läuft, werden Ärzte in Kursen auf die Aufgaben vorbereitet, die auf sie zukommen, wenn sie als Konsiliararzt zu einem eventuellen Sterbehilfefall hinzugezogen werden. Bisher haben fast nur Hausärzte an solchen Kursen teilgenommen. In den Kursen werden alle Elemente der Konsultation ausführlich behandelt, sowohl die medizinischen als auch die ethischen und die juristischen Aspekte. Teil der Kurse ist auch ein Vortrag eines Arztes und des Sekretärs einer Kontrollkommission. Die Kommissionen haben in diesem Berichtsjahr neuerlich festgestellt, dass sich dieses Projekt auf die Qualität sowohl der Konsultationsgespräche mit dem Konsiliararzt als auch der Berichterstattung positiv auswirkt.

Die Kommissionen bedauern, dass das SCEN-Projekt Ende 2003 infolge grundlegender Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Gesundheitsministerium und der Königlich-Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst (KNMG) über die Zuschüsse für das Projekt und die Höhe des Honorars für die SCEN-Ärzte in Gefahr kam.<sup>19</sup>

Die Kommissionen konnten feststellen, dass sich die Qualität der Konsiliarberichte seit der Einführung und Ausweitung des SCEN-Projekts erheblich verbessert hat. Die Berichte von Fachärzten sind allerdings noch verbesserungsfähig. Die Kommissionen legen daher großen Wert auf die Fortführung des Projekts und auf dessen Ausweitung auf die Krankenhäuser, weil es die Qualität und die Sorgfalt im Zusammenhang mit der Leistung von Sterbehilfe und von Hilfe bei der Selbsttötung erheblich fördert.

---

<sup>19</sup> Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Jahresberichts war bekannt, dass der Fortbestand des SCEN-Projekts und seine Ausweitung auf Krankenhäuser und Pflegeheime gesichert sind.