

Inhalt

Vorwort

Kapitel I Aufgaben der Kommissionen
 Der gesetzliche Rahmen und die Rolle der Kommissionen
 Entwicklungen 2004

Kapitel 2 Gesamtübersicht der Meldungen

Kapitel 3 Sorgfaltskriterien
 Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen
 Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen
 Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes
 Ersuchen
 Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand
 Patientenaufklärung
 Keine andere annehmbare Lösung
 Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes
 Medizinisch sorgfältige Durchführung

Anlagen (nicht in dieser Fassung enthalten)

- I Übersicht der Meldungen nach Regionen
 - Region Groningen, Friesland und Drente
 - Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland
 - Region Nordholland
 - Region Südholland und Seeland
 - Region Nordbrabant und Limburg

- II Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung

- III Verordnung über den Erlass von Vorschriften in Bezug auf die Kommissionen im Sinne von Artikel 19 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung

- IV Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Vorwort

Wie wichtig es ist, dass in den Niederlanden offen über das Thema Sterbehilfe gesprochen werden kann, wurde mir kürzlich wieder einmal bewusst, nachdem ich mir den Film „Das Meer in mir“ angesehen hatte, die authentische Geschichte eines invaliden Spaniers, der jahrelang darum kämpfte, menschenwürdig sterben zu dürfen.

In den Niederlanden diskutiert die Öffentlichkeit seit Jahrzehnten über das Thema Sterbehilfe. Das Inkrafttreten des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung ist das Ergebnis einer langen Entwicklung, bedeutete aber keineswegs das Ende der Diskussion. Sie wird unvermindert weitergeführt, weil sich in der Praxis immer wieder neue Fragen und Probleme ergeben. 2004 hat die niederländische Ärztevereinigung KNMG ein interessantes Symposium organisiert, um diese Probleme aufzuzeigen und Vorschläge für ihre Lösung zu unterbreiten. So werden nun beispielsweise nationale Richtlinien für den Einsatz von Sedativa in der letzten Lebensphase ausgearbeitet (u. a. bezüglich der Indikation, der einzusetzenden Mittel und des Beschlussfassungsverfahrens).

Wie jedes Jahr gilt das Interesse nicht nur den inhaltlichen Aspekten der Problematik, sondern auch den Zahlen. Die Zahl der Meldungen scheint sich zu stabilisieren. 2004 wurden insgesamt 1886 Fälle von Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung gemeldet, was eine leichte Zunahme im Vergleich zu 2003 bedeutet, als 1815 Meldungen bei den Kommissionen eingingen; 2002 waren es 1882. In vier Fällen kamen die Kommissionen 2004 zu dem Ergebnis, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

In diesem Jahr beginnt die von der Staatssekretärin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport angekündigte Anschlussuntersuchung zur Meldebereitschaft von Ärzten. In ihr wird es auch darum gehen, inwieweit der Umstand, dass die Ärzte besser über Möglichkeiten der palliativen Behandlung informiert sind, Einfluss auf die Zahl der Sterbehilfefälle hat. Die Untersuchung soll auch mehr Klarheit darüber schaffen, aus welchen Gründen Ärzte Sterbehilfefälle nicht melden.

Es bleibt auch in Zukunft wichtig, neue Entwicklungen und das Meldeverhalten der Ärzte zu beobachten.

Arnheim, im März 2005

R.P. de Valk-van Marwijk Kooy
Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Kapitel 1 AUFGABEN DER KOMMISSIONEN

DER GESETZLICHE RAHMEN UND DIE ROLLE DER KOMMISSIONEN

Nach Artikel 293 des niederländischen Strafgesetzbuchs ist die vorsätzliche Beendigung des Lebens eines anderen Menschen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin strafbar, es sei denn, sie wird von einem Arzt ausgeführt, der dabei gemäß den Sorgfaltskriterien nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung handelt und dies dem örtlichen Leichenschauer meldet. Zur Hilfe bei der Selbsttötung ist eine vergleichbare Bestimmung in das Strafgesetzbuch aufgenommen worden (Artikel 294). Die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung sind also unter bestimmten Umständen nicht strafbar.

Darüber hinaus gibt es nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung Regionale Kontrollkommissionen (im Weiteren: Kommissionen), die die Aufgabe haben, Meldungen von Fällen der Lebensbeendigung auf Verlangen (Sterbehilfe) und der Hilfe bei der Selbsttötung zu prüfen. Außerdem sind Sorgfaltskriterien in das Gesetz aufgenommen worden, an die sich der Arzt halten muss. Auf der Grundlage dieses Gesetzes führen die Kommissionen ihre Hauptaufgabe, die Prüfung der Meldungen, aus. Bei der Sterbehilfe verabreicht der Arzt dem Patienten die Sterbemittel; bei der Hilfe bei der Selbsttötung stellt er die Mittel bereit, die der Patient dann selbst einnimmt.

Hat ein Arzt Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet, meldet er dies dem örtlichen Leichenschauer. Dieser Meldung legt er einen Musterbericht¹ bei. Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und prüft, wie und mit welchen Mitteln das Leben beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ausgefüllt ist und ob alle erforderlichen Anlagen vorhanden sind. Er legt den Bericht des Konsiliararztes und – sofern vorhanden – die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei. Er meldet der Kommission die Lebensbeendigung und schickt die obligatorischen sowie weitere relevante Unterlagen mit.

Es gibt in den Niederlanden fünf Regionale Kontrollkommissionen. Behandelt wird eine Meldung von der Kommission, in deren Zuständigkeitsbereich der Sterbeort liegt. Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern: einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Jeder von ihnen hat einen Stellvertreter. Außerdem hat jede Kommission einen Sekretär, der auf den Sitzungen der Kommission eine beratende Funktion hat. Die Sekretäre und die übrigen Verwaltungsmitarbeiter bilden zusammen das Sekretariat der Kommissionen. Aufgabe des Sekretariats ist es, die Kommissionen bei ihren Tätigkeiten zu unterstützen.

Das Sekretariat ist organisatorisch bei der Zentralen Informationsstelle für Berufe im Gesundheitswesen (aCIBG), einer Durchführungsorganisation des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, untergebracht.

Kommissionssekretariate gibt es Groningen, Arnheim und Den Haag. Einmal im Monat finden dort Sitzungen der Kommissionen statt. Hat die Kommission im Zusammenhang mit einer Meldung Fragen, so setzt sie sich mit dem betreffenden Arzt in Verbindung. Sie kann ihn bitten, seine Meldung mündlich zu erläutern. Häufiger bittet sie ihn jedoch, schriftlich auf Fragen zu reagieren. Innerhalb von sechs Wochen geht dem Arzt das Urteil der Kommission zu. Diese Frist kann einmalig verlängert werden, zum Beispiel wenn die Kommission weitere Fragen hat.

Die Kommissionen sind zuständig für diejenigen Fälle, in denen ein Arzt eine Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat. In bestimmten anderen Fällen sind sie nicht befugt², eine Meldung zu behandeln.

Hat ein Arzt ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten die Lebensbeendigung vorgenommen, ist der örtliche Leichenschauer verpflichtet, den Fall direkt an die zuständige Staatsanwaltschaft weiter zu leiten. Das Kontrollverfahren nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung ist dafür nicht gedacht.

Die Kommissionen geben über die Meldungen ein multidisziplinäres Urteil ab. In den meisten Fällen kommen sie zu dem Ergebnis, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Dann setzen sie nur den meldenden Arzt von dem Ergebnis in Kenntnis. In ganz wenigen Fällen – 2004 waren es vier – kommen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt gegen ein oder mehrere Sorgfaltskriterien verstoßen hat. In einem solchen Fall schicken sie ihr Urteil an die Staatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Staatsanwaltschaft entscheidet darüber, ob strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden.

Die Gesundheitsbehörde entscheidet aufgrund ihrer eigenen Aufgabenstellung und Verantwortung, ob sie angesichts des Handelns des Arztes reagieren muss, etwa mit einem Disziplinarverfahren oder einem Gespräch mit dem Arzt. Zwischen den Kommissionen, der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen finden jedes Jahr Beratungen statt.

Die einschlägigen Rechtsvorschriften sollen dazu dienen, die Qualität der von Ärzten vorgenommen lebensbeendenden Handlungen zu überwachen und zu fördern. Ausgangspunkt ist, dass diese Handlungen nicht im Verborgenen stattfinden. Als Prüfungsrahmen geben die Rechtsvorschriften Sorgfaltskriterien vor. Die Kommissionen handeln in diesem vorgegebenen Rahmen und erfüllen so ihre Hauptaufgabe, nämlich die Prüfung der Meldungen. Auf diese Weise leisten sie einen Beitrag zur Qualitätssicherung bei lebensbeendenden Handlungen.

Daneben betreiben sie auch allgemeine Aufklärung zum Thema, was der Qualität ebenfalls zugute kommt. Die Kommissionen sind aktiv an der Ausbildung zum Konsiliararzt beteiligt, die Teil des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) ist, und sie informieren Gesundheitsämter (GGDs), Hausarztvereinigungen und ausländische Delegationen. Dabei gehen sie anhand von Erfahrungen aus der Praxis besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien ein.

Um die Einheitlichkeit der Urteile zu gewährleisten, finden regelmäßig Beratungen der Kommissionsvorsitzenden und ihrer Stellvertreter statt. Außerdem gibt es interne Vereinbarungen. Beabsichtigt eine Kommission beispielsweise, einem Arzt mitzuteilen, dass er nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, so wird der Entwurf dieses Kommissionsurteils von allen Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden der anderen Kommissionen kommentiert. Die betreffende Kommission berücksichtigt diese Anmerkungen dann bei der Erstellung des endgültigen Urteils.

ENTWICKLUNGEN 2004

Vor dem Hintergrund der Aufgaben der Kommissionen sind einige Entwicklungen relevant, beispielsweise die Debatten über die „terminale Sedierung“ und das Thema Demenz und Sterbehilfe, aber auch das Meldeverhalten der Ärzte.

Meldebereitschaft und Zahl der Meldungen 2004

Ein hoher Meldeprozentsatz bedeutet mehr Klarheit darüber, wie in der Praxis mit dem Thema Sterbehilfe umgegangen wird, und das ist neben der Kontrolle und der Förderung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien ein sehr wichtiges Ziel.

An dieser Stelle sei noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Zu- oder Abnahme der Zahl der Meldungen noch nichts über die Meldebereitschaft der Ärzte aussagt. Diesbezüglich wird in den Medien einiges durcheinander gebracht. Zur Ermittlung der Meldebereitschaft muss bekannt sein, wie sich die Zahl der Meldungen zu der Gesamtzahl der Fälle von Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung verhält.

2004 gingen bei den Kommissionen 1886 Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung ein. Damit hat sich der rückläufige Trend, der 1999 eingesetzt hat, in diesem Jahr nicht fortgesetzt. Auch die Kommissionen beschäftigen sich mit der Frage, welche Möglichkeiten es gibt, die Meldebereitschaft der Ärzte weiter zu erhöhen. Die Studie von van der Wal/van der Maas³ (im Weiteren: van der Wal c.s.) zeigt, wie wichtig es ist, klar zu machen, auf welche Weise die Sorgfaltskriterien einzuhalten sind.

Es besteht großes Interesse daran, wie die Kommissionen im Einzelfall zu ihrem Urteil gelangen und welche Überlegungen dabei eine Rolle spielen. In diesem Bericht wird für jedes Sorgfaltskriterium anhand von Fallbeispielen dargestellt, wie die Urteilsfindung in der Praxis vonstatten geht. Wenn genauer bekannt ist, wie dieser Prozess verläuft, wird das vermutlich eine erhöhte Meldebereitschaft nach sich ziehen.

Genau dieses Ziel verfolgt auch die Staatssekretärin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport mit der geplanten Veröffentlichung von Urteilen der Kommissionen. Die entsprechenden Vorbereitungen sind bereits angelaufen.

Terminale Sedierung

Im Laufe des Berichtsjahres ist die gesellschaftliche Diskussion über die terminale Sedierung, auch im Zusammenhang mit Sterbehilfe, intensiver geworden. Die Berufsvereinigung der Ärzteschaft erarbeitet zurzeit Richtlinien für das Sedieren von Patienten. Mit Blick auf die Aktualität und die Bedeutung eines Gedankenaustauschs

und der Kohärenz organisieren die Kommissionen 2005 eine Veranstaltung zu diesem Thema für alle ihre Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder.

Es ist wichtig, dass zwischen der terminalen Sedierung, die das Leiden lindern soll, und der Sterbehilfe, die das Leben beendet, unterschieden wird. Die terminale Sedierung, bei der in der Regel auch auf die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verzichtet wird, ist eine Form normalen medizinischen Handelns. Führt dieses Handeln zum Tod, gilt dieser allgemein als natürlicher Tod.

Zur Beurteilung der Frage, ob der gebotenen Sorgfalt Genüge getan worden ist, ist besonders die Indikation der terminalen Sedierung von Bedeutung, aber auch das erforderliche Maß, die Lebenserwartung des Patienten zu Beginn der Sedierung, das verwendete Mittel und seine Dosierung sowie der Weg, der zu der Entscheidung geführt hat; dazu gehört auch die Aufklärung des Patienten. Auch in der Studie von van der Wal c.s. wird auf die terminale Sedierung eingegangen. Dort heißt es, dass bei der Entscheidung über eine terminale Sedierung in ungefähr der Hälfte der Fälle das Thema Sterbehilfe angesprochen wurde⁴. In 14 % aller Fälle entschied sich der Patient selbst gegen die Sterbehilfe und für die terminale Sedierung. In 10 % der Fälle wurde die terminale Sedierung gewählt, weil kein ausdrückliches Verlangen des Patienten nach Sterbehilfe vorlag.

Es gibt allerdings Ausnahmesituationen, in denen eine terminale Sedierung nicht effektiv ist. Manchmal findet der Patient einfach keine Ruhe, leidet weiterhin unter Schmerzen oder Atemnot und verfällt in einen menschenunwürdigen Zustand, in den er nach eigener Aussage nie geraten wollte. Dann kann Sterbehilfe ein Ausweg sein, vorausgesetzt, die Sorgfaltskriterien werden eingehalten. Wenn der Patient vorab eine Bitte um Sterbehilfe geäußert und vor Beginn der Sedierung auch ein zweiter Arzt hinzugezogen wurde, könnte, sofern der mögliche Eintritt einer solchen Situation zuvor mit dem Patienten besprochen worden ist, doch noch Sterbehilfe geleistet werden.

Sterbehilfe und Demenz

2004 ging bei den Kommissionen eine Meldung ein, in der es um die Problematik Sterbehilfe und Demenz ging. In diesem speziellen Fall kam die Kommission Nordholland zu dem Ergebnis, dass der Arzt, der die Sterbehilfe geleistet hatte, im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Allgemein kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass Sterbehilfe bei Patienten mit Alzheimer immer den Sorgfaltskriterien entsprechend durchgeführt werden kann. Die Fakten und Umstände müssen wie bei jeder anderen Meldung auch sorgfältig geprüft werden.

Dies gilt vor allem für die Kriterien „nach reiflicher Überlegung und freiwillig“ und „aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden“. Auch bei einer Alzheimer-Erkrankung kann die Prüfung dieser beiden Kriterien angesichts der spezifischen Umstände des Falles ergeben, dass der Patient unerträglich litt, sein Zustand aussichtslos war und er freiwillig und nach reiflicher Überlegung seine Bitte geäußert hat. In Kapitel 3 wird unter der Überschrift „Aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden“ näher darauf eingegangen.

Kapitel 2 Übersicht über die eingegangenen Meldungen

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2004

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1886 Meldungen ein.

Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung

In 1714 Fällen ging es um Sterbehilfe, in 141 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 31 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 1646 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 188 um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 52 Fällen meldeten Haus- und Facharzt den Fall gemeinsam.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	1647
Herz- und Gefäßkrankheiten	24
Erkrankung des Nervensystems	63
Lungenerkrankungen (kein Lungenkrebs)	34
Aids	4
Andere	73
mehrere Erkrankungen	41

Ort der Lebensbeendigung

In 1530 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 177 Fällen in einem Krankenhaus, in 65 Fällen in einem Pflegeheim, in 62 Fällen in einer Einrichtung für betreutes Wohnen, in 5 Fällen in anderen Einrichtungen und in 43 Fällen an anderen Orten (z. B. in einem Hospiz oder bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilung in ihre Zuständigkeit falle. In 4 Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte⁵.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission an den Arzt vergingen im Durchschnitt 30 Tage.

Kapitel 3 Sorgfaltskriterien

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM ALLGEMEINEN

Die Kommissionen formulieren eine Beurteilung, aus der hervorgeht, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Nach den Sorgfaltskriterien in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch muss der Arzt:

- a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war,
- c) den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert haben,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation, in der er sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert haben, der den Patienten gesehen und eine schriftliche Beurteilung über die Sorgfaltskriterien im Sinne der Punkte a bis d abgegeben hat und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt haben.

Die folgenden zwei Fälle verdeutlichen die Prüfung der Meldungen auf der Grundlage dieser Kriterien. In fast allen Fällen kommen die Kommissionen zu dem Ergebnis, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Das gilt auch für die beiden nachstehenden Fälle. Anhand der Fallbeispiele wollen die Kommissionen einen Eindruck von der Problematik vermitteln, mit der sie sich im zurückliegenden Berichtsjahr auseinandergesetzt haben. Dadurch kann ein verzerrtes Bild entstehen, weil die meisten Fälle auf den Sitzungen der Kommissionen kaum Anlass zu Diskussionen geben.

Fall 1

Bei der Patientin, einer 55-jährigen Frau, wurde 1990 in der linken Brust ein Mammakarzinom diagnostiziert. Es wurde eine Lumpektomie durchgeführt. Anschließend erhielt die Patientin Bestrahlungen. 1996 wurde wegen eines Mammakarzinoms auf der rechten Seite eine Mastektomie vorgenommen. Anschließend wurde die Patientin wieder bestrahlt. Darüber hinaus musste sie sich einer Ovariectomie unterziehen, und sie bekam Nolvadex. Im August 2002 wurden Knochen-, Haut- und Lymphdrüsenmetastasen nachgewiesen. Die Patientin erhielt palliativmedizinisch eine hormonelle und chemotherapeutische Behandlung. Eine Heilung der Patientin war nicht mehr möglich. Die Schmerzen wurden stärker. Durch die Verabreichung von Morphium als Infusion waren die Schmerzen einigermaßen unter Kontrolle. Das Leiden der Patientin wurde dadurch verursacht, dass sie körperlich stark abbaute und pflegebedürftig wurde. Ihr Gesundheitszustand konnte sich nur weiter verschlechtern. Die Patientin empfand kaum noch Freude und das Leben hatte für sie keinerlei Inhalt mehr. Ihr psychisches und körperliches Leiden war unerträglich. Es gab keine Möglichkeiten, das Leiden zu erleichtern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hat.

Der Arzt ging davon aus, dass die Patientin, wenn keine lebensbeendenden Maßnahmen vorgenommen worden wären, innerhalb weniger Wochen sterben würde. Anfang Januar 2004 bat die Patientin konkret um Sterbehilfe. Danach wiederholte sie ihren Wunsch mehrfach. Außerdem unterzeichnete sie eine Patientenverfügung. Der Mann, die Mutter und die Kinder der Patientin wussten von ihrem Wunsch und respektierten ihn. Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich die Patientin der Folgen ihrer Bitte und ihres körperlichen Zustands bewusst.

Als Konsiliararzt wurde ein SCEN-Arzt hinzugezogen. Er besuchte die Patientin. Seinem Bericht zufolge waren die Schmerzen für die Patientin durch das Morphium, das ihr als Infusion verabreicht wurde, zwar erträglich, aber sie empfand ihren Zustand im Allgemeinen als unerträglich und aussichtslos. Der Patientin war häufig übel und sie musste sich übergeben. Alles, was sie noch zu sich nehmen konnte, waren einige kleine Schlucke Wasser.

Nachts litt sie häufig unter Halluzinationen; die dagegen eingesetzte Medikation vertrug sie nicht. Die Patientin war sich ständig des enormen Umfangs ihrer angeschwollenen Leber und der vollständigen Abhängigkeit von anderen bewusst. Bei dem Gespräch mit dem Konsiliararzt war die Patientin schwach, aber bei klarem Verstand. Nach Angaben des Konsiliararztes war sie in der Lage, vernünftig zu denken.

Das Gespräch mit dem Konsiliararzt emotionalisierte die Patientin und ihren Ehemann. Der Konsiliararzt konnte das nachempfinden. Seiner Ansicht nach äußerte die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung, ihr Leiden war unerträglich und ihr Zustand aussichtslos. Den Sorgfaltskriterien war seines Erachtens genüge getan. Der Arzt verabreichte der Patientin intravenös Pentothal und Pavulon. Die Familie der Patientin war bei der Lebensbeendigung anwesend.

Fall 2

Bei einem 62-jährigen Patienten wurde 2001 ein lymphogenes metastasiertes nicht kleinzelliges Bronchiolarkarzinom im rechten oberen Lungenlappen festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Behandlung bestand aus Bestrahlungen sowie First-Line- und Second-Line-Chemotherapie. Zwei Jahre später wurde bei dem Patienten eine Metastase im Gehirn festgestellt. Dagegen wurde er palliativmedizinisch mit Radiotherapie und mit Dexamethason behandelt. In den letzten Wochen nahmen die Beschwerden aufgrund der Hirnmetastase zu. Es kam zu Gedächtnis- und Konzentrationsverlust, Unruhe, Verhaltensänderungen, Aggressionsschüben sowie zu Apathie und Unerreichbarkeit. Außerdem wurde er bettlägerig. Die Unerträglichkeit des Leidens ergab sich für den Patienten durch die Unruhe, die totale Abhängigkeit, das Husten und den Umstand, dass ihm das Kommunizieren immer schwerer fiel. Vorab hatte der Patient bereits angegeben, dass er eine solche Situation nicht wollte. Er lehnte eine terminale Sedierung ab, weil sie die Situation, in der er sich befand und die er ausdrücklich nicht wollte, nur noch verlängern würde. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt den Patienten hinreichend über seine Lage und über die weiteren Aussichten informiert hat.

Der Arzt ging davon aus, dass der Patient, wenn keine lebensbeendenden Maßnahmen vorgenommen worden wären, innerhalb von ein bis zwei Wochen

verstorben wäre. Der Patient hatte Ende Dezember 2003 erstmals konkret um eine Lebensbeendigung gebeten. Diesen Wunsch hatte er danach täglich wiederholt, unter anderem in Anwesenheit seiner Frau und seiner Kinder und eines anderen Hausarztes. Über die Bitte um Lebensbeendigung ist mit der Frau und den Kindern des Patienten gesprochen worden. Es lag eine Patientenverfügung aus dem Jahr 2002 vor, die der Patient Ende 2003 bestätigt hatte.

Als dem Patienten klar geworden war, dass er durch die Hirnmetastase seine geistigen Fähigkeiten und seine Ausdrucksmöglichkeiten verlieren könnte, ernannte er seine Frau zu seiner Bevollmächtigten. Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich der Patient der Folgen seiner Bitte und seines körperlichen Zustands bewusst.

Als Konsiliarärztin wurde eine SCEN-Ärztin hinzugezogen. Die Konsiliarärztin hat den Patienten Anfang Januar 2004 gesehen und mit ihm gesprochen. In ihrem Bericht bestätigt sie die Aussichtslosigkeit, das für den Patienten unerträgliche Leiden sowie die geschätzte Lebenserwartung. Der Patient befand sich im terminalen Stadium. Zum Zeitpunkt des Besuchs konnte der Patient nicht mehr sprechen. Er konnte nur noch mit Kopfbewegungen auf die Fragen der Konsiliarärztin reagieren. Nach den Angaben der Ärztin waren die Schmerzen, die Hilflosigkeit und die innere Zerrüttung Anlass für den Patienten, um Sterbehilfe zu bitten und sich auf seine Patientenverfügung zu berufen.

Es kam zu Kontrollverlust, Angst, verändertem Verhalten und Hilfsbedürftigkeit, insbesondere als Folge des Ausfalls der Gehirnfunktionen. Die Bitte war freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Die Konsiliarärztin war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt hat dem Patienten in Anwesenheit seiner Frau und seiner Kinder Pentothal und Pavulon intravenös verabreicht.

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM EINZELNEN

Nachstehend wird – meist anhand von Fallbeispielen – dargestellt, wie die Prüfung der Meldungen auf der Grundlage der Sorgfaltskriterien erfolgt ist und welche Elemente für die Beurteilung von Bedeutung waren. Bei den Beispielen handelt es sich um Fälle, die den Kommissionen 2004 gemeldet wurden.

a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Die Bitte um Lebensbeendigung muss von dem Patienten selbst geäußert werden. Außerdem muss er sie aus freien Stücken formulieren. Der Arzt muss sich vergewissern, dass der Patient seine Bitte nicht auf Druck seiner Umgebung geäußert hat. Bei der Beurteilung wird geprüft, zu welchen Zeitpunkten und auf welche Weise der Patient seine Bitte geäußert hat.

Es muss festgestellt werden können, dass der Wunsch des Patienten das Ergebnis reiflicher Überlegung ist. Zwar werden die Angehörigen und oft auch das Pflege- und Betreuungspersonal in die Gespräche über den Wunsch des Patienten

miteinbezogen, sie müssen aber dem Wunsch nicht zustimmen; letztendlich geht es um den Willen des Patienten.

Damit der Patient eine wohl überlegte Bitte formulieren kann, muss er gut über seine Krankheit, über die Lage, in der er sich befindet, über die Prognose und über eventuelle alternative Möglichkeiten zur Verbesserung seiner Lage informiert sein.

Schriftliche Patientenverfügung

Im Musterbericht muss der Arzt die Frage beantworten, ob eine schriftliche Patientenverfügung vorliegt. Dieser Umstand könnte den Eindruck erwecken, dass eine solche Erklärung immer vorliegen muss. Das ist aber nicht der Fall.

Damit die Sorgfaltskriterien im Sinne des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung als erfüllt gelten, muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seinen Wunsch aus freien Stücken und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Dieser Wunsch wird normalerweise mündlich geäußert. In der Regel bitten die Ärzte ihre Patienten allerdings, ihr Ersuchen schriftlich zu fixieren.

Es kann allerdings die Situation eintreten, dass ein bis dato urteilsfähiger Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Bitte mündlich zu äußern, zum Beispiel, weil sich sein Gesundheitszustand rasch verschlechtert hat.

Wenn er aber, als er noch fähig war, seinen Willen zu äußern, seinen Wunsch nach Lebensbeendigung in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt hat, kann der Arzt diesem Wunsch entsprechen, sofern die übrigen Sorgfaltskriterien erfüllt werden. Unter derartigen Umständen ersetzt eine schriftliche Patientenverfügung sozusagen die mündliche Bitte.

Damit der Status einer schriftlichen Patientenverfügung über jeden Zweifel erhaben ist, ist er im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung verankert worden.

Angesichts der Bedeutung einer schriftlichen Verfügung eines Patienten, der zu dem Zeitpunkt, zu dem die Erfüllung seines Wunsches nach Lebensbeendigung in Frage kommt, nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, ist es wichtig, dass sie regelmäßig aktualisiert wird und möglichst konkret die Umstände auflistet, unter denen der Patient eine Lebensbeendigung wünscht. Je konkreter und klarer die schriftliche Verfügung abgefasst ist, desto hilfreicher ist sie für den Arzt bei seiner Entscheidung.

Der Wunsch nach Lebensbeendigung entsteht häufig im Laufe eines Krankheitsprozesses. In vielen Fällen bleibt der Patient urteilsfähig. Der Arzt muss überzeugt sein, dass dieser Wunsch tatsächlich nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert wird. Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung sind Gespräche über das bevorstehende Lebensende, die Wünsche der Patienten und die Möglichkeiten, die es gibt, diesen Wünschen zu entsprechen.

Dem Arzt und dem Patienten muss klar sein, was der Patient genau will. Auch wenn der Patient in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und mündlich um Lebensbeendigung ersucht, kann eine schriftliche Patientenverfügung noch mehr Klarheit schaffen.

Es braucht wohl nicht ausdrücklich betont zu werden, dass der Arzt auch bei Vorlage einer schriftlichen Patientenverfügung niemals verpflichtet werden kann, einen

Wunsch nach Lebensbeendigung zu erfüllen. Mit anderen Worten: Der Arzt muss in allen Fällen selbst abwägen.

Schließlich muss er im Falle einer Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung Rechenschaft ablegen.

Der Fall zu der bereits genannten Meldung von Sterbehilfe bei einem an Alzheimer leidenden Patienten ist nachstehend geschildert. In diesem speziellen Fall konnten sich der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt weder im Hinblick auf die Urteilsfähigkeit des Patienten noch im Hinblick auf die Frage einigen, ob das Leiden des Patienten als unerträglich eingestuft werden konnte. Nachdem er die Stellungnahme des Konsiliararztes erhalten hatte, wollte der behandelnde Arzt noch eine zweite Meinung einholen. Er konsultierte drei weitere Sachverständige, die in Bezug auf den Sterbehilfewunsch des Patienten zu dem Schluss kamen, dass dieser urteilsfähig war, dass sein Sterbehilfewunsch konsequent war und dass er gut über die Folgen seiner Entscheidung nachgedacht hatte. Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt angesichts der unterschiedlichen Meinungen auf der Grundlage seiner *eigenen Erkenntnisse* der Meinung dieser Sachverständigen mehr Gewicht beimessen durfte.

Fall 3 (Alzheimer-Patient)

Ein 65-jähriger Patient litt seit drei Jahren an Alzheimer. Die Depressionsbeschwerden, die in diesem Zusammenhang auftraten, wurden mit Medikamenten erfolgreich behandelt. Tagsüber hielt sich der Patient zur Behandlung in einem Pflegeheim auf. Er litt unerträglich unter dem Umstand, in keiner Weise mehr selbstständig zu sein. Auch seine Zukunft als Demenzpatient bedrückte ihn sehr. Von Anfang an hatte der Patient dem Arzt klar gemacht, dass er nicht den gesamten Krankheitsprozess durchmachen wollte. Im Laufe des Jahres, das der Lebensbeendigung voranging, hat er den Arzt wiederholt um Hilfe bei der Selbsttötung gebeten.

Der Arzt zog einen Konsiliararzt zu Rate. Nach dessen Ansicht litt der Patient unerträglich unter der Abhängigkeit von anderen, unter dem Bewusstsein, dass ihm körperlicher Verfall und Verhaltensauffälligkeiten bevorstanden, unter dem Verlust der Autonomie und des Selbstwertgefühls und unter dem Wissen, dass sich seine Lage immer weiter verschlechtern würde.

Dennoch war das Leiden des Patienten für den Konsiliararzt nicht nachvollziehbar. Zudem würde das Bewusstsein des Patienten um die Unzulänglichkeiten im weiteren Verlauf der Krankheit immer weiter nachlassen. Infolgedessen würde die Unerträglichkeit des Leidens im Lauf der Zeit abnehmen.

Nach den Angaben des Konsiliararztes wurde zwar über einen langen Zeitraum regelmäßig der Wunsch nach Sterbehilfe formuliert, doch war die Urteilsfähigkeit des Patienten diskutabel, da er während des Gesprächs den Argumenten des Konsiliararztes nicht folgen konnte. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien nicht erfüllt waren.

Angesichts dieser Beurteilung durch den Konsiliararzt hat der behandelnde Arzt noch drei Sachverständige konsultiert: einen Psychologen, einen Pflegeheimarzt und einen Gerontopsychiater. Jeder dieser Sachverständigen hat den Sachverhalt geprüft. Sie alle kamen zu dem Schluss, dass der Patient nicht an einer Depression

litt, dass er gern die Kontrolle über sein Leben behalten wollte und dass ihm bewusst war, dass er mit fortschreitender Krankheit diese Kontrolle verlieren würde. Die Sachverständigen kamen unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, dass der Patient in der Lage war, aus freien Stücken und nach reiflicher Überlegung eine Bitte um Lebensbeendigung zu äußern, und dass er sich über die Folgen seiner Entscheidung im Klaren war. Angesichts der Beurteilungen dieser Sachverständigen entschloss sich der Arzt, den Wunsch des Patienten zu erfüllen. Der Patient starb infolge von Hilfe bei der Selbsttötung.

In der Beurteilung hat die Kommission berücksichtigt, dass der Konsiliararzt zwar die Urteilsfähigkeit des Patienten in Zweifel gezogen hatte, dass die später konsultierten Sachverständigen aber jeder für sich zu dem Ergebnis gekommen waren, dass der Patient sehr wohl urteilsfähig und in der Lage war, seinen Willen zu bestimmen und zu untermauern. Nach Auffassung der Kommission hatte der Arzt das Kriterium der Hinzuziehung eines Konsiliararztes erfüllt. Nachdem der Arzt mit den sich widersprechenden Meinungen des Konsiliararztes und der drei Sachverständigen konfrontiert worden war, habe er, so die Kommission, auf der Grundlage seiner eigenen Erkenntnisse dem Urteil der Sachverständigen zu Recht mehr Gewicht beigemessen. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass das Leiden des Patienten unerträglich und sein Zustand aussichtslos war.

Dieses Kriterium besteht aus zwei Komponenten: Der Zustand muss aussichtslos und das Leiden unerträglich sein.

Die Aussichtslosigkeit muss nach herrschender medizinischer Lehrmeinung feststehen. Aus medizinischer Sicht kann einigermassen objektiv festgestellt werden, ob der Zustand aussichtslos ist: Es darf keine Aussicht auf eine Verbesserung bestehen. Mit anderen Worten, die Ursache des Leidens kann nicht ausgeschaltet werden.

Die *Unerträglichkeit* des Leidens lässt sich schwerer feststellen, da sie grundsätzlich von der Person abhängt. Sie wird durch die Sicht des Patienten bestimmt, durch seine physische und psychische Leidensfähigkeit und durch seine Persönlichkeit. Was für den einen Patient noch erträglich ist, ist für einen anderen bereits unerträglich.

Wenn in den Meldungen von einem unerträglichem Zustand die Rede ist, wird er häufig mit Begriffen wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Erschöpfung, zunehmender körperlicher Verfall und stärkere Abhängigkeit sowie mit dem Verlust der Würde beschrieben. Aber auch andere Leidensformen können Unerträglichkeit beitragen. Das Maß, in dem diese Symptome und Umstände als Leiden empfunden werden, unterscheidet sich jedoch von Patient zu Patient.

Um den Aspekt der Unerträglichkeit überprüfen zu können, muss der Begriff so weit es geht objektiviert werden. Deshalb orientieren sich die Kommissionen bei ihrer Arbeit daran, ob die Unerträglichkeit für den Arzt nachvollziehbar war.

Das Kriterium „unerträgliches Leiden“ kann unter bestimmten Umständen ein Dilemma verursachen, etwa wenn der Patient im Koma liegt oder an Alzheimer leidet.

2004 ging eine Meldung ein – hier als Fall 5 aufgenommen –, in der es um die Lebensbeendigung auf Verlangen bei einem Patienten ging, der zum Zeitpunkt der Durchführung der Lebensbeendigung im Koma lag.

In medizinischen Kreisen wird allgemein davon ausgegangen, dass ein Patient in (tiefem) Koma nicht (unerträglich) leidet. Aus diesem Grund vertreten die Kommissionen die Auffassung, dass Ärzte in Fällen, in denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, große Zurückhaltung üben sollten. Bei jeder einzelnen Meldung prüfen die Kommissionen die spezifischen Tatsachen und Umstände. Auf dieser Grundlage kann eine Kommission in einem konkreten Fall zu der Überzeugung gelangen, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt worden ist. Bei soporösen Patienten, die äußerlich wahrnehmbare Anzeichen von Leiden erkennen lassen, zum Beispiel Stöhnen, Augenzwinkern oder sichtbare Atemnot, kann der Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass der Patient (unerträglich) leidet.

Ein Dilemma kann auch dadurch entstehen, dass der Arzt dem Patienten zu einem früheren Zeitpunkt zugesagt hat, ihm bei der Durchführung der Sterbehilfe behilflich zu sein. Macht der Arzt ein solches Versprechen, sieht sich anschließend aber mit einer unvorhergesehenen Änderung der Lage konfrontiert, kann er in eine moralische Zwickmühle geraten. Deshalb empfiehlt es sich, dass Ärzte auf uneingeschränkte Zusagen gegenüber den Patienten verzichten.

Im Zusammenhang mit dem freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Wunsch ist bereits darauf hingewiesen worden, dass urteilsunfähige Patienten, z. B. Komapatienten, zu einem Zeitpunkt, da sie noch urteilsfähig waren, eventuell eine Patientenverfügung verfasst haben. Zwar spielt der Wunsch des Patienten eine wichtige Rolle bei der Abwägung des Arztes, ob er Sterbehilfe leistet oder nicht, doch gilt daneben natürlich weiterhin uneingeschränkt das Kriterium, dass das Leiden unerträglich und der Zustand aussichtslos sein muss.

Nachstehend wird ein Fall beschrieben, bei dem der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht zu dem Ergebnis kommen durfte, dass der im Koma liegende Patient unerträglich litt und sein Zustand aussichtslos war. (Fall 5)

Auch bei Alzheimerpatienten ist das Kriterium der Unerträglichkeit des Leidens schwierig zu beurteilen. Bei der Beantwortung der Frage, ob das Leiden *im konkreten Fall* unerträglich war, kann die in Fachkreisen übliche Unterscheidung zwischen dem Leiden im *Anfangsstadium der Demenz* (also dem Leiden mit der nicht akzeptablen Aussicht, dass der körperliche Verfall nicht aufzuhalten ist) und dem Leiden im *fortgeschrittenen Stadium der Demenz* (also dem Leiden, das sich aufgrund der Demenz einstellt und das indirekt aus dem Verhalten des Patienten abgeleitet werden kann) hilfreich sein.

Glaut der Arzt, dass ein Alzheimerpatient in der Anfangsphase seiner Krankheit – also gerade in einer Situation, in der keine relevanten somatischen Beschwerden vorliegen – unerträglich leidet, ist es wichtig, dass er einen oder mehrere

Sachverständige konsultiert und dass jeder einzelne seine Beurteilung der Lage schriftlich festhält. Zusätzlich zu einem Arztkollegen könnte beispielsweise ein Psychiater oder ein Gerontologe konsultiert werden. Ist sich ein Patient über den weiteren Verlauf der Krankheit im Klaren, kann dadurch ein großer Leidensdruck entstehen, auch wenn ansonsten kein somatisches Leiden vorliegt.

In Fall 3 ging es um einen Patienten mit Alzheimer im Anfangsstadium. Die Prognose für ihn sah so aus, dass die Krankheit und der damit verbundene körperliche Verfall unaufhaltsam fortschreiten würden. Der Konsiliararzt konnte die Unerträglichkeit nicht nachvollziehen, da der Patient seine Lage später als weniger unerträglich empfinden würde. Allerdings bestand die Unerträglichkeit für den Patienten gerade in dem Wissen, dass er mit fortschreitender Krankheit keine Kontrolle mehr über sein Leben haben würde, und dies wollte er sich ersparen. Der Arzt, der die Sterbehilfe geleistet hat, die konsultierten Sachverständigen und die Kontrollkommission waren aufgrund dessen der Meinung, dass das Leiden sehr wohl unerträglich war.

In der Praxis kommt es häufiger vor, dass der behandelnde Arzt einen Kollegen konsultiert, der der Meinung ist, dass das Leiden noch nicht unerträglich sei. In vielen Fällen erklärt der Konsiliararzt dann, dass er erwartet, dass das Leiden durch die weitere Verschlechterung des Zustands innerhalb eines bestimmten Zeitraums unerträglich wird.

In einer solchen Situation muss der Arzt zu einem späteren Zeitpunkt erneut Kontakt mit dem Konsiliararzt aufnehmen, um zu beraten, ob das Leiden in der Zwischenzeit unerträglich geworden ist. Je nachdem, wie sich die Umstände des Falles darstellen, kann es erforderlich sein, dass der Konsiliararzt den Patienten noch einmal besucht. In anderen Fällen kann ein Telefonat zwischen dem Konsiliararzt und dem behandelnden Arzt ausreichen. In diesen Situationen empfiehlt es sich für den Arzt in jedem Fall, in den Unterlagen darauf hinzuweisen, dass ein weiterer Kontakt mit dem Konsiliararzt oder ein zweites Treffen des Konsiliararztes mit dem Patienten stattgefunden hat. Weiter hinten wird bei der Behandlung des Sorgfaltskriteriums, nach dem ein weiterer Arzt zu konsultieren ist, noch genauer auf diesen Punkt eingegangen.

Fall 4 (unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand)

Zum Zeitpunkt des Besuchs des Konsiliararztes war das Leiden noch nicht unerträglich. Die Lebensbeendigung wurde sechs Tage nach dem Besuch ausgeführt. Aus dem Bericht des Arztes ging nicht hervor, was sich am Zustand der Patientin geändert hatte. Dazu stellte die Kommission Fragen.

Die Patientin, eine 89-jährige Frau, hatte seit Dezember 2003 Beschwerden, die wahrscheinlich von einem Kolonkarzinom mit Lebermetastasen herrührten. Angesichts ihres Alters verzichtete die Patientin auf weitergehende Untersuchungen oder Behandlungen. Sie ließ lediglich eine Blut- und eine Ultraschalluntersuchung der Leber vornehmen. Eine Heilung war nicht mehr möglich. In den darauffolgenden Monaten nahm die Abhängigkeit der Patientin kontinuierlich zu. Immer wieder litt sie unter Durchfall und Brechreiz. Außerdem litt sie unter Schmerzattacken und es drohte ein Ileus. Für die Patientin war dieses Leiden letztendlich unerträglich. Es gab keine Möglichkeiten, das Leiden zu erleichtern. Die Patientin wollte auch keine weitere Behandlung. Anfang Mai 2004 äußerte sie mehrfach die konkrete Bitte um Lebensbeendigung.

Der Konsiliararzt besuchte die Patientin. Aus seinem Bericht geht hervor, dass er die Patientin im Bett liegend vorfand. Seit einer Woche konnte sie das Bett kaum noch verlassen. Sie konnte nur noch kleine Mengen Flüssignahrung zu sich nehmen. Die Patientin war im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und konnte ihre Lage gut einschätzen. Sie sagte, sie habe sich mit dem Sterben abgefunden. Die Patientin war nach Angaben des Konsiliararztes nicht depressiv. Sie wollte keine unverzügliche Sterbehilfe, die Frage aber für den Fall der Fälle geregelt wissen. Zum Zeitpunkt des Besuchs war das Leiden nach Angaben des Konsiliararztes noch nicht unerträglich. Die Patientin wollte lieber auf natürlichem Weg sterben. Es beruhigte sie aber zu wissen, dass Sterbehilfe möglich war. Sie äußerte ihre Bitte nach reiflicher Überlegung und aus freien Stücken.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass noch nicht alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Sobald die Patientin unerträglich leiden und ihre Bitte aktuell werden sollte, könnte die Lebensbeendigung vorgenommen werden. Der Konsiliararzt merkte an, dass er eventuell um einen neuerlichen Besuch bei der Patientin gebeten werden könnte, sollte die Lebensbeendigung nicht innerhalb der nächsten sechs Wochen erfolgen.

Sechs Tage nach dem Besuch des Konsiliararztes führte der behandelnde Arzt die Sterbehilfe durch. Da der Konsiliararzt in seinem Bericht festgestellt hatte, dass bei seinem Besuch noch kein unerträgliches Leiden vorlag und der letzte Vermerk des Arztes in der Krankenakte drei Tage vor dem Besuch des Konsiliararztes vorgenommen worden war, fragte sich die Kommission, wie sich der Zustand der Patientin in der Zeit zwischen dem Besuch des Konsiliararztes und der Durchführung der Sterbehilfe verändert hatte.

Zur Klärung der Frage setzte sich der Kommissionsarzt telefonisch mit dem behandelnden Arzt in Verbindung. Während des Telefonats teilte der Arzt mit, dass es zu einem Ileus gekommen war. Der Patientin war sehr übel und sie musste sich wiederholt übergeben. Dadurch bedingt wurde sie anorektisch und kachektisch und war stark ermüdet. Außerdem bekam die Patientin heftige Bauchkrämpfe, die nicht auszuhalten waren.

Der Arzt hatte diesbezüglich telefonischen Kontakt mit dem Konsiliararzt. Dieser sagte, dass er nachempfinden könne, dass das Leiden der Patientin in dieser Situation unerträglich sei.

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

Fall 5 (nicht aufgenommen)

c) Aufklärung des Patienten

Der Arzt hat den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten informiert.

Bei der Beurteilung dieses Sorgfaltskriteriums prüfen die Kommissionen, ob der Arzt den Patienten über seine Krankheit und seine Prognose informiert hat und auf welche Weise dies geschehen ist. Damit sich der Patient seine Bitte reiflich überlegen kann, muss er vollständig über die Krankheit, die Diagnosen, die Prognosen und die Behandlungsmöglichkeiten im Bilde sein. Verantwortlich für die

Aufklärung des Patienten ist der Arzt. Er muss auch überprüfen, ob sie ausreichend erfolgt ist.

Dieses Sorgfaltskriterium stellte in keinem der gemeldeten Fälle ein Problem dar.

d) Keine andere annehmbare Lösung

Der Arzt ist mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt, dass es für die Situation, in der er sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab.

Es muss klar sein, dass es für den Patienten keinen anderen Ausweg mehr gibt und dass Sterbehilfe die einzige, noch in Frage kommende Lösung ist. Die Formulierung des Kriteriums macht zudem deutlich, dass der Entscheidungsprozess von Patient und Arzt gemeinsam zu gestalten ist.

Vorrangig sind schließlich die Pflege und die Behandlung des Patienten sowie die Linderung und die Beseitigung des Leidens, soweit dies möglich ist. Bevor das Thema Sterbehilfe erörtert wird, muss zunächst eine gute palliativmedizinische Behandlung erfolgen.

Das heißt nicht, dass jede mögliche palliativmedizinische Behandlung auch wirklich angewandt werden muss. Einige Behandlungsformen haben Nebenwirkungen, die für den Patienten schwer zu ertragen sind.

Die Nebenwirkungen von radiotherapeutischen Behandlungen sind zum Teil so stark, dass der Nutzen der Behandlung die damit verbundenen Nachteile nicht aufwiegen kann.

Manche Patienten lehnen eine weitergehende palliativmedizinische Behandlung in Form einer Erhöhung der Morphiumdosis ab, weil sie befürchten, apathisch zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren, und das unter keinen Umständen wollen. Es kann also gute Gründe dafür geben, auf eine weitere Behandlung zu verzichten. Wird eine Behandlung abgelehnt, prüfen die Kommissionen, ob es in dem jeweiligen Fall noch eine „andere annehmbare Lösung“ gegeben hätte oder nicht. Da in diesem Punkt Arzt und Patient gemeinsam zu einer Entscheidung gelangen müssen, wird vom Arzt erwartet, dass er in seinem Bericht darlegt, warum die Ablehnung einer Behandlungsalternative durch den Patienten in dieser Situation vertretbar war.

Fälle 6, 7, 8, 9 (nicht aufgenommen)

e) Hinzuziehung eines Konsiliararztes

Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert, der den Patienten gesehen und eine schriftliche Beurteilung über die Sorgfaltskriterien im Sinne der Punkte a bis d abgegeben hat.

Es wird verlangt, dass ein zweiter, unabhängiger Arzt den Patienten gesehen und eine schriftliche Stellungnahme zu der Frage vorgelegt hat, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Dieser Arzt gibt als Konsiliararzt ein selbstständiges und unabhängiges Urteil ab. Er muss sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gegenüber unabhängig sein.

Er darf also nicht mit dem Arzt verwandt sein oder eine Arbeitsbeziehung mit ihm haben und auch nicht in derselben Ärztegemeinschaft arbeiten. In Bezug auf den

Patienten gilt, dass er nicht mit ihm verwandt sein, ihn noch nicht wegen der betreffenden Krankheit behandelt haben und ihn auch nicht von früheren Kontakten kennen darf.

Für die Beurteilung der Meldung ist der Bericht⁶ des Konsiliararztes von großer Bedeutung. Er hilft den Kommissionen dabei, sich ein Bild von der Situation zu verschaffen, in der sich der Patient zum Zeitpunkt des Besuchs befand, und von der Art und Weise, in der er sich zu seiner Lage und seinen Wünschen äußerte. Wichtig ist, dass der Konsiliararzt darlegt, wie er überprüft hat, ob alle Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind, und dass er gegebenenfalls begründet, warum sie seiner Auffassung nach nicht erfüllt waren. Es empfiehlt sich außerdem, dass er ausdrücklich auf sein Verhältnis zu Arzt und Patient eingeht.

Der Konsiliararzt ist für seinen Bericht verantwortlich. Die Verantwortung für die Einhaltung der Sorgfaltskriterien trägt aber letztendlich der meldende Arzt. Im Hinblick auf den Besuch des Konsiliararztes bedeutet das, dass der meldende Arzt auch kontrollieren muss, ob der Konsiliararzt einen Bericht schreibt und ob dieser qualitativ in Ordnung ist. Schließlich prüft die Kommission sein Handeln.

Es kommt vor, dass ein Konsiliararzt bei seinem Besuch bei dem Patienten feststellt, dass eines der Kriterien nicht oder noch nicht erfüllt ist (siehe auch unter „Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand“). Den Kommissionen ist nicht immer klar, was in einem solchen Fall nach dem Besuch des Konsiliararztes weiter geschehen ist.

Sie stellen dem meldenden Arzt dann zusätzliche Fragen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der Konsiliararzt zu allen Sorgfaltskriterien eine Stellungnahme abgibt. Findet der Besuch des Konsiliararztes in einem frühen Stadium statt⁷ und kommt dieser zu dem Schluss, dass das Leiden noch nicht unerträglich ist, heißt das grundsätzlich, dass ein zweiter Besuch bei dem Patienten erforderlich ist. Anders liegt die Sache, wenn angesichts der Umstände ein Telefonat zwischen Arzt und Konsiliararzt ausreicht, beispielsweise weil der Konsiliararzt erklärt hat, dass das Leiden schon sehr bald unerträglich sein wird, und auch dargelegt hat, wie sich dieses Leiden darstellt.

Gab es zwischen dem meldenden Arzt und dem Konsiliararzt weitere Kontakte oder hat der Konsiliararzt den Patienten noch einmal besucht, ist es wichtig, dass die Ärzte dies in ihrer Meldung erwähnen.

Im Rahmen des Projekts „Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland“ (Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden/SCEN) werden Ärzte zu Konsiliarärzten ausgebildet. In den entsprechenden Kursen werden alle medizinischen, ethischen und juristischen Aspekte dieser Funktion behandelt. Die Qualität der Konsiliarberichte dieser „SCEN-Ärzte“ ist in nahezu allen Fällen gut.

Fall 10 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Der Konsiliararzt kannte den Patienten. Kurz bevor die Sterbehilfe vorgenommen wurde, hatte er ihn mehrfach behandelt. Der Arzt hatte also keinen unabhängigen Arzt als Konsiliararzt hinzugezogen. Die Sorgfaltskriterien waren somit nicht erfüllt.

Bei einem 67-jährigen Patienten wurde ein inoperables Magenkarzinom festgestellt. Gegenüber seinem Hausarzt sprach er mehrfach den Wunsch nach Sterbehilfe aus. Die Schmerzen ließen sich mit Medikamenten einigermaßen lindern, aber wegen der Größe des Tumors konnte er nicht mehr essen, ihm wurde schlecht und er musste sich übergeben. Außerdem war er extrem müde. Dieses Leiden war für den

Patienten unerträglich. Es gab keine Möglichkeiten, das Leiden zu erleichtern. Um die Situation zu Hause nicht weiter zu belasten, wurde der Patient auf eigenen Wunsch und in Abstimmung mit dem behandelnden Chirurgen ins Krankenhaus eingewiesen.

Der Chirurg setzte das Sterbehilfeverfahren in Gang. Er bat einen Anästhesisten, der im selben Krankenhaus tätig war, als Konsiliararzt aufzutreten. In seinem Bericht bestätigte der Konsiliararzt den aussichtslosen Zustand und das unerträgliche Leiden des Patienten mit Schmerzen, Übelkeit, Übereben und Müdigkeit. Der Chirurg ging davon aus, dass der Patient, wenn keine lebensbeendenden Maßnahmen vorgenommen würden, innerhalb von zwei bis drei Monaten sterben würde. Der Patient ist schließlich nach der Verabreichung von Pavulon gestorben.

Die Kommission hat den Chirurgen und den Konsiliararzt daraufhin um nähere Angaben zu dem Besuch des Konsiliararztes gebeten. Aufgrund dieser Angaben war für die Kommission hinreichend klar, dass der Konsiliararzt die Einhaltung der Sorgfaltskriterien geprüft hatte. Sie war allerdings der Auffassung, dass die Unabhängigkeit nicht gewährleistet war. Der Konsiliararzt kannte den Patienten schon seit Jahren als Mitarbeiter des Krankenhauses, in dem auch der meldende Arzt arbeitete. Darüber hinaus hatte er ihn als Anästhesisten noch kurz vor der Durchführung der Sterbehilfe mehrfach in der Sprechstunde gesehen und ihn behandelt. Außerdem hatte ihn der Arzt im Zusammenhang mit den zu verabreichenden Sterbemitteln konsultiert. Die Kommission vertrat die Auffassung, dass der Konsiliararzt faktisch als mitbehandelnder Arzt zu betrachten war. Ihrer Meinung nach waren die Kriterien damit nicht erfüllt. Das Urteil wurde an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Fälle 11, 12, 13, 14 (nicht aufgenommen)

f) Medizinisch sorgfältige Durchführung

Der Arzt hat die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig durchgeführt.

Bei der Durchführung einer Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung werden, was die Methode, die Mittel und die Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen⁸ des niederländischen Apothekerverbandes KNMP befolgt. Bei der Sterbehilfe liegt eine aktive Handlung des Arztes vor, der dem Patienten das Sterbemittel – in der Regel intravenös – verabreicht. 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 Barbiturat⁹. Wichtig ist, dass der Arzt anwesend ist, wenn der Patient die Flüssigkeit zu sich nimmt, da dieser eventuell erbricht. In einem solchen Fall könnte der Arzt dann noch Sterbehilfe leisten. Außerdem könnten Dritte gefährdet werden, wenn die gefährlichen Substanzen ohne medizinische Aufsicht zurückgelassen werden.

Fall 15 nicht aufgenommen