

Inhalt

Vorwort

Kapitel I Aufgaben der Kommissionen
 Der gesetzliche Rahmen und die Rolle der Kommissionen
 Entwicklungen 2005

Kapitel II Gesamtübersicht der Meldungen

Kapitel III 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

Anhänge (noch nicht in diesen Entwurf aufgenommen)

- 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 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

Aufgrund von Artikel 17 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung erstellen die Regionalen Kontrollkommissionen jedes Jahr einen Bericht.

Dies ist der siebte Jahresbericht; in ihm legen die Kontrollkommissionen Rechenschaft über ihr Handeln im Jahr 2005 ab.

Im zurückliegenden Kalenderjahr haben insbesondere ausländische Medien dem Thema Sterbehilfe viel Aufmerksamkeit geschenkt. In den Niederlanden haben sich im Zusammenhang mit lebensbeendenden Handlungen allerdings auch einige interessante Entwicklungen vollzogen. So wurde beispielsweise im Rahmen der Strafsache Vencken ausführlich über den Unterschied zwischen Sterbehilfe und terminaler Sedierung (auch palliative Sedierung genannt) diskutiert. Die Königlich Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst KNMG hat hierzu Anfang Dezember eine Richtlinie vorgelegt.

Die Regierung hat im Herbst 2005 der Einrichtung einer nationalen Kontrollkommission für Fälle später Schwangerschaftsabbrüche und lebensbeendender Handlungen von Ärzten bei Neugeborenen zugestimmt.

Die Zahl der Meldungen hat leicht zugenommen.

2005 wurden 1933 Fälle von Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung gemeldet. 2004 waren es 1886 und 2003 1815. In drei Fällen kamen die Kommissionen 2005 zu dem Ergebnis, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Wie bereits in den vergangenen Jahren, so werden auch in diesem Jahresbericht einige Meldungen behandelt, die einen Einblick in die Abwägungen geben sollen, die die Kommissionen bei der Beurteilung der Fälle vornehmen.

Ab Mai 2006 können die anonymisierten Urteile der Kontrollkommissionen auf deren neuen Website www.toetsingscommissies euthanasie.nl nachgelesen werden.

Die umfangreichen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Aufbau dieser Website fanden 2005 statt. Insbesondere war es keine leichte Aufgabe, die Urteile zu anonymisieren, ohne den Informationswert zu stark zu beeinträchtigen.

Sehr spezifische Informationen, die möglicherweise Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen, mussten aus den Urteilen entfernt werden. Es ist wichtig, dass der Leser sich darüber im Klaren ist.

Wir gehen ebenso wie die Staatssekretärin für Gesundheit davon aus, dass sich durch die Veröffentlichung unserer Urteile die Meldebereitschaft noch erhöhen und die Qualität lebensbeendender Handlungen weiter verbessern wird.

Arnhem, im April 2006

R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Kapitel I

AUFGABEN DER KOMMISSIONEN

1. 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 werden in diesem Gesetz Sorgfaltskriterien genannt, 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 das Sterbemittel; bei der Hilfe bei der Selbsttötung stellt er das Mittel bereit, das 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 vorgeschriebenen und sonstigen relevanten 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.

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 einige Fragen zu beantworten. Darüber

¹ Formular siehe www.toetsingscommissieseuthanasie.nl (nur in niederländischer Sprache).

hinaus kommt es regelmäßig vor, dass der Arzt gebeten wird, telefonisch nähere Auskunft zu erteilen.

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 weiterzuleiten. Das Kontrollverfahren nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung ist für solche Fälle also nicht gedacht.

Die Kommissionen geben über die Meldungen ein multidisziplinäres Urteil ab. In fast allen 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. Nur in Ausnahmefällen – 2005 waren es drei – 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 dann, 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 dabei ist, dass diese Handlungen nicht im Verborgenen stattfinden sollen. Als Prüfungsrahmen geben die Rechtsvorschriften Sorgfaltskriterien vor. Die Kommissionen verwenden diesen Prüfungsrahmen zur Erfüllung ihrer Hauptaufgabe, nämlich zur Prüfung der Meldungen. Auf diese Weise tragen sie dazu bei, dass bei lebensbeendendem Handeln die gebotene Sorgfalt beachtet wird.

Daneben betreiben sie auch allgemeine Aufklärung zum Thema, was der Qualität ebenfalls zugute kommt. Die Kommissionen wirken im Rahmen des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) auch an den Ausbildungen zum Konsiliararzt mit.

Außerdem organisieren sie Präsentationen für Gesundheitsämter (GGDs), Ärzteverbände und ausländische Delegationen. Dabei gehen sie anhand von Fällen aus der Praxis besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien ein. 2005 wurden Vorbereitungen zur Überarbeitung der Website www.toetsingscommissies euthanasie.nl getroffen, auf der künftig auch die Urteile

² Siehe Artikel 1 Absatz 2 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 18. Juni 2003.

der Kommissionen in anonymisierter Form veröffentlicht werden. So soll die Arbeit der Kommissionen transparenter werden.

Für die Kommissionen ist es nicht leicht, den Informationswert der Urteile zu erhalten, ohne Daten preiszugeben, die Rückschlüsse auf den individuellen Fall zulassen. Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für die Veröffentlichung der Urteile auf der Website ist über diesen Aspekt gründlich nachgedacht worden.

Um die Einheitlichkeit der Urteile zu gewährleisten, finden regelmäßig Beratungen der Kommissionsvorsitzenden und ihrer Stellvertreter statt. Außerdem gibt es hierzu 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.

2. ENTWICKLUNGEN 2005

Im Zusammenhang mit den Aufgaben der Kommissionen haben sich einige relevante Entwicklungen vollzogen. Eine davon betrifft das Meldeverhalten der Ärzte.

Meldebereitschaft und Zahl der Meldungen 2005

Bei einem hohen Meldeprozentsatz entsteht 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 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die bloße Zu- oder Abnahme der Zahl der Meldungen noch nichts über die Meldebereitschaft der Ärzte aussagt. Zur Ermittlung der Meldebereitschaft muss bekannt sein, wie sich die Zahl der Meldungen zur Gesamtzahl der Fälle von Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung verhält.

Evaluierungsstudien zum Kontrollverfahren in den Jahren 1998 bis 2002 haben ergeben, dass 1990 18 % der Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung gemeldet wurden; 1995 lag der Anteil bei 41 % und 2001 bei 54 %.³ In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1933 Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung ein; 2004 waren es 1886.

Palliative Sedierung

Auch in diesem Berichtsjahr wurde eine gesellschaftliche Diskussion über terminale Sedierung im Zusammenhang mit Sterbehilfe geführt. Im Dezember 2005 hat die KNMG eine Richtlinie⁴ vorgelegt, in der sie darlegt, in welchen Fällen eine palliative Sedierung infrage kommt. Palliative Sedierung wird bei refraktären Symptomen eingesetzt, also dann, wenn ein schweres Leiden vorliegt, das sich nicht auf andere Art und Weise lindern lässt. Erfolgt die Sedierung fachgerecht, das heißt mit angemessen dosierten Sedativa (Benzodiazepinen), ist eine lebensverkürzende Wirkung ausgeschlossen.

³ Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. (Medizinische Beschlussfassung am Lebensende. Praxis und Kontrolle der Sterbehilfe.) Von G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen und P.J. van der Maas; Amsterdam/Rotterdam, 2003.

⁴ Siehe Website der KNMG (www.knmg.nl, nur in niederländischer Sprache).

Eine sorgfältig vorgenommene palliative Sedierung gehört daher auch zum normalen medizinischen Handeln und kann nicht als Sterbehilfe angesehen werden. Bei einer tiefen Sedierung, die bis zum Eintritt des Todes erfolgen soll, wird häufig auf die Verabreichung von Flüssigkeit und Nahrung verzichtet, weil das medizinisch sinnlose Handeln gleichkäme. Laut der Richtlinie ist dieses Handeln in der Regel dann akzeptabel, wenn die Lebenserwartung noch höchstens ein bis zwei Wochen beträgt.

In bestimmten Situationen schweren, durch refraktäre Symptome verursachten Leidens können sowohl eine palliative Sedierung als auch Sterbehilfe in Erwägung gezogen werden. Für eine solche Entscheidung bedarf es eines offenen Gesprächs zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Der Patient kann gute Gründe dafür haben, die Sterbehilfe der palliativen Sedierung vorzuziehen.

So hat er vielleicht den Wunsch, in den letzten Tagen noch mit den Menschen in seiner nächsten Umgebung zu kommunizieren und will deshalb nicht in einen Zustand verminderten Bewusstseins geraten, oder er will ganz einfach nicht in sediertem Zustand sterben.⁵

Im Frühjahr 2005 haben sich alle Kommissionsmitglieder und ihre Stellvertreter zu einem Gedankenaustausch über dieses Thema getroffen.

Im Berichtsjahr haben die Kommissionen eine Meldung von einem Arzt erhalten, der eine Patientin palliativ sediert und ihr weder Nahrung noch Flüssigkeit verabreicht hatte. Die Kommission, bei der diese Meldung eingegangen war, erklärte sich für nicht zuständig, weil es im betreffenden Fall nicht um Sterbehilfe, sondern um normales medizinisches Handeln gegangen sei.

Sterbehilfe und Demenz

2005 haben die Kommissionen einige Meldungen erhalten, in denen Demenzpatienten Sterbehilfe geleistet worden war (siehe Fall 4). Die Patienten befanden sich in diesen Fällen noch in einem relativ frühen Krankheitsstadium. Allgemein ist festzustellen, dass es nicht einfach ist, bei Demenzpatienten Sterbehilfe unter Einhaltung der Sorgfaltskriterien zu leisten. 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 Demenzerkrankung kann die Prüfung dieser beiden Kriterien unter Berücksichtigung der spezifischen Umstände des jeweiligen Falles ergeben, dass der Patient unerträglich litt, sein Zustand aussichtslos war und er seinen Wunsch freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Minderjähriger Patient

2005 ging eine Meldung über eine Lebensbeendigung bei einem zwölfjährigen Patienten ein. Es war das erste Mal, dass eine Meldung einen Patienten betraf, der noch nicht das sechzehnte Lebensjahr vollendet hatte. Diese Meldung wurde als Fall 3 in diesen Bericht aufgenommen.

⁵ Siehe: Dick Willems, Preadvies Nederlandse vereniging voor Bio ethiek, Opvattingen over de goede dood. (Vorabempfehlung der niederländischen Vereinigung für Bioethik, Auffassungen über den guten Tod.)

Kapitel II

Übersicht über die eingegangenen Meldungen

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zum 31. Dezember 2005

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 1933 Meldungen ein.

Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung

In 1765 Fällen ging es um Sterbehilfe, in 143 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 25 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 1697 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 170 um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt und in 66 Fällen einen Arzt aus einem Pflegeheim.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	1713
Herz- und Gefäßkrankheiten	23
Erkrankungen des Nervensystems	85
Lungenerkrankungen (kein Lungenkrebs)	29
Andere Krankheiten ⁶	27
Mehrfacherkrankungen	56

Ort des Todes

Die Lebensbeendigung erfolgte in 1585 Fällen zu Hause, in 159 Fällen im Krankenhaus, in 73 Fällen in einem Pflegeheim, in 44 Fällen in einem Altersheim, in 6 Fällen in anderen Einrichtungen und in 66 Fällen an anderen Orten (zum Beispiel in einem Hospiz oder bei Verwandten).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommissionen kamen in einem Fall zu dem Schluss, dass die Beurteilung nicht in ihre Zuständigkeit falle.

In 3 Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte⁷.

Dauer der Beurteilung

Vom Eingang der Meldung bis zum Versand der Beurteilung der Kommission vergingen im Durchschnitt 28 Tage.

⁶ In den vergangenen Jahren wurden Fälle von Aids gesondert erfasst. Da 2005 nur ein einziger Aids-Fall gemeldet wurde, ist dieser in die Kategorie „andere Krankheiten“ aufgenommen worden.

⁷ Die Übersicht bezieht sich auf alle Meldungen, die 2005 eingegangen sind. Meldungen, die erst am Ende eines Jahres eingehen, werden im Zusammenhang mit der Dauer der Beurteilung erst im Jahr darauf abschließend beurteilt. Die inhaltliche Entscheidung wird entsprechend erst im folgenden Jahresbericht berücksichtigt. Von den hier genannten drei Fällen waren zwei 2004 eingegangen. In allen drei Fällen ist die endgültige Beurteilung 2005 erfolgt.

Kapitel III

Sorgfaltskriterien

1. DIE SORGFALTSKRITERIEN IM ALLGEMEINEN

Die Kommissionen beurteilen, ob der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Sie stellen fest, ob alle Kriterien eingehalten worden sind. 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 unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien 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.

Es kann festgestellt werden, dass sich das Leiden eines Patienten aus verschiedenen Elementen zusammensetzen kann, die einander verstärken und das Leiden dadurch unerträglich machen. Abgesehen von der Krankheit selbst können auch andere Faktoren wie die Lebensgeschichte oder die Lebensumstände des Patienten das Leiden beeinflussen. Es ist nicht immer möglich oder nötig, diese Faktoren strikt auseinanderzuhalten.

Ein Element des Leidens kann die Angst vor zukünftigem Leiden sein (vgl. Fall 4). In einem solchen Fall ist es wichtig herauszufinden, ob diese Angst begründet ist und, wenn ja, binnen welcher Frist dieses Leiden zu erwarten ist.

Fall 1

Bei einer 35-jährigen Patientin wurde im April 2001 ein Mammakarzinom festgestellt. Es wurde eine radikale Mastektomie mit Ausräumung der Achsellymphknoten vorgenommen. In den Lymphknoten befanden sich Metastasen. 2003 waren Metastasen im Skelett, in der Leber, den Lungen, den Lymphdrüsen und dem Gehirn festgestellt worden. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Patientin wurde mit einer palliativen Chemotherapie und einer Schädelbestrahlung behandelt. Ab Mai 2005 hatte sie im ganzen Oberkörper Schmerzen und sie klagte über starke Ermüdungserscheinungen. Im Juni 2005 verursachten die Hirnmetastasen epileptische Anfälle. Wegen der Schmerzen erhielt die Patientin im Juli 2005 palliative Bestrahlungen der Wirbelsäule. Abgesehen von der zunehmenden Bettlägerigkeit bestand das Leiden der Patientin aus extremer Ermüdung, zunehmenden und nicht mehr zu unterdrückenden Schmerzen, aus dem Umstand, nicht mehr selbstständig sitzen, laufen oder

Nahrung zu sich nehmen zu können sowie aus Verwirrtheits- und Erschöpfungserscheinungen. Zudem litt die Patientin unter der Erkenntnis, ihre Körperfunktionen immer weniger im Griff zu haben. Für sie war dieses Leiden unerträglich. Es gab keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu erleichtern. Eine palliative Sedierung lehnte die Patientin ab. Der Arzt ging davon aus, dass die Patientin, wenn keine lebensbeendenden Maßnahmen vorgenommen würden, nur noch wenige Tage, höchstens aber noch drei Wochen zu leben hatte.

Im September 2004 hatte die Patientin erstmals mit ihrem Arzt über das Thema Sterbehilfe gesprochen. Anfang Juli 2005 bat sie den Arzt zum ersten Mal konkret um eine Lebensbeendigung. Ab diesem Moment hat sie ihre Bitte bei jedem Besuch des Arztes wiederholt. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu.

Der Konsiliararzt besuchte die Patientin Mitte Juli 2005. Die Patientin war zunehmend bettlägerig und müde. Sie erzählte, dass sie immer gesagt habe, sie würde um Sterbehilfe bitten, sobald sie erste Anzeichen dafür feststelle, dass sie nicht mehr die Kontrolle über ihr Leben habe. Die Schmerzen waren in den Wochen zuvor deutlich stärker geworden, und der Umfang der Metastasierung nahm Woche für Woche zu. Zwei Tage vor dem Besuch des Konsiliararztes war sie noch für eine Viertelstunde zu einer Theatervorführung ihrer jüngsten Tochter gegangen. Das war für sie der Wendepunkt. Danach hatte sie einen Zusammenbruch; sie hatte ihre Grenze erreicht. Den Abschied und die Beisetzung hatte sie schon Wochen zuvor bis ins Detail geregelt. Die Patientin war bei relativ klarem Bewusstsein. Auf den Konsiliararzt machte sie einen entschlossenen Eindruck. Ihren Wunsch nach Sterbehilfe formulierte sie mehrfach sehr gefasst und mit Nachdruck. Eine Depression lag nicht vor.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Der Arzt verabreichte der Patientin 2000 mg Pentothal und 20 mg Pavulon intravenös. Die Lebensbeendigung wurde medizinisch fachgerecht ausgeführt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 2

Bei der Patientin, einer 58-jährigen Frau, wurde im Juni 2005 ein Verschlussikterus infolge eines Pankreaskopfkarcinoms diagnostiziert. In der Zeit, in der die definitive Diagnose gestellt werden sollte, kam es bei der Patientin zu einer Darmperforation und zu einer Peritonitis, die eine Operation erforderlich machten. Dabei wurde ihr eine Stentprothese eingesetzt. Postoperativ kam es zu ernstesten Komplikationen. Eine Heilung war unmöglich. Zusätzliche CT-Untersuchungen ergaben, dass der Tumor wuchs und dass sich Lungenmetastasen gebildet hatten. Zur Bekämpfung der Schmerzen erhielt die Patientin die maximale Dosis Durogesic (300 Mikrogramm pro Tag) und bei Bedarf zusätzlich Morphin über eine Nasensonde.

Das Leiden der Patientin bestand aus den zunehmenden Schmerzen (trotz Schmerzbekämpfung), zunehmender Übelkeit, Ascites und aus dem Umstand, dass sie nur über eine Nasensonde ernährt werden konnte. Für die Patientin war dieses Leiden unerträglich.

Abgesehen von den bereits vorgenommenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Aus den Unterlagen geht hervor, dass der Arzt die Patientin hinreichend über ihre Lage und die weiteren Aussichten informiert hat. Der Arzt erwartete, dass die Patientin schon sehr bald sterben würde.

Im September 2005 hat die Patientin erstmals konkret um eine Lebensbeendigung gebeten. Danach hat sie ihren Wunsch mehrfach wiederholt.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Nachdem der Konsiliararzt vom behandelnden Arzt unterrichtet worden war, besuchte er die Patientin Ende September 2005 zum ersten Mal und einen Monat später ein weiteres Mal.

In seinem Bericht beschrieb der Konsiliararzt die Krankengeschichte der Patientin und bestätigte, dass die behandelnden Fachärzte erklärt hatten, die Patientin würde eine umfangreiche Operation nicht überleben. Laut Bericht des Konsiliararztes war die Patientin sehr geschwächt, leicht kachektisch und bettlägerig. Sie konnte gerade noch allein zur Toilette gehen. Die Patientin erklärte, es sei ihr wichtig, alles gut zu regeln, weil sie nicht noch einmal solche Schmerzen erleiden wolle wie im Krankenhaus. Außerdem befürchtete sie, ihren Wunsch später nicht mehr äußern zu können. Palliative Sedierung war für sie keine Alternative.

Die Patientin konnte noch nicht richtig in Worte fassen, worin ihr Leiden zu diesem Zeitpunkt bestand, und sie wollte auch noch nicht sterben. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Krankheit der Patientin zum Tod führen würde. Zu dem Zeitpunkt hatte die Patientin noch keinen klaren Sterbehilfewunsch. Bei hinreichender Palliation gab es für die Patientin keinen Grund, um Sterbehilfe zu bitten.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass noch nicht alle Kriterien für eine Sterbehilfe erfüllt waren. In seinem Bericht vom November 2005 stellte der Konsiliararzt fest, dass der Zustand der Patientin sich in den Monaten zuvor deutlich verschlechtert hatte. Sie war geschwächt und sah müde aus. Die Patientin erklärte, sie fühle sich todmüde. Ihre vollständige Abhängigkeit und der extreme Konditionsabbau waren der Grund dafür, dass sie das Gefühl hatte, sie sei „am Ende“. Sie hatte das Gefühl, sie müsse auf den Tod warten, obwohl sie am liebsten tot wäre. Durch den Einsatz von Durogesic waren die Schmerzen einigermaßen unter Kontrolle. Ab und zu verabreichte ihr ihr Ehemann mit einer Spritze noch etwas Morphin. Die Patientin sagte, ihr fehle vor allem die Kraft, den Kampf der letzten Zeit noch fortzusetzen. Da sich ihr Zustand weiter verschlechtert hatte, was auch durch die letzte CT bestätigt worden war, und sich ihre Lage nur noch weiter verschlechtern konnte, bat sie um Sterbehilfe.

Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die fortschreitende Verschlechterung des Zustands bei der Patientin einen hohen Leidensdruck verursachte. Er erklärte, er könne sehr gut nachempfinden, dass die Patientin ihr Leiden (angesichts ihrer Müdigkeit, der vollkommenen sozialen Isolation und einem chronischen körperlichen Unwohlsein) als unerträglich empfinde. Sie hatte klar den Wunsch geäußert, möglichst schnell sterben zu dürfen.

Es gab keine Behandlungsalternativen, einschließlich der Palliation, die das Leiden hätten lindern können. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Sterbehilfe erfolgte mittels intravenöser Verabreichung von 2000 mg Pentotal und 20 mg Pavulon durch den Arzt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

2. DIE SORGFALTSKRITERIEN IM EINZELNEN

Nachstehend wird erläutert, wie die Prüfung der Meldungen auf der Grundlage der Sorgfaltskriterien erfolgt und welche Elemente für die Beurteilung von Bedeutung sind. Bei den Beispielen handelt es sich um Fälle, die den Kommissionen 2005

gemeldet worden waren. Es ist wichtig, in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die meisten Meldungen auf den Kommissionssitzungen wenig Anlass zur Diskussion geben.

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 freiwillig vorbringen. Der Arzt muss sicher sein, dass der Patient seine Bitte nicht auf Druck seiner Umgebung geäußert hat. Bei der Beurteilung prüfen die Kommissionen, zu welchen Zeitpunkten und auf welche Weise der Patient seinen Wunsch deutlich gemacht hat. Die Nachdrücklichkeit und die Entschlossenheit des Patienten sind dabei für die Kommissionen relevante Faktoren. 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 Alternativen zur Verbesserung seiner Lage informiert sein.

Schriftliche Patientenverfügung

Im Musterbericht muss der Arzt die Frage beantworten, ob eine schriftliche Patientenverfügung vorliegt. Hierdurch könnte der Eindruck entstehen, eine solche Verfügung müsse in jedem Fall vorliegen. Das ist aber nicht der Fall.

Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Dieser Wunsch wird normalerweise mündlich geäußert. In der Regel bitten die Ärzte ihre Patienten allerdings, ihr Ersuchen schriftlich niederzulegen.

Angesichts der Bedeutung einer schriftlichen Verfügung bei Patienten, die zu dem Zeitpunkt, zu dem die Erfüllung des Sterbehilfewunsches in Frage kommt, nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, ist es wichtig, dass eine solche Verfügung 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.

Eine von einem Patienten persönlich verfasste Patientenverfügung hat für die Kommissionen einen höheren Informationswert als ein ausgefüllter Mustervordruck. Unabhängig davon gilt, dass eine schriftliche Willenserklärung nicht obligatorisch ist. Eine schriftliche Willenserklärung kann einen Arzt auch nicht dazu verpflichten, dem Wunsch nach Sterbehilfe nachzukommen. Der Arzt muss immer selbst eine Abwägung treffen, denn schließlich ist er es auch, der im Falle einer Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung Rechenschaft ablegen muss. Der Wunsch eines Patienten nach Lebensbeendigung entsteht im Laufe eines Krankheitsprozesses. 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.

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 des Patienten und die Möglichkeiten, diese Wünsche zu erfüllen.

Minderjährige Patienten

In vielen Fällen wird die Familie in die Besprechung des Patientenwunsches einbezogen. Es ist allerdings keine Bedingung, dass die Familie zustimmt; der Wunsch des Patienten steht im Vordergrund. Patienten zwischen zwölf und sechzehn Jahren können – sofern sie willensfähig sind – selbst um Sterbehilfe bitten. In diesem Fall ist allerdings sehr wohl die Zustimmung der Eltern erforderlich. Ein solcher Fall wird im Folgenden geschildert.

Fall 3 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen) Der Patient ist minderjährig (12 Jahre). Die Eltern stimmen dem Ersuchen ihres Kindes um Sterbehilfe zu.

Bei dem Patienten, einem 12-jährigen Jungen, wurde im Juli 2003 ein Rhabdomyosarkom am linken Fuß festgestellt. In den Lymphknoten, im Knochenmark und im Skelett wurden Metastasen gefunden. Zunächst wurde der Patient chemo- und radiotherapeutisch behandelt. Anschließend erhielt er erneut eine Chemotherapie und eine autologe Stammzellentransplantation. Die Rekonvaleszenz nach der Knochenmarkstransplantation verlief schleppend. Im November 2004 wurde festgestellt, dass der Tumor nicht in Remission war. Im Dezember 2004 bekam der Patient Mediastinum- und Halsbestrahlungen. Schon zum Zeitpunkt der Diagnose war klar, dass die Prognose schlecht war. Nach dem Rezidiv vom Oktober 2004 war nur noch eine palliative Behandlung möglich. Die Schmerzen wurden mit Morphium bekämpft. Durogesic vertrug der Patient nicht. Die Schmerzen konnten so unter Kontrolle gehalten werden, der Patient litt allerdings unter Nebenwirkungen. Er wurde über eine Sonde ernährt; das verursachte Übelkeit, die mit Medikamenten bekämpft wurde. Im Februar und im März 2005 wurden Erleichterung verschaffende Pleurapunktionen vorgenommen; allerdings sammelte sich schnell erneut Pleuraflüssigkeit an.

Nachdem der Patient über die Vor- und Nachteile der Punktionen informiert worden war, entschied er sich dafür, keine weiteren Punktionen vornehmen zu lassen. Er traf diese Entscheidung, nachdem er hierüber ausführlich mit seinen Eltern gesprochen hatte. Der Patient litt zunehmend unter Atemnot. Es wurde eine Behandlung mit Haldol begonnen und er erhielt Sauerstoff. Zudem war der Patient kachektisch. Er war erschöpft und wurde bettlägerig. Schon eine geringe Änderung der Haltung führte zu einer Zunahme der Dyspnoe. Auch das von Kissen gestützte Sitzen war nicht mehr möglich. Er konnte nur noch flach auf dem Rücken liegen und sich auf die Atmung konzentrieren. Wenn er sich anstrebte, konnte er noch auf ein Gespräch reagieren. Seine Reaktion war dann angemessen. Eine terminale Sedierung lehnte der Patient ab. Er wollte nicht dahinvegetieren. Die behandelnden Ärzte hatten den Patienten immer über die Situation, in der er sich befand, und über seine Aussichten aufgeklärt. So hat sich der Patient zum Beispiel zusammen mit dem Pathologen seine Drüsenpräparate angesehen.

Der Arzt ging davon aus, dass der Patient, wenn keine lebensbeendenden Maßnahmen vorgenommen worden wären, innerhalb weniger Tage gestorben wäre.

Ende Mai wurde der Patient ins Krankenhaus aufgenommen. Von diesem Moment an fanden mehrfach intensive Gespräche über seinen Wunsch nach Sterbehilfe in Anwesenheit der Eltern, des Arztes, des Kinderarztes und des Pflegepersonals statt. Im Laufe eines mehr als drei Stunden dauernden Gesprächs sagte der Patient

mehrfach, er wolle nicht mehr weiterleben. Am Morgen danach sprach er diesen Wunsch auch seiner Mutter gegenüber deutlich aus. Sein Gesundheitszustand hatte sich in den letzten vier Tagen deutlich verschlechtert. Der Patient war nicht mehr in der Lage, eine Patientenverfügung zu verfassen. Nach Angaben des Arztes wurde kein Druck von außen ausgeübt und war sich der Patient der Folgen seiner Bitte und seines körperlichen Zustands bewusst. Der Patient war ein hochbegabter Junge, der ab dem ersten Krankheitstag Interesse für die Krankheit und ihren Verlauf gezeigt hatte. Ab Oktober 2004, als es zum Rezidiv gekommen war, war er sich völlig bewusst, dass er an seiner Krankheit sterben würde. Er war zu keinem Zeitpunkt depressiv gewesen. Die Eltern des Patienten stellten die Entscheidung ihres Sohnes zu keinem Zeitpunkt in Frage. Seine Entscheidung war zuvor auch bereits besprochen worden. Sie konnten seinen Wunsch respektieren. Der Arzt konnte Gründe dafür nennen, warum zwischen dem ausdrücklichen Wunsch und der Sterbehilfe so wenig Zeit lag. Der Patient hatte lange gegen seine Krankheit gekämpft und versucht, sein Leben sinnvoll zu gestalten. Nach Angaben des Arztes lässt sich ein Kind auch weniger von der Endlichkeit des Lebens belasten. Ein Kind ist besser dazu in der Lage, das bevorstehende Schicksal kurzzeitig zu ignorieren. Gespräche über den Tod werden erst aktuell, wenn die Krankheit das terminale Stadium erreicht hat.

Als Konsiliararzt wurde ein SCEN-Arzt hinzugezogen. Er besuchte den Patienten am 28. Mai 2005. Er erstellte einen ausführlichen Bericht über die Krankengeschichte des Patienten. Laut diesem Bericht war der Patient mager, kachektisch, müde und kurzatmig. Er war bei klarem Verstand. Wenn er drei Sätze gesagt hatte, musste er eine Pause machen. Er war bettlägerig. Die Schmerzen waren mit Morphium unter Kontrolle gebracht, der Patient fand allerdings, dass es ihn benommen machte. Die einzige Möglichkeit, das Leiden zu lindern, war eine Pleurapunktion. Der Patient lehnte dies ab, weil die Wirkung nur wenige Tage anhalten würde. Der Patient wusste, dass er aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz sterben würde. Grund für das Sterbehilfeersuchen war nach Angaben des Konsiliararztes, dass es keinerlei Aussicht auf Besserung gab. Der Patient erklärte, er habe bereits seit einiger Zeit mit dem Gedanken gespielt. Er wolle nicht im Schlaf sterben, sondern bei vollem Bewusstsein bleiben.

Die Eltern empfanden das Leiden ihres Sohnes als unerträglich. Sie standen ganz und gar hinter seiner Entscheidung. Laut Konsiliararzt war die Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung getroffen worden. Der Patient war nicht depressiv. Er war urteilsfähig. Der Patient hatte dem Arzt gegenüber erst zwei Tage zuvor die Bitte um Sterbehilfe geäußert. Der Arzt war anfangs kaum an der Behandlung des Patienten beteiligt.

Der Arzt, die Eltern und der Patient haben den Wunsch nach Lebensbeendigung Ende Mai 2005 ausführlich besprochen. Die Entscheidung des Patienten stand zu jenem Zeitpunkt bereits fest. Der Vater stellte sie in keiner Weise in Frage. Der Mutter fiel es schwer, sie stellte aber nicht in Frage, dass die Bitte nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Der Konsiliararzt war der Meinung, das Leiden sei unerträglich. Der Patient wirkte älter, als er wirklich war. Zwar war die Bitte erst kurz zuvor geäußert worden; das Maß des Leidens machte das Ersuchen jedoch nachvollziehbar. Die Eltern stimmten der Durchführung der Sterbehilfe zu. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Arzt führte die Sterbehilfe medizinisch sorgfältig durch.

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

Fall 4 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen; Demenz)

Zur Feststellung der Willensfähigkeit zog die Ärztin einen Gerontopsychiater hinzu. Die Kommission geht auf die Aspekte „nach reiflicher Überlegung und freiwillig“ und „aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden“ ein. Die Sorgfaltskriterien wurden eingehalten.

Bei der Patientin, einer 83-jährigen Frau, wurde im Juni 2003 die Diagnose Lewy-Body-Demenz gestellt; diese Krankheit ist nicht heilbar. Die Patientin wurde mit Exelon behandelt, auf das sie kognitiv gut ansprach. Daneben erhielt sie Medikamente im Zusammenhang mit ihrem hypokinetisch-rigiden Syndrom und ihren Schlafproblemen. Ihre motorischen Beschwerden nahmen zu, und bei der nächtlichen Unruhe kam es zu keiner Verbesserung.

Das Leiden der Patientin bestand darin, dass sie nicht mehr selbstständig leben und den Alltag nur mit Hilfe anderer bewältigen konnte sowie aus dem Umstand, dass sie nicht mehr alle Körperfunktionen beherrschen konnte und dadurch inkontinent geworden war, dass sie nicht mehr gut laufen konnte und dass ihre kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt waren, wodurch sie besonders nachts keine hinreichende Kontrolle über ihre eigenen Gedanken hatte. Die Patientin war eine Frau, für die die Kontrolle über ihre geistigen Fähigkeiten lebenswichtig war. Ihr war bekannt, dass sie an einer progressiven Krankheit litt, nämlich Lewy-Body-Demenz, und dass ein weiterer körperlicher Verfall nicht zu vermeiden war. Ihr war klar, dass sie zu einem bestimmten Zeitpunkt ihren Wunsch nach Sterbehilfe nicht mehr äußern können, dass sie ihre Autonomie einbüßen und in ein Pflegeheim aufgenommen würde. Das bewusste Erleben dieses unausweichlichen körperlichen und geistigen Verfalls und die Angst vor einem zunehmenden Verlust der Kontrolle über ihre geistigen Fähigkeiten waren für die Patientin unerträglich. Abgesehen von den bereits vorgenommenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern.

Im Juli 2005 hat die Patientin erstmals konkret um eine Lebensbeendigung gebeten. Diese Bitte hat sie danach mehrfach wiederholt.

Es wurden zwei unabhängige Konsiliarärzte hinzugezogen. Der eine war Psychiater, der andere Hausarzt und SCEN-Arzt. Die Konsiliarärzte besuchten die Patientin im Juli beziehungsweise im September 2005. Im Bericht des ersten Konsiliararztes ist nachzulesen, wie die Patientin darlegte, wie in den zweieinhalb Jahren zuvor ihr Gedächtnis nachließ und wie es ihr zunehmend schwer fiel, zu rechnen und zu sprechen. Bei ausführlichen Untersuchungen war festgestellt worden, dass die Patientin an Lewy-Body-Demenz litt. Seitdem sie Exelon nahm, fiel ihr das Denken wieder leichter. Sie erzählte, auch das Laufen falle ihr schwer und sie leide an Inkontinenz, was vor allem nachts Probleme verursache. Am frühen Abend würde sie verwirrt und nachts schlafe sie schlecht, sagte sie. Dann sei sie oft ängstlich und verzweifelt. Nachmittags gehe es ihr noch gut, ihre Laune sei dann auch gut. Ihre Abhängigkeit bedrückte die Patientin sehr. Es fiel ihr immer schwerer, weiter zu leben, und sie wollte keinen weiteren körperlichen Verfall hinnehmen. Die Patientin wollte am liebsten selbst entscheiden, wann sie stirbt. Ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen oder keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich zu nehmen, war für sie

nicht menschlich, insbesondere auch nicht für ihre Umgebung. Die Patientin war bereits seit 20 Jahren Mitglied im Niederländischen Verband für freiwillige Euthanasie (NVVE) und hatte ihren Wunsch nach Sterbehilfe mit ihrem Ehemann und ihren fünf Kindern besprochen. Sie hatten es schwer mit ihrer Entscheidung, respektierten sie aber.

Laut dem ersten Konsiliararzt waren die kognitiven Funktionen der Patientin zum Zeitpunkt der Untersuchung ordentlich. Es sei deutlich zu merken gewesen, dass die Patientin es gewöhnt war, zu argumentieren, aber auch, dass sie sich sehr konzentrieren musste. Die Depressions- und Angstbeschwerden hätten zu den Umständen gepasst. Den Wunsch nach Sterbehilfe habe sie freiwillig geäußert. Ihre Entscheidungsfähigkeit im Zusammenhang mit diesem Wunsch sei weder durch Demenz noch durch Depressionen beeinflusst gewesen. Die Patientin sei urteilsfähig gewesen und nach reiflicher Überlegung zu ihrem Ersuchen gelangt. Für das Leiden aufgrund ihrer Demenz gab es keine Aussicht auf Besserung, laut Prognose würde sich das Bild weiter verschlechtern und die Patientin würde pflegebedürftig, was sie unter keinen Umständen wollte. Die Erfahrung, immer stärker von anderen abhängig zu werden und erleben zu müssen, dass ihr Körper sie immer mehr im Stich lässt, war für die Patientin unerträglich.

In seinem Bericht bestätigte der zweite Konsiliararzt die Krankengeschichte der Patientin und die Tatsache, dass sie im Juli 2005 von einem Gerontopsychiater beurteilt worden war, der ihr Willensfähigkeit im Hinblick auf den Sterbehilfewunsch bescheinigt hatte. Er habe eine Frau vorgefunden, die schlecht habe laufen und die ihren Hals kaum habe bewegen können. Nach einer halben Stunde sei sie sichtlich ermüdet gewesen und habe ihre Konzentration nachgelassen. Das Leiden sei für sie unerträglich, weil sie ihrem Empfinden nach ihre geistigen Fähigkeiten nicht mehr unter Kontrolle hatte und ihr Körper an Kraft einbüßte. Sie empfand sich als unmündig und wusste, dass dies mit der Verschlechterung ihres Zustands noch zunehmen würde.

Sie empfand es als unwürdig, dass sie aufgrund der Rigidität ihrer Muskeln den Alltag nicht mehr wie früher bewältigen konnte. Hinzu kamen die nächtliche Unruhe und Angst und die Inkontinenz. Hierdurch schlief sie schlecht und sie war von ihrem Mann abhängig.

Sie litt unter dem Wissen, dass sich ihre kognitiven und physischen Beschwerden durch die Krankheit verschlimmern würden. Die Patientin entschied sich für Sterbehilfe, weil ein Selbstmord mit den heutigen Schlafmitteln nicht klappen würde, und weil sie es unwürdig fände, durch den Entzug von Nahrung und Flüssigkeit zu sterben.

Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung von einer Patientin geäußert worden war, die über die Art ihrer Krankheit vollständig im Bilde war. Das Leiden war unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung. Es gab keine andere annehmbare Lösung. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor.

Der zweite Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt wären, wenn die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig durchgeführt würde. Im Oktober 2005 wurde die Sterbehilfe auf medizinisch sorgfältige Weise durchgeführt.

Für die Beurteilung der Frage, ob die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte nach reiflicher Überlegung und aus freien Stücken geäußert hatte, hat die Kommission Folgendes erwogen. Bei ihren Kontakten mit der Patientin hat die Ärztin ab der ersten Begegnung Einblick in den Standpunkt der

Patientin zum Thema Sterbehilfe bekommen. In der Zeit, in der die Patientin krank war, hat sie ihren Sterbehilfewunsch regelmäßig geäußert. Um auszuschließen, dass der Wunsch von einer Depression herrührt, und um die Willensfähigkeit der Patientin im Hinblick auf den Sterbehilfewunsch beurteilen zu lassen, hat die Ärztin einen Gerontopsychiater konsultiert. Dieser Konsultararzt kam zu dem Schluss, dass die Patientin weder depressiv noch willensunfähig war. Auch der SCEN-Arzt kam auf der Grundlage seines Gesprächs mit der Patientin zu dem Schluss, dass die Patientin ihre Entscheidung freiwillig und nach reiflicher Überlegung getroffen hatte. Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände ist die Kommission der Meinung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Für die Beurteilung der Frage, ob die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war und dass keine Aussicht auf Besserung bestand, hat die Kommission Folgendes erwogen. Aus den Berichten der Fachärzte geht hervor, dass die Patientin an fortschreitenden kognitiven Störungen und außerdem an Parkinsonismus und an Halluzinationen litt, die höchstwahrscheinlich durch die Lewy-Body-Demenz verursacht wurden. Da bei einem solchen Krankheitsbild keine Genesung möglich und eine ständige Verschlechterung des Zustands des Patienten unvermeidlich ist, kann die Bedingung, dass keine Aussicht auf eine Besserung des Leidens besteht, als erfüllt gelten.

Was die Unerträglichkeit des Leidens angeht, merkt die Kommission an, dass die Patientin sowohl unter der Abhängigkeit von anderen bei der Erledigung alltäglicher Arbeiten als auch unter dem Nachlassen ihrer Körperfunktionen und ihrer kognitiven Funktionen litt. Für eine Frau, die es immer gewöhnt war, alles selbst in die Hand zu nehmen und die Kontrolle über ihren Körper zu haben, war der körperliche Verfall unerträglich. Das Wissen, dass sie in einem späteren Stadium der Lewis-Body-Demenz pflegebedürftig werden und ihre Autonomie verlieren würde, war für die Patientin ein unerträglicher Gedanke.

In diesem Zusammenhang spielten Erinnerungen an die letzte Lebensphase der Eltern und Schwiegereltern der Patientin eine große Rolle. Auch war sich die Patientin bewusst, was ihr schon bald und unausweichlich bevorstand. Vor diesem Hintergrund vertrat die Kommission die Auffassung, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden dieser Patientin unerträglich war. Die Ärztin hatte die Patientin über ihre Situation und über ihre Aussichten ausreichend aufgeklärt.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin 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.

Das Leiden besteht aus zwei Aspekten: Der Zustand muss aussichtslos und das Leiden unerträglich sein.

Das Leiden des Patienten gilt als *aussichtslos*, wenn jede realistische Behandlungsperspektive fehlt. Die Krankheit, die das Leiden verursacht, ist unheilbar und es gibt auch keine realistische Aussicht auf Linderung der Symptome. Eine „realistische Aussicht“ ist nur dann gegeben, wenn die Verbesserung, die durch

eine (palliative) Behandlung erreicht werden kann, in einem vernünftigen Verhältnis zu der Belastung steht, die diese (palliative) Behandlung für den Patienten darstellt.

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

Wenn in den Meldungen von einem unerträglichen Zustand die Rede ist, werden häufig Begriffe wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Erschöpfung, zunehmender körperlicher Verfall, stärkere Abhängigkeit und Verlust der Würde genannt. Aber auch andere Leidensformen können zur 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 prüfen zu können, muss der Begriff so weit wie möglich objektiviert werden. Deshalb orientieren sich die Kommissionen bei ihrer Beurteilung 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.

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, Augenblinzeln 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 Sterbehilfe zu leisten. 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 sollten 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 können. Möglicherweise liegt bei einem Komapatienten also eine solche Verfügung vor. Doch obwohl der Wunsch des Patienten eine wichtige Rolle bei der Abwägung des Arztes, ob er Sterbehilfe leistet oder nicht, spielt, gilt daneben natürlich weiterhin uneingeschränkt das Kriterium, dass das Leiden unerträglich und der Zustand aussichtslos sein muss.

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 empfiehlt es sich, dass der Arzt zu einem späteren Zeitpunkt erneut Kontakt mit dem Konsiliararzt aufnimmt, um gemeinsam zu beurteilen, 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. Auf diesen Punkt wird an anderer Stelle im Zusammenhang mit dem Sorgfaltskriterium, dass ein weiterer Arzt zu konsultieren ist, noch näher eingegangen.

Fälle 5 und 6 (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. Der Arzt trägt die Verantwortung dafür, dass der Patient vollständig aufgeklärt wird, und muss dies auch aktiv überprüfen (siehe auch Fall 3).

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.

An erster Stelle stehen die Pflege und die Behandlung des Patienten sowie die Linderung und nach Möglichkeit die Beseitigung des Leidens, auch wenn feststeht, dass es keine therapeutischen Möglichkeiten mehr gibt oder wenn der Patient keine Therapie mehr wünscht. Bevor das Thema Sterbehilfe erörtert wird, muss zunächst eine gute palliativmedizinische Behandlung angeboten werden.

Das heißt nicht, dass der Patient jeder möglichen palliativmedizinischen Behandlung zustimmen muss. Einem Patienten, dessen Leiden unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung ist, steht es genau wie jedem anderen Patienten frei, eine palliativmedizinische Behandlung oder Versorgung abzulehnen.

Bei dieser Ablehnung kann es eine Rolle spielen, dass bestimmte palliativmedizinische Behandlungen Nebenwirkungen haben, 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 weitere palliativmedizinische Behandlung in Form einer Erhöhung der Morphinumdosis ab, weil sie (teilweise zu Unrecht) befürchten, benommen zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren, was sie unter keinen Umständen wollen.

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 akzeptabel war.

Fall 7 (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 unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien 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.

Wenn kein unabhängiger Arzt hinzugezogen wird, kommen die Kommissionen zu dem Ergebnis, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Siehe hierzu Fall 8.

Der Konsiliararzt 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.

Bei ihren Beurteilungen müssen sich die Kommissionen mit verschiedenen Erscheinungsformen von Gemeinschaftspraxen beschäftigen, bei denen sich die Ärzte nicht zu einer juristischen Einheit zusammengeschlossen haben, sondern nur die Infrastruktur miteinander teilen (das sogenannte HOED-System). Dabei werden beispielsweise Praxisräume gemeinsam gemietet, Computersysteme gemeinsam genutzt oder Patientendateien gemeinsam geführt. Es bleibt schwierig, vorab festzustellen, welche Formen dieser HOED-Gemeinschaftspraxen dem Kriterium der Unabhängigkeit entgegenstehen und welche nicht.

In Zweifelsfällen werden die Kommissionen daher immer um nähere Informationen bitten, wenn der Arzt und der Konsiliararzt einer solchen Gemeinschaftspraxis angehören.

In der Praxis kann es auch vorkommen, dass der meldende Arzt und der Konsiliararzt sich kennen, etwa weil sie beide derselben Interventionsgruppe zur Diskussion medizinischer Kasuistik angehören. Auch dann entscheiden die Umstände, ob dieser Sachverhalt einer unabhängigen Beurteilung im Wege steht. Wichtig sind dabei die Häufigkeit der Begegnungen der Ärzte und die Frage, ob der Fall des Patienten in der Gruppe besprochen wurde.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem 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. In Fall 9 war der Konsiliararzt der Hausarzt der Patientin und damit ihr gegenüber nicht unabhängig. Dieser Umstand hat mit dazu geführt, dass die Kommission zu dem Urteil gelangt ist, dass der Sterbehilfe leistende Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Auch in Fall 10 spielt die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Konsiliararztes gegenüber dem Patienten eine Rolle. Beide Konsiliarärzte hatten im Zusammenhang mit der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes bereits früher Kontakt zu dem Patienten. Die Kommission hat in diesem Fall zusätzliche Fragen gestellt. In Fall 11 ist die Kommission zu dem Urteil gelangt, dass der Konsiliararzt gegenüber dem Patienten nicht unabhängig war.

Für die Beurteilung der Meldung ist der Bericht⁸ 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, dass er geprüft hat, ob alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind, und dass er seine Ausführungen auch begründet. Es empfiehlt sich außerdem, dass er ausdrücklich auf sein Verhältnis zu dem Arzt und dem Patienten eingeht. Der Konsiliararzt ist für seinen eigenen Bericht verantwortlich. Die Verantwortung für die Einhaltung der Sorgfaltskriterien trägt aber letztendlich der meldende Arzt. Er muss prüfen, ob der Konsiliararzt einen Bericht verfasst hat und ob dieser von hinreichender Qualität ist. Kommt es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arzt und dem Konsiliararzt, muss letztlich der Arzt die Entscheidung treffen (vergleiche Fall 7). Allerdings wird der Arzt dem Urteil des Konsiliararztes dabei in der Regel großes Gewicht beimessen, denn schließlich ist es das Handeln des meldenden Arztes, das von den Kommissionen beurteilt wird.

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 statt und kommt er zu dem Schluss, dass das Leiden noch nicht unerträglich ist bzw. dass noch kein aktuelles Sterbehilfeersuchen geäußert worden ist, heißt das in der Regel, dass ein zweiter Besuch bei dem Patienten erforderlich ist.

Manchmal besteht diese Notwendigkeit aber auch nicht, zum Beispiel dann, wenn der Konsiliararzt dargelegt hat, dass das Leiden aller Wahrscheinlichkeit nach schon sehr bald unerträglich sein wird und wenn er auch beschrieben hat, wie sich dieses Leiden darstellen wird. In einem solchen Fall kann eine telefonische Rücksprache zwischen Arzt und Konsiliararzt ausreichen. Zieht sich der Verlauf hin oder sind die Entwicklungen weniger eindeutig vorhersehbar, wird ein zweites Gespräch zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten erforderlich sein.

⁸ Als Leitfaden kann die „Checkliste für Konsultationsberichte bei Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung“ herangezogen werden (siehe www.toetsingscommissies euthanasie.nl, nur in niederländischer Sprache).

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 Kursen werden alle medizinischen, ethischen und juristischen Aspekte dieser Funktion behandelt. Die Berichte der sogenannten SCEN-Konsiliarärzte waren im Allgemeinen von Anfang an von hervorragender Qualität. Es gilt darauf zu achten, dass diese Qualität auch auf Dauer erhalten bleibt.

Fall 8 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Der Arzt hat keinen Konsiliararzt hinzugezogen und er fühlte sich moralisch verpflichtet, Sterbehilfe zu leisten. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Bei dem Patienten, einem 78-jährigen Mann, wurde 2001 ein Kolonkarzinom im Stadium Dukes C diagnostiziert. Es wurde eine Hemikolektomie vorgenommen. Anschließend wurde der Patient radiotherapeutisch behandelt. Als Metastasen festgestellt wurden, erhielt er eine Chemotherapie. 2004 wurde die Behandlung eingestellt, nachdem festgestellt worden war, dass sich Lebermetastasen gebildet hatten. Nach und nach verschlechterte sich der Zustand des Patienten. Im Dezember 2004 sprach der Patient mit dem Arzt über die Möglichkeit der Sterbehilfe. Im März und im Mai 2005 wurde das Thema erneut besprochen. Im Juni äußerte der Patient eine konkrete und fordernde Bitte. Er hatte sehr genau angegeben, wo für ihn die Grenze des Leidens lag. Er machte immer einen klaren und rational denkenden Eindruck. Er wollte nicht „wie ein Fisch im Trockenen liegen“. In der Verwandtschaft hatte der Patient lange Leidenswege miterlebt und er wollte selbst bestimmen, wann sein Leben ein Ende haben soll. Er unterschrieb eine NVVE-Patientenverfügung und überreichte sie dem Arzt. Daraufhin sagte der Arzt, dass die Hinzuziehung eines zweiten Arztes erforderlich sei. Der Patient hatte hierfür Verständnis. Er wollte das entsprechende Gespräch führen, „wenn es so weit ist“. Die folgenden Wochen verliefen unterschiedlich. Der Tumor wuchs weiter und der Patient erledigte noch einige Dinge. Er plante auch seine Beisetzung. In der letzten Maiwoche 2005 ging es ihm einigermaßen. Die Schmerzen wurden adäquat bekämpft, aber der Patient entwickelte Austrocknungserscheinungen. Nach Angaben des Arztes war eine palliative Behandlung noch möglich. Der Patient sagte, das Leiden sei noch nicht unerträglich. Anfang Juni 2005 hatten die Schmerzen allerdings stark zugenommen. Man rief den Arzt. Bei der Visite sah der Arzt, dass sich die Schmerzen nicht mehr unterdrücken ließen. Der Patient sagte, der Kampf sei verloren, und er bat den Arzt, in der darauf folgenden Woche die Sterbehilfe durchzuführen.

Der Arzt wies darauf hin, dass er einen Konsiliararzt hinzuziehen müsse. Zu dem betreffenden Zeitpunkt, Freitag nach 17 Uhr, konnte der Arzt keinen SCEN-Arzt mehr erreichen. Der Arzt sagte dem Patienten zu, er würde am Montag einen Konsiliararzt einschalten. Am Wochenende verschrieb ein diensthabender Arzt Morphium in Kombination mit Dormicum in ansteigender Dosierung. Der behandelnde Arzt besuchte den Patienten am Montagmorgen wieder. Der Patient litt stark unter Atemnot, hatte viel Schleim in den Atemwegen, war unruhig und nicht

ansprechbar, reagierte aber auf Schmerzreize. Der Arzt verabreichte 60 mg Morphium und 15 mg Dormicum. Die Situation blieb unverändert. Nach einigen Stunden verabreichte der Arzt 80 mg Morphium und 30 mg Dormicum. Dennoch verbesserte sich der Zustand nicht. Nach Auffassung des Arztes war nun das Leiden eingetreten, vor dem sich der Patient immer so gefürchtet hatte. Der Arzt entschied sich, obwohl kein Konsiliararzt hinzugezogen worden war, im Einvernehmen mit der Familie, die Sterbehilfe durchzuführen, und verabreichte intravenös 2 g Thiopental und 16 mg Pavulon. Der Arzt fühlte sich hierzu verpflichtet. Er war davon überzeugt, dass die Situation für diesen Patienten menschenunwürdig und unerträglich war. Der Arzt war der Meinung, die Hinzuziehung eines Konsiliararztes sei nicht mehr sinnvoll, weil der Patient ja nicht mehr ansprechbar gewesen sei.

Der Arzt erklärte in einem Gespräch mit der Kommission, er habe regelmäßig mit dem Patienten darüber gesprochen, dass die Einschaltung eines Konsiliararztes erforderlich sei. Der Patient verschob ein solches Treffen jedoch immer wieder, nicht zuletzt deshalb, weil er seine Frau nicht damit konfrontieren wollte.

Die Kommission gelangte zu der Überzeugung, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, da er es versäumt hatte, einen Konsiliararzt hinzuzuziehen. Auch angesichts der langen Krankengeschichte des Patienten hätte der Arzt in einem früheren Stadium einen Konsiliararzt einschalten können und müssen. Der Arzt hat den Wunsch des Patienten, den Besuch des Konsiliararztes hinauszuschieben, zu lange respektiert. Die Kommission teilte nicht die Meinung des Arztes, es sei nicht mehr sinnvoll, einen Konsiliararzt hinzuzuziehen, weil der Patient ja nicht mehr ansprechbar gewesen sei. Auch unter den gegebenen Umständen hätte nach Meinung der Kommission noch ein Besuch des Konsiliararztes stattfinden können und müssen. Die Kommission war im vorliegenden Fall dennoch davon überzeugt, dass der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt hatte. Sie kam aber zu dem Schluss, dass er nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, und informierte die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen.

Fälle 9, 10 und 11 (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 ihre Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen⁹ der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie KNMP befolgt. Bei der Sterbehilfe liegt eine aktive Handlung des Arztes vor, der dem Patienten das Sterbemittel – in der Regel intravenös – verabreicht. Um Hilfe bei der Selbsttötung handelt es sich, wenn der Patient das Mittel selbst einnimmt. In einem solchen Fall trinkt der Patient eine Flüssigkeit mit einem Barbiturat¹⁰. Der Arzt muss allerdings so lange bei dem Patienten bleiben, bis er gestorben ist. Er darf den Patienten mit dem Sterbemittel nicht allein lassen. Schließlich wäre es möglich, dass dieser die Flüssigkeit wieder erbricht. In einem solchen Fall könnte der Arzt dann noch Sterbehilfe leisten. Außerdem könnten Dritte

⁹ Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln (1998).

¹⁰ Meistens 100 ml mit 9 g Pentobarbitalnatrium oder Secobarbitalnatrium.

gefährdet werden, wenn die gefährlichen Substanzen ohne medizinische Aufsicht zurückgelassen würden.

In Ausnahmefällen und nur, wenn gute Gründe dafür vorliegen, können vorab anderslautende Vereinbarungen getroffen werden. Der Arzt muss jederzeit verfügbar sein für den Fall, dass er eingreifen muss, weil die Mittel die beabsichtigte Wirkung nicht oder nicht ausreichend entfalten.

Die Lebensbeendigung muss vom Arzt selbst durchgeführt werden.

In der Praxis kommt es ab und zu vor, dass ein Arzt sich über seine Rolle im Sterbehilfeverfahren nicht ganz sicher ist. Diese Unsicherheit kann sowohl die Rolle des meldenden Arztes als auch die des Konsiliararztes oder des durchführenden Arztes betreffen.

Wenn beispielsweise ein Sterbehilfefall von einem Arzt gemeldet wird, der die Sterbehilfe nicht selbst durchgeführt hat, gilt der durchführende Arzt nachträglich als meldender Arzt.¹¹ In Fall 14 lag eine derartige Unsicherheit im Hinblick auf die verschiedenen Rollen vor.

Fälle 12, 13 und 14 (nicht aufgenommen)

¹¹ Artikel 3 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (festgestellt am 18. Juni 2003).