

Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 2007

Inhalt

Vorwort

Einleitung

Kapitel I Entwicklungen 2007

Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen
und der Hilfe bei der Selbsttötung

Meldebereitschaft

Arbeit der Kontrollkommissionen

Musterbericht

Kapitel II Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen

Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen

a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen
Schriftliche Patientenverfügung

b) Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand
Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen
Palliative Sedierung

c) Patientenaufklärung

d) Keine andere annehmbare Lösung

e) Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes

f) Medizinisch sorgfältige Durchführung

Kapitel III Aufgaben der Kommissionen

Gesetzlicher Rahmen

Rolle der Kommissionen

Anhänge

I Übersicht der Meldungen

Übersicht der Meldungen insgesamt

Übersicht der Meldungen nach Regionen (nicht enthalten)

A) Region Groningen, Friesland und Drente

B) Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland

C) Region Nordholland

D) Region Südholland und Seeland

E) Region Nordbrabant und Limburg

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

Vorwort

Verehrter Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2007 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. Im Vergleich zu den vergangenen Jahren wurde der Bericht hinsichtlich der Gestaltung geringfügig verändert, die Struktur ist jedoch die gleiche. Zentrales Element sind nach wie vor die nach Sorgfaltskriterien gegliederten (anonymisierten) Fallbeschreibungen. Auch die Fälle, bei denen die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden, werden dargestellt; hierbei handelt es sich um drei von mehr als 2100 eingegangenen Meldungen.

Am 1. Juli 2007 habe ich den koordinierenden Vorsitz von Frau Reina de Valk-van Marwijk Kooy übernommen. Frau de Valk hat es verstanden, die Kommissionen und Sekretariate in ihren Pionierjahren zu einem ausgezeichnet organisierten Apparat aufzubauen. Sie war auch die treibende Kraft im Gremium der Vorsitzenden. An dieser Stelle möchte ich ihr hierfür, auch im Namen der Kommissionen, meinen Dank aussprechen.

Das Berichtsjahr zeichnet sich durch zwei Besonderheiten aus. Zum einen wurde im Mai der Evaluierungsbericht über die praktische Umsetzung des Sterbehilfegesetzes veröffentlicht. Zum anderen ist die Zahl der gemeldeten Lebensbeendigungen 2007 im Vergleich zu 2006 um 10 % gestiegen (von 1923 auf 2120). Nachfolgend wird auf beide Aspekte kurz eingegangen.

Die Evaluierungsstudie hat eine enorme Fülle an Daten und Anregungen hervorgebracht. Ein besonders auffälliges Ergebnis ist die klar gestiegene Meldebereitschaft der Ärzte. Im Bericht werden auch Empfehlungen an die Kontrollkommissionen formuliert, denen wir uneingeschränkt zustimmen. Näheres enthält dieser Bericht. Zu Recht wird festgestellt, dass die Kommissionen der Einheitlichkeit der Arbeitsmethoden und der Beurteilung der Sorgfaltskriterien weiterhin große Aufmerksamkeit widmen müssen.

Einige Empfehlungen beziehen sich auf den Musterbericht. Ebenso wie die Untersuchungskommission hoffen auch wir, dass die Revision des Musterberichts bald abgeschlossen sein wird. In der Praxis ist ein neuer Musterbericht dringend vonnöten.

Nun zu den konkreten Zahlen, für die sich die Öffentlichkeit immer wieder besonders zu interessieren scheint. Lässt sich die Steigerung der Zahl der Meldungen um 10 % erklären? An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Prozentsatz je nach Region unterschiedlich ist; außerdem ist in erster Linie die Zahl der von Hausärzten gemachten Meldungen gestiegen. Wir haben nach den Ursachen geforscht. Eindeutige Schlüsse lassen sich jedoch nicht ziehen, wir können lediglich Vermutungen äußern. Seit der Einrichtung der Kontrollkommissionen Ende 1998 lassen sich beträchtliche Schwankungen im Bereich zwischen 1800 und 2100 Meldungen beobachten (die meisten Meldungen, 2123, wurden 2000 gemacht, die geringste Zahl der Meldungen betrug 1815, und zwar im Jahr 2003).

Aus diesen Zahlen kann höchstens geschlossen werden, dass sich für die verschiedenen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende noch keine festen Muster entwickelt haben. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass 2010 die erneute Durchführung einer landesweiten Evaluierungsstudie angezeigt ist.

Für die Kommissionen ist Feedback von großem Nutzen. Ihre Rückmeldungen sind denn auch jederzeit willkommen.

Den Haag, April 2008

J.J.H. Suyver,
Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe
E-Mail:

Einleitung

2007 sind bei den Kommissionen 2120 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen¹. 2006 belief sich die Zahl der Meldungen auf 1923. Die Kommissionen haben diese Fälle daraufhin geprüft, ob der durchführende Arzt die Sorgfaltskriterien nach dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) eingehalten hat. In drei Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien nicht entsprochen worden war².

Im Berichtsjahr wurden die Ergebnisse der Evaluierungsstudie zum Sterbehilfegesetz präsentiert. Es wurde festgestellt, dass die Funktionalität sowohl des Gesetzes als auch der Kommissionen den Erwartungen entsprach. Selbstverständlich gibt es auch Punkte, die der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

Mit Interesse haben die Kommissionen die Ergebnisse der Evaluierungsstudie zur Kenntnis genommen. Sie begrüßen die im Evaluierungsbericht enthaltenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Die Stellungnahme der Regierung zum Evaluierungsbericht sehen sie als Unterstützung für die Erfüllung ihrer Aufgaben. In Kapitel I wird hierauf näher eingegangen.

¹ Die Zahlen – sowohl die allgemeinen Zahlen als auch eine nach Regionen aufgeschlüsselte Übersicht – sind der Anlage zu entnehmen.

² Siehe die Fälle 5, 11 und 12.

Die Entwicklungen, die sich 2007 vollzogen haben, stehen im Zeichen der Evaluierung des Sterbehilfegesetzes und der auf den Ergebnisbericht erfolgten Reaktionen. Nachstehend werden einige der Evaluierungsergebnisse und Reaktionen behandelt. Die übrigen Ergebnisse sind den Fallbesprechungen in Kapitel II und der Beschreibung der Arbeit der Kommissionen in Kapitel III zu entnehmen.

Evaluierung des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Sterbehilfegesetz)

Meldebereitschaft

Im Mai 2007 wurde der Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz veröffentlicht³. Mit der Evaluierung sollten Einsichten in die Entwicklungen gewonnen werden, die sich in der Praxis der medizinischen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende vollziehen; außerdem wurden Wirksamkeit und Nebenerscheinungen des Gesetzes untersucht. Die Praxisforschung dieser Studie ist vergleichbar mit den großangelegten Studien, die in den Jahren 1990, 1995 und 2001 durchgeführt wurden⁴.

Die allgemeine Schlussfolgerung des Berichtes lautet, dass das Gesetz seine Funktion angemessen erfüllt. Die beim Zustandekommen des Gesetzes angestrebten Ziele, etwa eine transparentere Sterbehilfepraxis, werden in hohem Maße erreicht.

So hat die Evaluierung ergeben, dass der Meldeprozentsatz von 54 Prozent im Jahr 2001 auf 80 Prozent im Jahr 2005 angestiegen ist. Kommt ein Arzt der Meldepflicht nicht nach, liegt dies zumeist darin begründet, dass er das betreffende Vorgehen nicht als lebensbeendende Handlung ansieht. In den Fällen, in denen keine Meldung gemacht wurde, kamen mehrheitlich *Morphin* und *Sedativa* zum Einsatz. Betrachteten die Ärzte ihr Vorgehen jedoch als lebensbeendende Handlung, verwendeten sie in fast allen Fällen die geeigneten Sterbemittel⁵. Der Evaluierung zufolge wurden sogar 99 Prozent der Fälle, in denen diese Mittel verwendet wurden, gemeldet.

Arbeit der Kontrollkommissionen

Die Untersuchung hat ergeben, dass die Kontrollkommissionen im Allgemeinen den Intentionen des Gesetzes gemäß funktionieren. Dennoch wurde im Rahmen der Evaluierung die Empfehlung an die Kommissionen formuliert, die Qualität der Durchführung ihrer eigenen Aufgaben zu überwachen, u. a. hinsichtlich des Beurteilungsprozesses und der Beurteilung bestimmter Aspekte der Sorgfaltskriterien. Die Kommissionen sind sich der Tatsache bewusst, dass eine regelmäßige Abstimmung untereinander weiterhin notwendig ist, um eine einheitliche Beurteilung der Meldungen zu gewährleisten. Zu diesem Zweck verwenden die Kommissionen bereits verschiedene Instrumente, etwa das Gremium der Vorsitzenden oder gemeinsame Beratungen aller Kommissionen bei Fällen, die als möglicherweise „nicht sorgfältig“ eingestuft werden. Ebenso stimmen sich die Sekretäre der Kommissionen vielfach untereinander ab, und auch die Ärzte, die den Kommissionen angehören, führen bei Bedarf Beratungen zu inhaltlichen Fragen durch.

Bei der Prüfung einer Meldung kommen die Kontrollkommissionen entweder zu dem Urteil „sorgfältig“, d. h. den gesetzlich festgeschriebenen Sorgfaltskriterien wurde entsprochen, oder „nicht sorgfältig“. Lautet das Urteil „nicht sorgfältig“, wird es dem betroffenen Arzt übermittelt und der Fall an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Des Weiteren empfahl die Untersuchungskommission, das Gesetz explizit um eine Bestimmung zu ergänzen, die es den Kommissionen ermöglicht, auch einen als „sorgfältig“ beurteilten Fall der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

In ihrer Stellungnahme infolge des Evaluierungsberichts⁶ hat die Regierung erklärt, der bestehende gesetzliche Rahmen biete den Kontrollkommissionen hinreichende Möglichkeiten für eine angemessene Beurteilung der einzelnen Meldungen. Befragungen der Kommissionsmitglieder haben dies der Evaluierung zufolge bestätigt. Darüber hinaus erachtet es die Regierung für nicht wünschenswert und der Rechtssicherheit der Ärzte möglicherweise abträglich, wenn ein Fall, der als „sorgfältig“ eingestuft wurde, dennoch an die Aufsichtsbehörde weitergeleitet wird.

³ Philipsen, van der Heide u.a., Evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding (WTL).

⁴ Van der Maas, P.J., van Delden, J.J.M. und Pijnenborg, L., Rummelink, 1991, Medische beslissingen rond het levenseinde (Medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende), Den Haag: Sdu Uitgevers; Van der Wal, G. und van der Maas, P.J., 1996, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde (Sterbehilfe und andere medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende), Den Haag: Sdu Uitgevers, Van der Wal, G. c.s., 2003, Medische besluitvorming aan het einde van het leven (Medizinische Entscheidungen am Lebensende), Utrecht: de Tijdstroom.

⁵ Siehe auch: Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie/KNMP). Standaard euthanatica, toepassing en bereiding van euthanatica (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), Den Haag, 2007.

⁶ Schreiben mit dem Zeichen PG/E-2808432 vom 14. November 2007

Die Regierung ist jedoch der Ansicht, dass die Kommissionen einen im Rahmen einer Meldung festgestellten Mangel, etwa ein Behandlungsprotokoll von geringer Qualität, der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen melden müssen. Dabei muss sich ein solcher Mangel nicht auf den Fall als solchen oder den meldenden Arzt beziehen.

Dieser Vorschlag der Regierung knüpft direkt an das von den Kommissionen bereits gehandhabte Vorgehen an, eine Einrichtung (bzw. deren Leitung) auf überholte oder mangelhafte Protokolle hinzuweisen.

Die dritte Empfehlung, die im Rahmen der Evaluierung formuliert wurde, betrifft die Begrenzung der Amtszeit der Kontrollkommissionen auf höchstens zwei Sitzungsperioden von jeweils vier Jahren. Das Risiko einer routinemäßigen Abwicklung ließe sich durch das regelmäßige Einsetzen neuer Kommissionsmitglieder verringern. Darüber hinaus entspräche eine etwas kürzere Amtszeit eher den üblichen Standards.

Die Regierung unterstützt den Vorschlag, die Amtszeit der Kommissionen, die derzeit maximal zwei Sitzungsperioden von jeweils sechs Jahren umfasst, entsprechend zu begrenzen. Gemäß der Koalitionsvereinbarung werden die Kontrollkommissionen die empfohlene Amtszeit ohne eine entsprechende Gesetzesänderung in die Praxis umsetzen.

Die Jahresberichte der Kontrollkommissionen und die Veröffentlichung der anonymisierten Urteile auf der Website wirken sich dem Evaluierungsbericht zufolge positiv auf die Transparenz und die gesellschaftliche Kontrolle aus.

Die Untersuchungskommission empfiehlt, mehr Erfahrungen mit der Veröffentlichung der gemeldeten Sterbehilfefälle auf der Website der Kontrollkommissionen zu sammeln.

Bei der Veröffentlichung soll auf der einen Seite die Anonymität gewährleistet, auf der anderen der Informationswert der Fälle erhalten werden. Diese Problematik sollte nach Ansicht der Untersuchungskommission auch in den Berichten der Kontrollkommissionen und bei künftigen Evaluierungen berücksichtigt werden. Mit der Veröffentlichung der Urteile hatte man 2006 begonnen, da man Transparenz als einen wichtigen Aspekt bei der Prüfung der Fälle erachtete. Vor diesem Hintergrund wird man die Website, auf der die gemeldeten Sterbehilfefälle in anonymisierter Form veröffentlicht werden, weiter betreiben. Die Regierung schließt sich der Ansicht der Untersuchungskommission an, dass der Gewährleistung der Anonymität in dieser Frage dauerhaft Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

Die Kommissionen sind sich dieser Problematik bewusst; ihr Vorgehen wird auch weiterhin darauf abzielen, die Anonymität der Betroffenen zu sichern.

Musterbericht

Im Evaluierungsbericht ebenso wie in der Stellungnahme der Regierung wird auch auf den Musterbericht für die Verwendung durch den meldenden Arzt eingegangen. Aufgrund der in diesem Zusammenhang gemachten Ausführungen werden Änderungen im bestehenden Musterbericht vorgenommen. Mit diesen Änderungen wird noch stärker hervorgehoben, dass die Kontrollkommissionen in allen Fällen der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten ab 12 Jahren zuständig sind. Die Kommissionen sind nicht befugt⁷, Meldungen zu behandeln, wenn keine Bitte um Lebensbeendigung oder um Hilfe bei der Selbsttötung geäußert worden ist.

Hat ein Arzt ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten eine Lebensbeendigung vorgenommen, ist der örtliche Leichenschauer verpflichtet, den Fall direkt an die Staatsanwaltschaft weiterzuleiten. Die Kommissionen dürfen auch nicht tätig werden, wenn der Patient das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Ebenso fallen Fälle von normalem medizinischem Handeln nicht in die Zuständigkeit der Kommissionen. Das Kontrollverfahren nach dem Sterbehilfegesetz ist dafür nicht gedacht.

Normales medizinisches Handeln liegt in jedem Fall dann vor, wenn eine Behandlung unterlassen oder eingestellt wird, weil sie medizinisch sinnlos ist oder weil der Patient dies ausdrücklich wünscht, oder wenn der Tod als Nebenfolge einer Behandlung eintritt, die für die Linderung des schweren Leidens eines Patienten notwendig war. Normales medizinisches Handeln fällt nicht unter das Strafrecht und unterliegt denn auch nicht der Meldepflicht.

Die Kommissionen messen der Durchführung der Änderungen im Musterbericht, mit denen bestehende Unklarheiten und damit einhergehende Missverständnisse seitens des meldenden Arztes beseitigt werden, große Bedeutung zu.

⁷ Siehe Artikel 1 Absatz 2 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

Kapitel II

Sorgfaltskriterien

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM ALLGEMEINEN

Die Kommissionen prüfen, ob der Arzt im Einklang mit allen im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Nach den Sorgfaltskriterien in Artikel 293 Absatz 2 des Strafgesetzbuches 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 keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet,
- c) den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat und
- f) die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung fachgerecht durchgeführt haben.

Für die Beurteilung durch die Kommissionen sind die vom meldenden Arzt erteilten Informationen von essentieller Bedeutung.

Die in diesen Jahresbericht aufgenommenen Fälle vermitteln einen Überblick über die von den Kommissionen geprüften Meldungen. In fast allen Fällen sind die Kommissionen zu dem Ergebnis gekommen, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Die weitaus meisten Meldungen gaben den Kommissionen keinen Anlass zu weiteren Diskussionen.

In Fall 1 wird eine solche Meldung behandelt. In einigen Fällen zog die Meldung eine eingehendere Diskussion innerhalb der Kommission nach sich; gegebenenfalls wurde der Arzt um schriftliche oder mündliche Erläuterungen gebeten. Entsprechende Beispiele werden in diesem Kapitel dargestellt, u. a. Fall 2.

Fall 1

Anhand der vom meldenden Arzt erteilten Informationen – darunter der schriftliche Bericht des Konsiliararztes – wurde die Nachvollziehbarkeit des vom Patienten als unerträglich empfundenen Leidens glaubhaft gemacht.

Bei einem männlichen Patienten in der Altersklasse 30 bis 40 Jahre war in der Jugend die progressive Muskeldystrophie Typ Duchenne festgestellt worden. Eine Heilung war nicht möglich. Sein Leben war immer von Regelmäßigkeit und Schwierigkeiten geprägt. Dennoch war es ihm stets gelungen, die Kontrolle über sein Leben zu behalten; er war den Umständen entsprechend zufrieden. In den letzten acht Jahren war der Patient durch seine Müdigkeit gezwungen, immer mehr Zeit im Bett zu verbringen. Jegliche alltäglichen Handlungen kosteten ihn viel Zeit, selbst das Sprechen und Denken ermüdeten ihn enorm. Das Leiden des Patienten bestand darin, zu keinerlei Handlungen mehr im Stande zu sein, da alle körperlichen und psychischen Reserven aufgebraucht waren. Außerdem litt der Patient unter der Aussichtslosigkeit seines Zustands und dem Verlust jeglicher Lebensqualität. Für ihn war dieses Leiden unerträglich. Eine Woche vor der Lebensbeendigung hatte er den Arzt konkret um die Erfüllung seines Wunsches nach Sterbehilfe gebeten.

Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte den Patienten eine Woche vor der Lebensbeendigung.

Seinem Bericht zufolge fand er einen abgemagerten Mann mit völlig atrophischen Muskeln vor, der in einem Rollstuhl saß. Das Gespräch mit dem Arzt kostete den Patienten offensichtlich viel Mühe. Im Laufe des Gesprächs wackelte der Patient immer stärker mit dem Kopf. Dem Konsiliararzt zufolge war der Patient in der Lage, zusammenhängende und inhaltlich angemessene Gedanken zu formulieren. Der Patient machte auf ihn keinen depressiven Eindruck. Die Unerträglichkeit des Leidens ergab sich für den Patienten aus der Tatsache, dass sein Leben in der letzten Zeit nur noch ein Überleben war.

Er hatte das Gefühl, dass er nur noch im Bett liegen und dahinsiechen konnte, dass sich sein Zustand immer weiter verschlechterte. Er erzählte, dass ihm Vorgänge wie Essen, Urinlassen oder Stuhlgang in den letzten fünf Jahren bereits enorme Disziplin abverlangten. Mehr war für ihn nicht möglich. Anfänglich stand der Konsiliararzt dem Wunsch eines so jungen Mannes nach Sterbehilfe skeptisch gegenüber. Im Verlauf des Gesprächs jedoch wuchs seine Bewunderung für die Stärke des Patienten, mit der dieser so lange gekämpft und

an dem Wenigen, was ihm sein Leben bot, festgehalten hatte. Die Unerträglichkeit des Leidens war für den Konsiliararzt begrifflich und nachvollziehbar. Der Patient hatte nicht das Gefühl, anderen zur Last zu fallen. Er fühlte sich in keiner Weise aufgrund der Versorgungssituation genötigt, die Bitte um Sterbehilfe zu äußern. Der Konsiliararzt kam zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM EINZELNEN

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.

Der Arzt muss überzeugt sein, dass die Bitte nach reiflicher Überlegung und freiwillig geäußert wird. Hierin kommt der Aspekt der Sterbehilfe als Prozess – im Gegensatz zur Sterbehilfe als Handlung zum Zeitpunkt der Lebensbeendigung – zum Ausdruck. Dieser Prozess zwischen Arzt und Patient kennzeichnet sich unter anderem durch Gespräche über das bevorstehende Lebensende und die Wünsche des Patienten sowie die Erörterung der Möglichkeiten, diese Wünsche zu erfüllen.

Hier stehen verschiedene Elemente im Mittelpunkt. Erstens muss die Bitte um Lebensbeendigung von dem Patienten selbst und zweitens muss sie freiwillig geäußert werden. Der Arzt muss sicher sein, dass der Patient seine Bitte nicht auf Druck seiner Umgebung geäußert hat. Bei der Beurteilung dieses Aspekts prüfen die Kommissionen, auf welche Weise der Patient seinen Wunsch deutlich gemacht hat.

Drittens muss der Patient, damit er eine wohl überlegte Bitte formulieren kann, gut über seine Krankheit, über die Situation, in der er sich befindet, über die Prognose und über eventuelle Alternativen zur Verbesserung seiner Situation informiert sein.

Voraussetzung für eine freiwillige und nach reiflicher Überlegung geäußerte Bitte um Sterbehilfe ist die Willensfähigkeit des Patienten.

Leidet der Patient beispielsweise an depressiven Beschwerden, kann dies seine Willensfähigkeit negativ beeinflussen. Im Zweifelsfall wird in der Praxis zusätzlich zu der Stellungnahme des unabhängigen Konsiliararztes für gewöhnlich ein Gutachten eines Psychiaters eingeholt. Der Arzt ist also verpflichtet, die Willensfähigkeit des Patienten festzustellen oder feststellen zu lassen. Werden andere Ärzte hinzugezogen, ist es wichtig, dies der Kommission mitzuteilen. Es kann vorkommen, dass sich ein Arzt nach eingehender Überlegung dazu entschließt, keinen anderen Kollegen einzuschalten oder einen bereits konsultierten Kollegen nicht noch ein weiteres Mal hinzuzuziehen. Die Abwägungen, die zu diesem Entschluss geführt haben, sind für die Kommission relevant; der Arzt kann, indem er bereits im Rahmen seiner Meldung den gesamten Entscheidungsprozess darlegt, eine spätere Befragung durch die Kommission vermeiden.

Gelegentlich wird auch ein Fall von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten mit Demenzsyndrom gemeldet. Diese Patienten befinden sich im Anfangsstadium des Demenzprozesses, sie sind sich noch im Klaren über ihre Krankheit und die Symptome sowie den (bevorstehenden) Verlust ihres Orientierungsgefühls und ihrer Persönlichkeit. Sie werden als willensfähig eingeschätzt, da sie die Konsequenzen ihrer Bitte überschauen können. Die Unerträglichkeit ihres Leidens besteht im Erleben des sich bereits vollziehenden Verfalls ihrer Persönlichkeit, des Verlusts von Funktionen und Fähigkeiten sowie in dem Bewusstsein, dass sich ihr Zustand immer weiter verschlechtern und zu einer fundamentalen Abhängigkeit und dem vollständigen Verlust ihrer selbst führen wird. Für die Kommissionen gilt, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem solchen Demenzprozess befinden, im Allgemeinen sehr zurückhaltend begegnet werden muss. Sie empfehlen denn auch, dass ein Arzt bei der Beurteilung einer derartigen Situation mit besonderer Sorgfalt vorgeht.

Der Arzt muss bei seinen Erwägungen die Phase des Krankheitsprozesses und die anderen spezifischen Umstände berücksichtigen. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit sind die Patienten in nahezu allen Fällen nicht mehr willensfähig.

Ist ein Arzt also der Ansicht, dass sich der Patient im Anfangsstadium der Demenz befindet, empfiehlt es sich, zusätzlich zum Konsiliararzt einen oder mehrere Sachverständige hinzuzuziehen.

In einer derartigen Situation erfordern neben den Aspekten der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens auch die Aussichtslosigkeit des Zustands des Patienten und insbesondere die Unerträglichkeit seines Leidens eine besonders sorgfältige Abwägung seitens des Arztes.

Schriftliche Patientenverfügung

Im Hinblick auf die schriftliche Patientenverfügung ist auf Folgendes hinzuweisen. Nach dem Sterbehilfegesetz muss der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Diese Bitte wird in nahezu allen Fällen in einem Gespräch zwischen Arzt und Patient und damit mündlich geäußert. In erster Linie geht es darum, dass zwischen Arzt und Patient Klarheit über die

Bitte des Patienten bestehen muss. Wenn der Patient in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und um Lebensbeendigung zu ersuchen, kann eine schriftliche Patientenverfügung noch mehr Klarheit schaffen und die mündliche Bitte bekräftigen.

Indem der Arzt das (allgemeine) Gespräch über den Sterbehilfewunsch des Patienten und den Entscheidungsprozess im Zusammenhang mit dem Lebensende in der Patientenakte dokumentiert, kann er auch selbst zu dieser Klarheit beitragen. Dies kann auch für eventuelle Vertretungsärzte oder andere Personen, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind, von Bedeutung sein.

Anders als häufig angenommen, ist nach dem Sterbehilfegesetz das Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung nicht erforderlich. In der Praxis vereinfacht eine solche Patientenverfügung allerdings den Beurteilungsprozess im Nachhinein. Die Kommissionen wollen jedoch nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Betroffenen keinesfalls unter Druck geraten sollten, eine Verfügung – möglicherweise noch sehr kurz vor dem Tod – abzufassen.

Im Sterbehilfegesetz wird die schriftliche Patientenverfügung zwar gesondert behandelt, jedoch in einem anderen Kontext. Die im Gesetz beschriebene Verfügung ist für Patienten gedacht, die unerträglich leiden, für die keine Aussicht auf Besserung besteht und die zu dem Zeitpunkt, zu dem es konkret um die Frage der Lebensbeendigung geht, nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Obwohl in der Praxis der Lebensbeendigung und der Hilfe bei der Selbsttötung die Existenz einer schriftlichen Willenserklärung nicht automatisch die Durchführung der Verfügung im Falle des Verlustes der Willensfähigkeit nach sich zieht, können dennoch Empfehlungen ausgesprochen werden. In jedem Fall empfiehlt es sich, eine solche Verfügung rechtzeitig zu verfassen und regelmäßig zu aktualisieren; darin sollten möglichst konkret die Umstände aufgelistet werden, unter denen der Patient eine Lebensbeendigung wünscht. Je konkreter und klarer die schriftliche Verfügung abgefasst ist, desto besser kann sie die Beschlussfassung des Arztes unterstützen. Eine handgeschriebene Erklärung des Patienten, in der er seine Wünsche in eigenen Worten darlegt, stellt in der Regel eine ergänzende, persönliche Begründung dar.

Fall 2 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen; Demenz)

Im nachstehend beschriebenen Fall befand sich die Patientin zum Zeitpunkt ihrer Bitte um Sterbehilfe in einem Frühstadium der Demenz. Aus der Darstellung des Falls geht hervor, auf welche Weise der Arzt sicherstellen konnte, dass die Patientin die Kontrolle über ihr Lebensende behielt. Indem er frühzeitig mehrere Sachverständige konsultierte, konnte er sich davon vergewissern, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Nachdem eine Frau in der Altersklasse 70 bis 80 Jahre bereits zwei Jahre mit allmählich zunehmenden Beschwerden wie auffälliger Trägheit und Schwierigkeiten beim Rechnen gekämpft hatte, wurde bei ihr im Herbst 2006 die Alzheimer-Krankheit im Anfangsstadium festgestellt. Sie litt stark unter dem Wissen, was diese Diagnose bedeutete und wie sich diese Krankheit langfristig entwickeln würde. Außerdem machten ihr ihre zunehmende Abhängigkeit von anderen, die schwindenden Kommunikationsmöglichkeiten und Kontakte sowie die daraus folgende soziale Isolation schwer zu schaffen. Sie hatte ihr Leben immer weniger im Griff. Für die Patientin war dieses Leiden unerträglich.

Drei Monate nach der Diagnose hatte sie den Arzt bereits gebeten, er möge bei ihr zu gegebener Zeit Sterbehilfe leisten. Sie wollte die Kontrolle über ihr Lebensende behalten.

Einige Wochen vor ihrem Tod hatte die Patientin den Arzt konkret um die Durchführung der Lebensbeendigung gebeten.

Da bereits einige Jahre zuvor bei der Patientin der Verdacht auf depressive Beschwerden im Rahmen beginnender Gedächtnisprobleme bestanden hatte, hatte der Arzt – um der Patientin die Kontrolle über ihre Entscheidung zu erhalten – bereits geraume Zeit vor der konkreten Bitte um die Durchführung der Sterbehilfe einen Gerontopsychiater als ersten Konsiliararzt hinzugezogen. Dieser untersuchte, ob der Wunsch der Patientin nach Sterbehilfe von einer Depression herrührte. Er kam zu dem Schluss, dass der Sterbehilfewunsch der Patientin nachvollziehbar sei, ihrer Lebensperspektive und ihrem Hintergrund entspreche und nicht von depressiven Beschwerden verursacht werde.

Zwei Monate vor der Bitte der Patientin um die Durchführung der Lebensbeendigung wurde dann ein zweiter Konsiliararzt, ein SCEN-Arzt, hinzugezogen. Im Gespräch mit dem zweiten Konsiliararzt erzählte die Patientin, sie fürchte, mit Blick auf die lange Dauer der Krankheit, ihr stehe eine bedrückende Zukunft und Vereinsamung bevor. Sie erklärte, dass sie morgens am liebsten im Bett bleiben würde, da ihr doch nichts mehr gelingen wolle. Sie beschrieb ein Gefühl der Zermürbung bei der Verrichtung ihrer alltäglichen Handlungen. Alle Tätigkeiten schienen endlos lang zu dauern. Alle Hobbys hatte sie bereits aufgeben müssen, und auch lesen oder fernsehen

war ihr inzwischen unmöglich, da sie sich nicht mehr konzentrieren konnte. Sie sagte, dass sie sich immer wieder körperlich schlecht und unwohl fühle, ohne dieses Empfinden näher beschreiben zu können. Die Patientin empfand eine generelle Bedrohung, da sie sich in ihrem alltäglichen Leben zermüht fühlte. Ihr Leiden war für sie nahezu unerträglich geworden, was für den Konsiliararzt nachvollziehbar war. Er war der Auffassung, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Die Patientin erklärte, für die Ausführung ihres Ersuchens noch nicht bereit zu sein.

Der zweite Konsiliararzt besuchte die Patientin zwei Wochen vor der Lebensbeendigung ein weiteres Mal, und zwar auf Grund ihrer Bitte um die Durchführung ihres Ersuchens. Er war vom behandelnden Arzt gebeten worden, insbesondere die Willensfähigkeit der Patientin zu beurteilen. Der zweite Konsiliararzt war von der hinreichenden Willensfähigkeit der Patientin überzeugt; er kam zu dem Urteil, dass alle Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Schließlich zog der behandelnde Arzt noch einen unabhängigen klinischen Geriater als dritten Konsiliararzt hinzu. Auch dieser wurde gebeten, die Willensfähigkeit der Patientin in Bezug auf ihren Sterbehilfewunsch zu beurteilen. Der dritte Konsiliararzt untersuchte die Patientin zwei Wochen vor der Lebensbeendigung. In seinem Bericht beschrieb der Geriater, dass die Patientin mehrfach Probleme damit hatte, sich richtig auszudrücken, dass sie ihre Ansichten jedoch hinreichend darlegen konnte. Die Patientin erklärte wiederholt, dass sie keinen Ausweg mehr sehe in Bezug auf ihre Situation und ihr Leben mit der Alzheimer-Krankheit. Sie sah die sechs Jahre, die ihr laut Prognose ungefähr noch bevorstanden, als unerträgliche Last an. Dem dritten Konsiliararzt zufolge konnte die Patientin ihren Wunsch nach Sterbehilfe trotz ihrer Alzheimer-Demenz noch hinreichend begründen. Die Patientin war in der Lage, die Konsequenzen ihrer Entscheidung zu überblicken, und sie war der Auffassung, dass eventuelle Alternativen ihre Lebensqualität nicht verbessern könnten. Der dritte Konsiliararzt konnte keinen Grund feststellen, der der Erfüllung des Sterbehilfewunsches entgegenstünde. Im Hinblick auf ihr Ersuchen um Sterbehilfe war die Patientin willensfähig. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 3 (nicht aufgenommen)

Fall 4 (nicht aufgenommen)

b) Unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung

Der Arzt ist zu der Überzeugung gelangt, dass das Leiden des Patienten unerträglich war und dass für den Patienten keine Aussicht auf Besserung bestand.

Für den Arzt muss das Leiden des Patienten nachvollziehbar sein; dies muss er der Kommission glaubhaft machen. Die Kommissionen sind sich im Klaren darüber, dass dies für den Arzt manchmal problematisch ist und wollen daher in diesem Jahresbericht näher auf die vorliegende Problematik eingehen.

Um verstehen zu können, was „Leiden“ beinhaltet, muss man sich vor Augen führen, dass es sich hierbei, ebenso wie bei Schmerz, Liebe, Hoffnung oder Verzweiflung, um eine komplexe Erfahrung handelt. Es ist ein zentrales Element der menschlichen Existenz, das in der Regel leichter als solches erkannt wird als dass man es mit Worten beschreiben könnte. Eine Beschreibung des Leidens ist denn auch immer eine Rekonstruktion der einzelnen Elemente des Leidens mit dem Ziel, ein möglichst vollständiges Bild zu zeichnen, das auf den Aussagen des leidenden Patienten und auf dem basiert, was man an dem Patienten beobachten kann. In diesem Sinne ist das Leiden eine „intersubjektive Erfahrung“, die in einem bestimmten Maße übertragbar und somit beurteilbar ist. Im Sinne der Ärzteorganisation KNMG wird für eine Beurteilung durch einen Arzt davon ausgegangen, dass das Leiden bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar ist.

Um das Leiden im Zusammenhang mit dem Lebensende begreifen und darüber kommunizieren zu können, verwenden wir für gewöhnlich die Begrifflichkeiten aus dem Bereich „der Mensch in der Medizin“. In diesem Rahmen wird der Mensch als ein körperliches, geistiges, soziales und spirituelles/existentielles Wesen verstanden. Hinsichtlich des Leidens wird je nach Ursache zwischen drei Kategorien unterschieden: Leiden mit körperlicher, psychischer oder existentieller Ursache. Die – bei vergleichbarer Ursache – von den Menschen in ihrem Leiden wahrgenommenen Unterschiede werden als „subjektiv“ beschrieben; von subjektiven Empfindungen wird gemeinhin angenommen, dass sie für ein tieferes Verständnis nicht zugänglich sind. Bei der Reflexion über das Leiden stößt man auf die Grenzen der am häufigsten verwendeten Begrifflichkeiten. Der Begriff des Menschen in der Medizin ist an sich in hinreichendem Maße abstrakt und weit gefasst, um eine Deutung der häufigsten Krankheitssymptome und Verhaltensabweichungen zu ermöglichen. Dennoch ist er zu begrenzt, um ein komplexes Phänomen wie das Leiden mit all seinen wesentlichen Aspekten begreifen zu

können. Die Suche nach einer Definition des Leidens beinhaltet das Beschreiben einer Erfahrung, die eine Bedrohung der unversehrten Existenz und den Verfall oder die Desintegration der Persönlichkeit umfasst. Um das Phänomen des Leidens verstehen zu können, ist außerdem ein Bewusstsein dafür vonnöten, dass jedes Leiden, unabhängig von der Ursache, existentiell ist, da der leidende Mensch ein existentielles Wesen ist. Jedes Leiden wird geistig erlebt und ist in diesem Sinne – auch wenn es eine körperliche Ursache hat – ein psychisches Leiden. Ohne das geistige Erleben ist Leiden nicht möglich. Menschliches Leiden ist deshalb auch nicht „subjektiv“, sondern an ein Subjekt oder eine Person gekoppelt. Es ist also per definitionem persönlich: nicht Körper leiden, Personen leiden.

Zu dem Begriff der „Person“ gehören neben der Körperlichkeit, den psychischen, sozialen und existentiellen Aspekten auch das Verständnis des Menschen als Wesen mit einem Zeitgefühl und mit Zukunftsperspektiven, als Wesen, das aus einem Bedürfnis nach Sinnggebung und Sinnhaftigkeit heraus lebt. Es sind vor allem die letztgenannten Aspekte, etwa der Verlust einer Zukunftsperspektive oder das Empfinden von Sinnlosigkeit, mit denen viele Patienten bei einem Sterbehilfersuchen begründen, warum ihr Leiden für sie unerträglich (geworden) ist.

Die Ergänzungen „ohne Aussicht auf Besserung“ und „unerträglich“ vereinfachen eine Beurteilung zwar nicht, machen sie aber auf keinen Fall unmöglich. Es ist die Gesamtheit all dieser Aspekte des Leidens einer Person, durch die es für diese Person unerträglich wird. Selbstverständlich bleibt die Beurteilung des Leidens eine schwierige Aufgabe. Dennoch zeigt sich bei jeder Meldung immer wieder aufs Neue, dass man einen umfassenden Einblick erhalten kann, auf dessen Grundlage eine Prüfung im Vorfeld und im Nachhinein durchgeführt werden kann.

Zu der Umschreibung „ohne Aussicht auf Besserung“ ist Folgendes anzumerken. Sie beinhaltet mindestens zwei Bedeutungen, die für die Beurteilung des Leidens relevant sind. Zunächst einmal gilt der Zustand eines Patienten als *ohne Aussicht auf Besserung*, wenn jede realistische Behandlungsperspektive fehlt. Die Krankheit, die das Leiden verursacht, ist unheilbar und es besteht auch keine realistische Aussicht auf Linderung der Symptome. Die Aussichtslosigkeit muss vom Arzt festgestellt werden, sie geht aus der Diagnose und der Prognose hervor. Eine „realistische Aussicht“ ist nur dann gegeben, wenn die Besserung, die durch eine palliative oder eine andere Behandlung erreicht werden kann, in einem vernünftigen Verhältnis zu der Belastung steht, die diese Behandlung für den Patienten darstellt. In dieser Bedeutung bezieht sich „ohne Aussicht auf Besserung“ auf die Krankheit und die Symptome. Es gibt aber noch eine andere Bedeutung, die mit der Persönlichkeit des Patienten in Zusammenhang steht. Patienten sprechen von Aussichtslosigkeit, um auszudrücken, dass die Relation zwischen ihren derzeitigen und ihren künftig zu erwartenden Beschwerden für sie nicht mehr tragbar ist und dass sie sich wünschen, dass ihrem Leiden ein Ende gesetzt wird. In diesem Sinne wird die Aussichtslosigkeit zu einem Teil der Unerträglichkeit des Leidens.

Unter anderem aus diesem Grund lässt sich die *Unerträglichkeit* des Leidens schwerer feststellen; schließlich handelt es sich um einen offenen und komplexen Begriff. Leiden wird meist von einer Krankheit verursacht und äußert sich in Symptomen und dem Verlust von Funktionen. In diesem Sinne lässt sich die Unerträglichkeit des Leidens objektiv feststellen. Ob und wann die Symptome und Beschwerden unerträglich werden, hängt letztlich jedoch von dem leidenden Menschen und damit von der einzelnen Person ab. Die Unerträglichkeit des Leidens wird also von der Persönlichkeit des Patienten bedingt, von seiner physischen und psychischen Stärke, die dessen Lebenserfahrung und Biographie ausdrückt sowie von der Art und Weise, wie dieser die Zukunft empfindet. 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 körperliche Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot – jeweils basierend auf den Aussagen des Patienten – oder Empfindungen wie Erschöpfung, zunehmende Abhängigkeit und Verlust der Würde angeführt. Wie bereits erwähnt, ist das Empfinden dieser Symptome und Umstände von Patient zu Patient verschieden, da es von der Persönlichkeit des Patienten abhängt.

Für die Beurteilung seitens der Kommissionen es von zentraler Bedeutung, ob die Unerträglichkeit des Leidens für den behandelnden Arzt und den Konsiliararzt nachvollziehbar war.

Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen

Im Abschnitt „Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen“ wurde bereits dargelegt, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, im Allgemeinen sehr zurückhaltend begegnet werden muss. Auch der Aspekt der Willensfähigkeit wurde bereits erörtert. Darüber hinaus stellt sich bei Demenzpatienten die spezifische Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Ist sich ein Patient über seine Krankheit und seine Aussichten im Klaren, kann ein großer, aktuell empfundener Leidensdruck entstehen. In diesem Zusammenhang stellt die „Angst vor zukünftigem Leiden“ eine reelle

Einschätzung der zu erwartenden fortschreitenden Verschlechterung des Zustands dar. Auch hier gilt, dass die spezifischen Umstände der Situation entscheidend dafür sind, ob das unerträgliche Leiden des Patienten für den Arzt nachvollziehbar ist.

Auch bei Patienten, die im Koma liegen, ist das Thema „Unerträglichkeit des Leidens“ relevant. In Medizinerkreisen wird im Allgemeinen angenommen, dass ein Patient im (tiefen) Koma nicht bei Bewusstsein ist, nicht leidet und somit auch nicht unerträglich leidet. Zum Vergleich: Wird ein Patient zur Linderung unerträglicher Symptome sediert, besteht das Ziel der Behandlung im Herbeiführen der Bewusstlosigkeit des Patienten, da dann auch kein Bewusstsein für das Leiden mehr vorhanden ist. Fälle von Sterbehilfe bei komatösen Patienten werfen bei den Kommissionen für gewöhnlich Fragen auf. Die Kommissionen prüfen dann die spezifischen Tatsachen und Umstände. Auf dieser Grundlage kann eine Kommission in einem solchen Fall dennoch zu der Überzeugung gelangen, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt worden ist. Das Urteil hängt von folgenden Erwägungen ab. Bei Patienten im soporösen – also nicht komatösen – Zustand kann der Arzt aufgrund äußerlich wahrnehmbarer Anzeichen von Leiden zu dem Schluss kommen, dass der Patient unerträglich leidet. Trotz dieses „Beurteilungsspielraums“ in Bezug auf komatöse und soporöse Patienten vertreten die Kommissionen die Auffassung, dass Ärzte bei der Sterbehilfe in Fällen, in denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, besondere Zurückhaltung üben müssen.

Die Lebensbeendigung bei Patienten, die nicht mehr ansprechbar sind, wird manchmal durch Zusagen des Arztes kompliziert, bei denen der mögliche Eintritt eines Komas nicht berücksichtigt wurde. Ein Arzt, der eine solche Zusage gemacht hat, sich dann aber mit einer unvorhergesehenen Änderung der Lage konfrontiert sieht, wodurch das Leiden des Patienten nicht mehr als unerträglich einzustufen ist, etwa weil dieser spontan ins Koma gefallen ist, befindet sich in einem Dilemma: Auf der einen Seite hat er dem Patienten gegenüber eine Zusage gemacht, auf der anderen Seite ist der Zustand des unerträglichen Leidens nicht mehr gegeben. Es kann auch vorkommen, dass die Familie des Patienten den Arzt in einer solchen Situation auf sein Versprechen hinweist und auf die Durchführung der Lebensbeendigung drängt, wodurch sich der Arzt moralischem Druck ausgesetzt sieht. Daher empfehlen die Kommissionen, Ärzte sollten von uneingeschränkten Zusagen gegenüber den Patienten absehen und diese auf die Möglichkeit eines eintretenden Komas hinweisen, wodurch das Verfahren der Lebensbeendigung auf Verlangen grundsätzlich nicht mehr durchgeführt werden kann.

In der Praxis kommt es vor, dass der behandelnde Arzt einen Kollegen konsultiert, der der Meinung ist, dass das Leiden zum Zeitpunkt der Konsultation noch nicht unerträglich ist. In der Regel erklärt der Konsiliararzt dann allerdings auch, dass das Leiden durch die weitere Verschlechterung des Zustands innerhalb eines bestimmten Zeitraums unerträglich werden kann. In einem solchen Fall empfiehlt es sich, einen weiteren Kontakt zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt zu vereinbaren; der Arzt sollte die Kommission hiervon in Kenntnis setzen. Im Abschnitt „Hinzuziehung eines Konsiliararztes“ wird dies näher erläutert.

Palliative Sedierung

Im Zusammenhang mit der Unerträglichkeit des Leidens muss außerdem auf die palliative Sedierung eingegangen werden. Dabei wird der Patient in einen Zustand verminderten Bewusstseins versetzt, um ihn in der letzten Lebensphase von seinem unbehandelbaren Leiden zu befreien. Eine palliative Sedierung kann nur dann vorgenommen werden, wenn ein baldiger Eintritt des Todes erwartet wird⁸.

Dass die Möglichkeit einer palliativen Sedierung gegeben ist, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass sich die Bitte um Sterbehilfe erledigt hat. Das liegt zum einen daran, dass die palliative Sedierung bei unerträglich leidenden Patienten mit einer längeren Lebenserwartung nicht der geeignete Weg zur Linderung ihres Leidens ist. Das gilt beispielsweise für Patienten mit Multipler Sklerose, einer Herzinsuffizienz oder einer schweren Lungenerkrankung, deren Leiden unerträglich sein kann, die sich aber nicht in einer terminalen Phase der Krankheit befinden.

In derartigen Fällen kann die Unerträglichkeit des Leidens unter anderem von der Aussichtslosigkeit des Zustands im Hinblick auf die zu erwartende Dauer dieses Zustands abhängen.

Auf der anderen Seite gibt es auch Patienten, die eine palliative Sedierung ausdrücklich ablehnen, da sie bis zum Ende bei Bewusstsein bleiben möchten.

Fall 5 (nicht aufgenommen)

Fall 6 (nicht aufgenommen)

⁸ Siehe die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung, Dezember 2005.

Fall 7 (nicht aufgenommen)

Fall 8 (nicht aufgenommen)

Fall 9 (nicht aufgenommen)

c) Patientenaufklärung

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 Behandlungsmöglichkeiten und die Prognosen im Bilde sein.

Verantwortlich für die Aufklärung des Patienten ist der Arzt. Er muss auch überprüfen, ob die Aufklärung 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 realen Ausweg mehr gibt, sodass Sterbehilfe die einzige noch in Frage kommende Lösung ist. An vorderster Stelle stehen die Pflege und die Behandlung des Patienten sowie die Linderung des Leidens und nach Möglichkeit die Befreiung davon, auch wenn feststeht, dass es keine therapeutischen Möglichkeiten mehr gibt oder wenn der Patient keine (weitere) Therapie wünscht. Bei Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende steht eine gute palliativmedizinische Behandlung im Vordergrund. Das heißt aber nicht, dass der Patient jeder möglichen palliativmedizinischen Behandlung zustimmen muss. Einem Patienten, dessen Leiden unerträglich ist und für den keine Aussicht auf Besserung besteht, steht es frei, eine palliativmedizinische Behandlung oder Pflege abzulehnen. Die Ablehnung einer Behandlung muss zwischen Arzt und Patient ausführlich besprochen werden.

Bei einer solchen Ablehnung kann es eine Rolle spielen, dass bestimmte palliativmedizinische Behandlungen Nebenwirkungen haben, die für den Patienten schwer zu ertragen und/oder nicht hinnehmbar sind; der Nutzen der Behandlung wiegt dann die damit verbundenen Nachteile nicht auf.

Manche Patienten lehnen eine weitergehende palliativmedizinische Behandlung in Form einer Erhöhung der Morphindosis ab, weil sie befürchten, apathisch zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren, was sie unter keinen Umständen wollen. Mit diesen Patienten muss im Rahmen einer umfassenden Aufklärung darüber gesprochen werden, ob ihre Angst begründet ist, weil die auftretende Benommenheit und die Verwirrung in der Regel von kurzer Dauer sind.

Da Arzt und Patient bei derartigen Fragen gemeinsam zu einer Entscheidung gelangen, wird von dem Arzt erwartet, dass er in seinem von der Kommission zu beurteilendem Bericht darlegt, warum eventuelle andere Lösungen für den Patienten nicht vertretbar oder annehmbar waren.

e) Hinzuziehung eines Konsiliararztes

Der Arzt hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen, der den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat.

Es wird verlangt, dass ein zweiter, unabhängiger Arzt den Patienten sieht und eine schriftliche Stellungnahme zu der Frage vorlegt, ob die Sorgfaltskriterien erfüllt sind. Dieser Arzt muss als Konsiliararzt ein selbstständiges und unabhängiges Urteil abgeben.

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

Ein 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 befassen, bei denen sich die Ärzte nicht zusammengeschlossen haben, um gemeinsam Patienten zu behandeln, sondern nur um die Infrastruktur miteinander zu 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, da diese Informationen für gewöhnlich nicht vorab erteilt werden. In Zweifelsfällen werden die Kommissionen daher immer um nähere Informationen bitten, wenn der Arzt und der Konsiliararzt einer solchen Gemeinschaftspraxis angehören.

Der Eindruck der fehlenden Unabhängigkeit kann auch dann entstehen, wenn die gleichen Ärzte regelmäßig einmal in der Funktion des behandelnden Arztes, dann wieder in der Funktion des Konsiliararztes auftreten und es sich gewissermaßen um eine kontinuierliche Zusammenarbeit handelt. Das kann zu einer unerwünschten Situation und zu berechtigten Fragen bezüglich der Unabhängigkeit des Arztes führen.

Eine solche Situation lag in Fall 10 vor. Hier hat die Kommission sowohl dem behandelnden Arzt als auch dem Konsiliararzt explizit darauf hingewiesen, dass sich diese Form der Zusammenarbeit nicht wiederholen dürfe. Angesichts der Aussagen des behandelnden Arztes und des Konsiliararztes, von dieser Art der Zusammenarbeit künftig abzusehen, und mit Blick auf die von ihnen gezeigte Einsicht kam die Kommission in diesem Fall zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt wurden. Die Kommissionen sind der Auffassung, dass es die Unabhängigkeit des Urteils des Konsiliararztes gefährdet, wenn immer der gleiche Kollege vom behandelnden Arzt konsultiert wird. Der Eindruck fehlender Unabhängigkeit ist grundsätzlich zu vermeiden.

Es kann auch vorkommen, dass der meldende Arzt und der Konsiliararzt einander kennen, etwa aufgrund privater Kontakte oder weil sie derselben Intervisionsgruppe angehören. Private Verbindungen bedeuten nicht automatisch, dass ein Arzt nicht mehr zu einem unabhängigen Urteil kommen kann; der Eindruck fehlender Unabhängigkeit könnte aber dennoch entstehen. Professionelle Verbindungen über eine Intervisionsgruppe erwecken nicht notwendigerweise den Eindruck nicht vorhandener Unabhängigkeit. Hier hängt es von den in der Intervisionsgruppe bestehenden Umständen ab, ob dieser Sachverhalt einer unabhängigen Beurteilung seitens des Konsiliararztes im Wege steht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt der Situation bewusst sind und sich den Kommissionen gegenüber hierzu äußern.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten gilt, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben darf. In Fall 11 wurde die Unabhängigkeit des Konsiliararztes in Frage gestellt, da dieser mit dem Ehemann der Patientin verwandt war. Die Kommission kam denn auch in diesem Fall zu dem Urteil, dass der Arzt nicht als unabhängiger Konsiliararzt anzusehen sei.

Das Kriterium der Unabhängigkeit ist nicht nur in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e Sterbehilfegesetz festgeschrieben, sondern findet sich auch in dessen Entstehungsgeschichte. Darin wird an verschiedenen Stellen explizit erwähnt, dass der Arzt, der die Erfüllung eines Ersuchens um Sterbehilfe erwägt, einen unabhängigen Kollegen konsultieren muss.

Im Rahmen der Behandlung des Gesetzentwurfes im Abgeordnetenhaus (Zweite Kammer, Sitzungsjahr 1999–2000, 26 691, Nr. 6, S. 16) wird die Konsultation eines unabhängigen Arztes als Garantie für eine größtmögliche Sorgfalt und Vollständigkeit bei der Abwägung des Arztes betrachtet. In dieser Behandlung (ebd., S. 60) wird dargelegt, dass auch für Konsultationen im Krankenhaus gilt, dass der konsultierte Arzt dem behandelnden Arzt (und auch dem Patienten) gegenüber unabhängig sein muss.

Ebenso wird in der Stellungnahme des Verbandsvorstands der KNMG zur Sterbehilfe aus dem Jahr 2003 (S.15) explizit darauf hingewiesen, dass die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes gewährleistet sein muss. Dem Verbandsvorstand zufolge bedeutet dies, dass eine Person, die mit dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis oder Partnergesellschaft, als Assistenzarzt, Familienmitglied oder anderweitig über eine Abhängigkeitsbeziehung verbunden ist, grundsätzlich nicht als formaler Konsiliararzt auftreten kann. Auch der Eindruck einer Abhängigkeit ist dieser Stellungnahme zufolge zu vermeiden.

Auch in Fall 12 konnte der Konsiliararzt nicht als unabhängig betrachtet werden, da er den Patienten bereits im Zuge einer Vertretung kennengelernt hatte. Die Kommission war der Ansicht, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. In die Beurteilung der Kommission floss die vom behandelnden Arzt und vom Konsiliararzt während der Kommissionssitzung gemachte Aussage ein, man sei sich der nicht gegebenen Unabhängigkeit gegenüber dem Patienten bewusst gewesen. Dennoch war der Vertretungsarzt als Konsiliararzt aufgetreten. Darüber hinaus hatten beide Ärzte ausgesagt, sie würden in einer vergleichbaren Situation wieder genau so handeln.

Zur Beurteilung der Meldung ist der schriftliche Bericht⁹ des Konsiliararztes von großer Bedeutung. Dieser Bericht, in dem dargelegt wird, in welcher Situation sich der Patient zum Zeitpunkt des Besuchs befand und auf

⁹ Die Checkliste für den Konsiliarbericht bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung kann als Richtschnur dienen und ist unter www.toetsingscommissieseuthanasie.nl abrufbar.

welche Art und Weise er sich zu seiner Lage und seinen Wünschen äußerte, hilft den Kommissionen dabei, sich ein Bild von dem Fall zu verschaffen.

Der Konsiliararzt beurteilt die unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien. Außerdem sollte er explizit auf seine Beziehung zum behandelnden Arzt und zum Patienten eingehen.

Der Konsiliararzt ist für seinen eigenen Bericht verantwortlich. Die Verantwortung für die Einhaltung der Sorgfaltskriterien und die Durchführung der Lebensbeendigung trägt aber der behandelnde Arzt. Im Falle einer Differenz zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt muss letztlich der behandelnde Arzt eine Entscheidung treffen, wobei er das Urteil des Konsiliararztes nachdrücklich in seine Erwägungen einbeziehen muss. 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. 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. Findet der Besuch des Konsiliararztes in einem frühen Stadium statt und kommt dieser zu dem Schluss, dass das Leiden noch nicht unerträglich ist bzw. dass noch kein konkreter Wunsch zur Durchführung der Sterbehilfe vorliegt, heißt das in der Regel, dass ein zweiter Besuch bei dem Patienten erforderlich ist. Wenn der Konsiliararzt erklärt hat, dass das Leiden des Patienten wahrscheinlich schon sehr bald unerträglich sein wird, und wenn er außerdem dargelegt hat, worin dieses Leiden seiner Meinung nach bestehen wird, ist eine zweite Konsultation im Prinzip nicht notwendig. Dennoch kann auch in einer solchen Situation ein (telefonisches) Gespräch zwischen Arzt und Konsiliararzt empfehlenswert sein. Zieht sich der Verlauf hin oder sind die Entwicklungen weniger eindeutig vorhersehbar, wird ein zweiter Besuch des Konsiliararztes bei dem Patienten erforderlich sein.

Gab es zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt einen weiteren Kontakt oder hat der Konsiliararzt den Patienten noch einmal besucht, ist es wichtig, dass der Arzt dies in seiner Meldung erwähnt.

Im Rahmen des Projekts „Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden“ (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland/SCEN) werden Ärzte zu Konsiliarärzten ausgebildet. In der Mehrheit der Fälle wird ein sogenannter SCEN-Arzt als zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen. SCEN-Ärzte haben auch eine unterstützende Funktion, beispielsweise indem sie beratend tätig sind.

Fall 10 (nicht aufgenommen)

Fall 11 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Der Konsiliararzt war mit dem Ehemann der Patientin verwandt und damit nicht unabhängig gegenüber der Patientin. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Bei einer Patientin in der Altersklasse 50 bis 60 Jahre wurde im Sommer 2006 ein Karzinoid diagnostiziert. Die Patientin wurde chirurgisch behandelt. Eine Heilung war nicht möglich; das Leiden der Patientin war unerträglich.

Als Konsiliararzt wurde ein Facharzt hinzugezogen. Nachdem dieser vom behandelnden Arzt über die Lage unterrichtet worden war, besuchte er die Patientin einen Tag vor der Lebensbeendigung sowie am eigentlichen Tag der Sterbehilfe. Laut Bericht des Konsiliararztes hatte die Patientin zum Zeitpunkt der Diagnose den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert, sollte eine Heilung nicht möglich sein. Sowohl vor als auch nach einer zweiten Operation bekräftigte die Patientin ihren Wunsch bei vollem Bewusstsein.

Da der schriftliche Bericht des behandelnden Arztes Fragen seitens der Kommission aufgeworfen hatte, wurde der Arzt um eine mündliche Erläuterung gebeten. Der Bericht erweckte den Eindruck, der Sterbehilfeprozess sei mit großer Eile vorangetrieben worden; außerdem bestand Unklarheit über die Rolle des behandelnden Arztes und des Konsiliararztes. Der Arzt kam der Aufforderung nach einer mündlichen Erläuterung nach.

Der Arzt beschrieb die Krankengeschichte der Patientin wie folgt. 2006 entwickelte die Patientin Bauchbeschwerden. Der Arzt, der die Patientin bereits seit langer Zeit kannte, behandelte sie als Internist. Nach der Diagnosestellung wurde die Patientin operiert. Die Patientin erklärte, sie hoffe auf eine Besserung ihres Zustands; sollte diese jedoch nicht möglich sein, bitte sie um Sterbehilfe. Sie wolle nicht „bis zum bitteren Ende durchhalten“ müssen. Der Arzt versprach ihr, er werde sie nicht im Stich lassen.

Ende 2006 verschlimmerten sich die Beschwerden der Patientin enorm, woraufhin sie erneut ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Sie wurde ein weiteres Mal operiert. Die Patientin äußerte nachdrücklich ihren Wunsch, nicht mehr aufwachen zu wollen, sollte sich der Tumor als inoperabel herausstellen. Die Operation ergab eine infauste Prognose. Dennoch erwachte die Patientin aus der Narkose; der Arzt fand sie im Kreise ihrer Familie vor. Auch der Konsiliararzt war inzwischen eingetroffen. Dieser war ein Neffe des Ehemanns der Patientin und damit nicht unabhängig. Dem behandelnden Arzt zufolge war der Konsiliararzt hinzugezogen worden, da an diesem Arzt kein SCEN-Arzt verfügbar war.

Die Patientin gab eindeutig zu verstehen, dass sie in diese Situation nicht hatte geraten wollen und äußerte ihre sehr wohlüberlegte Bitte um Sterbehilfe. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass das Leiden der Patientin ihrem zuvor geäußerten Wunsch zuwiderlief. Er verfasste am Tag nach der Sterbehilfe einen Bericht, äußerte jedoch darüber hinaus dem behandelnden Arzt gegenüber mündlich seine Meinung.

Nach Rücksprache mit dem Assistenzarzt im Krankenhaus wurde entschieden, die Patientin nach Hause zu entlassen. Dort leistete der Arzt der Patientin im Beisein ihrer nächsten Angehörigen Sterbehilfe.

Der Prozess der Sterbehilfe hatte sich insgesamt zwar schnell vollzogen, entsprach jedoch vollkommen dem Wunsch der Patientin. Ihr war mehrfach versprochen worden, dass sie nicht unerträglich würde leiden müssen. Während des Krankheitsverlaufs hatte die Patientin ausführlich erläutert, was sie wünschte und was nicht. Der Arzt hatte sich nach reiflicher Überlegung dazu entschieden, die Sterbehilfe zu leisten, obwohl er sich darüber im Klaren war, dass nicht alles streng nach Vorschrift verlaufen war.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Fakten und Umstände und der mündlichen Erläuterung des Arztes war die Kommission der Meinung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass die Patientin ihre Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

In Bezug auf das unerträgliche Leiden und den aussichtslosen Zustand hat die Kommission Folgendes erwogen. Die Patientin hatte vor dem Eingriff klar und wiederholt betont, dass sie – sollte sich ihre Krankheit als inoperabel herausstellen – nicht mehr aus der Narkose erwachen wolle. Der Arzt wusste um den nachdrücklich geäußerten Wunsch der Patientin. Diesem Wunsch wurde von den an der Operation beteiligten Personen nicht entsprochen. Die Patientin und ihre Familie waren davon ausgegangen, dass ihr Ersuchen um Sterbehilfe erfüllt werden würde. Die Kommission hatte Verständnis dafür, dass die an der Operation beteiligten Personen dem Ersuchen der Patientin nicht entsprechen konnten.

Der operierende Arzt hätte der Patientin gegenüber deutlich machen sollen, dass man ihrem Wunsch auf diesem Wege nicht entsprechen konnte. So hätte man bei der Patientin und ihren Angehörigen keine falschen Hoffnungen geweckt.

Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden der Patientin nach der Operation für sie unerträglich und ihr Zustand aussichtslos war.

Im Hinblick auf die Hinzuziehung eines unabhängigen Arztes hat die Kommission folgende Überlegungen angestellt.

Als Konsiliararzt ist ein Arzt aufgetreten, der mit dem Ehemann der Patientin verwandt ist.

Die Patientin befand sich in einem beklagenswerten Zustand. Sie musste nach Hause verbracht werden, wo – angesichts ihrer Situation – unmittelbar Sterbehilfe geleistet werden sollte. An dem betreffenden Tag hätte die Einschaltung eines unabhängigen Konsiliararztes sicherlich eine gewisse Zeit in Anspruch genommen.

Unter diesen Umständen schien es dem Arzt und dem Konsiliararzt das beste zu sein, dass der Konsiliararzt einen kurzen Bericht verfasste, in dem er bestätigte, dass die Patientin unerträglich litt und ihr Zustand aussichtslos war und dass sie ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte.

Die Kommission konnte jedoch die Augen nicht vor der Tatsache verschließen, dass der Konsiliararzt ein Neffe des Ehemanns der Patientin ist und somit – obwohl es nachvollziehbare Gründe für das Vorgehen der Ärzte gab – nicht als unabhängiger Konsiliararzt angesehen werden kann.

Aufgrund dieser Feststellung musste die Kommission zu dem Urteil gelangen, dass in diesem Fall das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht erfüllt worden war. Somit hatte der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Die Kommission merkte an, man sei insbesondere aufgrund der ausführlichen Erläuterungen des behandelnden Arztes davon überzeugt, dass die Betroffenen (sowohl der behandelnde Arzt als auch der Konsiliararzt) – angesichts der Situation, in der sie sich befanden und der gegenüber der Patientin von Anfang an gemachten Zusagen – mit den besten Absichten gehandelt haben.

Obwohl die Kommission Verständnis für das Handeln der Ärzte hatte, galt es festzustellen, dass, gerade im Hinblick auf die prekäre Situation, ein unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen hätte werden müssen, und nicht ein Verwandter des Ehemanns der Patientin, der zufällig zu Besuch war. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Der Fall wurde an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet. Die Staatsanwaltschaft hat das Verfahren eingestellt. Die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen hat ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt und dem Konsiliararzt geführt und die Akte geschlossen.

Fall 12 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Der Konsiliararzt hatte den Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt behandelt und konnte somit nicht als unabhängig betrachtet werden. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Bei einem männlichen Patienten in der Altersklasse 50 bis 60 Jahre war Mitte 2006 ein metastasierendes Melanom festgestellt worden. Für den Patienten gab es keine Aussicht auf Besserung, sein Leiden war unerträglich. Anfang 2007 hat der Patient erstmals konkret um eine Lebensbeendigung gebeten. Der Konsiliararzt hat – bevor er als Konsiliararzt auftrat – den Patienten einige Tage vor der Lebensbeendigung ein Mal als Vertretungsarzt gesehen. Am Tag der Lebensbeendigung besuchte er den Patienten dann noch einmal, diesmal in seiner Funktion als Konsiliararzt. Er konnte dem Ersuchen des Patienten zustimmen. Die Kommission bat den Arzt um eine nähere schriftliche Erläuterung der Tatsache, dass er einen Konsiliararzt hinzugezogen hatte, der den Patienten bereits im Rahmen einer Vertretung behandelt hatte. Er sollte erklären, warum er keinen SCEN-Arzt konsultiert hatte.

In seinem Schreiben legte der behandelnde Arzt dar, ihm befremde die Annahme, ein Konsiliararzt, der den Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt behandelt hatte, könne nicht zu einem unabhängigen Urteil kommen. Darüber hinaus erklärte er, er habe keinen SCEN-Arzt hinzugezogen, da er damit in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht habe. Damals sei bei ihm der Eindruck entstanden, der SCEN-Arzt habe die Rolle des behandelnden Arztes übernehmen wollen. Außerdem war er der Ansicht, ein Konsiliararzt müsse eine untergeordnete Rolle spielen und es vermeiden, die Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten zu beeinträchtigen.

Auch der Konsiliararzt wurde um eine nähere schriftliche Erläuterung gebeten; darin sollte er darlegen, wie er in dem vorliegenden Fall zu dem Schluss hatte kommen können, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Der Konsiliararzt kam der wiederholten Aufforderung der Kommission, ihr einen detaillierteren Bericht vorzulegen, nicht nach.

Der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt wurden aufgefordert, den betreffenden Fall vor der Kommission gemeinsam mündlich zu erörtern. Einen Tag vor der Kommissionssitzung übermittelte der Konsiliararzt der Kommission eine nähere Erläuterung seines sehr knappen Berichts per Fax. Doch trotz dieser Erläuterung blieb der Kommission unklar, warum der behandelnde Arzt einen Konsiliararzt hinzugezogen hatte, der den Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt behandelt hatte.

In der Kommissionssitzung sagte der Konsiliararzt, er sei der Meinung, ein kurzes Schreiben mit seinem Urteil über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien reiche aus. Seiner Ansicht nach sei eine genauere Begründung nicht notwendig; wenn er erkläre, die Sorgfaltskriterien seien eingehalten worden, „dann sei das auch so“. So erachtete er es beispielsweise auch als überflüssig, eine Checkliste zu verwenden, wie sie im Rahmen des SCEN-Projekts erstellt worden ist. Da die Kommission wiederholt um eine Erläuterung seinerseits gebeten hatte, hatte er dem schließlich Folge geleistet.

Im Laufe des Gesprächs erzählte der behandelnde Arzt, dass er selbst auch nicht der Hausarzt des Patienten gewesen sei, dieser sei im Urlaub gewesen. Er hatte den Patienten jedoch bereits als Vertretungsarzt mehrfach behandelt und der Patient hatte erklärt, dass er von ihm behandelt werden wolle, sollte sein Hausarzt nicht verfügbar sein. Der Arzt kannte den Patienten bereits seit einem Jahr.

Der Konsiliararzt hatte den Patienten im Rahmen einer Vertretung besucht (für den behandelnden Arzt, der wiederum selbst den Hausarzt des Patienten vertrat), da sich der Zustand des Patienten verschlechterte. In seiner Funktion als Vertretungsarzt stellte er fest, dass die Möglichkeiten der palliativen Behandlung ausgeschöpft waren. Zu diesem Zeitpunkt bat ihn der Patient auch um Sterbehilfe. Als Vertretungsarzt machte er dem Patienten deutlich, dass er sich damit an seinen behandelnden Arzt wenden müsse.

Als der behandelnde Arzt anschließend den Sterbehilfeprozess einleitete, bat er ganz bewusst seinen Vertretungsarzt darum, als Konsiliararzt aufzutreten. Er fand, dass dies die Situation vereinfache, da der Vertretungsarzt den Patienten schließlich bereits kannte. Der Konsiliararzt bestätigte dies und erklärte, dass er sollte er noch einmal in eine ähnliche Situation geraten, wieder genau so handeln würde. Schließlich war es für ihn offensichtlich, dass sich der Zustand des Patienten innerhalb weniger Tage verschlechtert hatte, was ein anderer Konsiliararzt nicht hätte feststellen können.

Der behandelnde Arzt wurde gefragt, ob er erwogen hätte, die Rückkehr des Hausarztes des Patienten abzuwarten. Er antwortete, dass ihm dies angesichts des Zustands des Patienten nicht möglich gewesen sei. Man habe einfach nicht länger warten können. Der Patient hatte auch bereits seinem Hausarzt gegenüber den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert.

Der Konsiliararzt sagte aus, er sei sich darüber im Klaren gewesen, dass er nicht als Konsiliararzt hätte auftreten dürfen, da er den Patienten als Vertretungsarzt behandelt hatte. Er habe sich jedoch bewusst dafür entschieden, es dennoch zu tun.

Im Hinblick auf die Hinzuziehung eines unabhängigen Arztes hat die Kommission Folgendes erwogen. Der behandelnde Arzt hatte bewusst einen Kollegen als Konsiliararzt hinzugezogen, der den Patienten bereits im Rahmen einer Vertretung behandelt hatte. Auch der Konsiliararzt war sich darüber im Klaren, dass er aufgrund seines Kontaktes mit diesem Patienten als Vertretungsarzt einige Tage zuvor nicht als unabhängiger Konsiliararzt hätte auftreten dürfen.

Der behandelnde Arzt lehnte es ab, einen SCEN-Arzt zu konsultieren, da er damit in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht hatte. Eine andere Möglichkeit in Bezug auf die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes hatte er nicht erwogen. Obgleich sowohl der behandelnde Arzt als auch der

Konsiliararzt über die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien im Bilde waren, haben sie ganz bewusst wie vorstehend beschrieben gehandelt.

Darüber hinaus erklärten beide Ärzte im Gespräch mit der Kommission, nach wie vor vollkommen hinter ihrer Vorgehensweise zu stehen und dass sie in der Zukunft wieder genau so handeln würden.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes in der vorliegenden Situation noch unverzichtbarer gewesen sei, da der behandelnde Arzt bereits selbst als Vertretung für den Hausarzt des Patienten auftrat.

Auch die Einstellung beider Ärzte, in einer vergleichbaren Situation wieder genau so handeln zu wollen, erschien der Kommission bedenklich.

Angesichts der Tatsache, dass der Konsiliararzt in diesem Fall nicht unabhängig gewesen war, kam die Kommission zu dem Urteil, dass das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht eingehalten worden war.

Der Fall wurde an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet. Die Staatsanwaltschaft hat verlauten lassen, man sehe keinen Grund für eine Strafverfolgung.

f) Medizinisch sorgfältige Durchführung

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

Bei der Durchführung einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung werden, was die Methode, die Mittel und ihre Dosierung angeht, grundsätzlich die Empfehlungen¹⁰ der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) befolgt. Den Empfehlungen zufolge sollte zunächst ein komaauslösendes Mittel verabreicht werden, anschließend ein Mittel, das die Muskelaktivität ausschaltet. Dabei empfiehlt die KNMP die Verwendung der sogenannten Mittel der ersten Wahl, mit denen die meisten Erfahrungen gesammelt wurden. Als Alternativlösung (für Notfälle) werden Mittel der zweiten Wahl empfohlen. Außerdem wird von der Verwendung bestimmter Mittel für die Herbeiführung eines Komas abgeraten. Es wird also unterschieden zwischen Mitteln der ersten und Mitteln der zweiten Wahl sowie Mitteln, von deren Verwendung abgeraten wird. In Fällen, in denen ein Arzt nicht die Mittel der ersten Wahl verwendet, kann dies eingehendere Fragen seitens der Kommissionen nach sich ziehen. Eine nähere Erläuterung ist für die Kommissionen relevant, um die Erwägungen des Arztes hinsichtlich der verwendeten Methode, Mittel und Dosierung beurteilen zu können. Die Verwendung von Mitteln der zweiten Wahl muss nicht immer falsch sein, jedoch handelt es sich um Mittel, mit denen man nach aktuellem Kenntnisstand weniger oder schlechtere Erfahrungen gesammelt hat.

In den von den Kommissionen beurteilten Fällen werden – entgegen den Empfehlungen – bei der Herbeiführung eines Komas immer häufiger Midazolam oder Kombinationen mit Opiaten verwendet. Die Kommissionen halten dies für weniger wünschenswert und empfehlen die Verwendung von Mitteln mit erwiesener komaauslösender Wirkung. Die Wirkung von Benzodiazepinen ist nicht in allen Fällen hinreichend belegt. Der Einsatz von Mitteln, deren Verwendung nicht empfohlen wird, kann für den Patienten und auch für bei der Lebensbeendigung anwesende Angehörige äußerst unangenehme Folgen haben, die sich mit der Verwendung geeigneter Mittel vermeiden lassen.

In einigen von den Kommissionen beurteilten Fällen kam Dormicum als Prämedikation zum Einsatz, bevor die Lebensbeendigung ausgeführt wurde. Für die Herbeiführung des Komats wurden dann allerdings die vorgeschriebenen Mittel verwendet. Gegen den Einsatz eines Mittels wie Dormicum als Prämedikation ist dann nichts einzuwenden. Für den Arzt empfiehlt es sich, vor der Durchführung der Lebensbeendigung mit dem Patienten und den Angehörigen darüber zu sprechen, wie das zu verwendende Mittel wirkt. Unter Beachtung der Empfehlungen der KNMP sollten die individuellen Wünsche des Patienten berücksichtigt werden.

In Fall 13 verabreichte der Arzt dem Patienten ein komaauslösendes Mittel (Thiopental), woraufhin die Atmung des Patienten sofort unregelmäßig wurde und nach 5 Minuten ganz aussetzte. Ein Medikament zur Muskelentspannung verabreichte der Arzt nicht mehr. Angesichts der Tatsache, dass dieses Mittel ein derart tiefes Koma auslösen, die Reflexe ausschalten und damit sogar zum Tod führen kann, sowie der Tatsache, dass die Atmung des Patienten sofort unregelmäßig wurde und nach 5 Minuten ganz aussetzte, urteilte die Kommission, dass das Vorgehen des Arztes, diese Wirkung abzuwarten und nicht sofort ein Medikament zur Muskelentspannung zu verabreichen, angemessen war.

Bei der Sterbehilfe, also der Lebensbeendigung auf Verlangen, 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 Barbiturat¹¹. Der Arzt muss dann so lange bei dem Patienten bleiben, bis der Tod eingetreten ist. Er darf

¹⁰ Standaard Euthanatica: Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007

¹¹ Meist 100 ml Flüssigkeit mit 9 Gramm Pentobarbital-Natrium oder Secobarbital-Natrium.

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 aktiv Sterbehilfe leisten. Außerdem könnten Dritte gefährdet werden, wenn die gefährlichen Substanzen ohne ärztliche 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 Fall 14 wurde die Lebensbeendigung von einem in der Ausbildung befindlichen Hausarzt vorgenommen. Die Kommission hat in diesem Fall zusätzliche Fragen gestellt. Mit Blick auf die Begleitung, die der Arzt in der Ausbildung von einem in der gleichen Praxis tätigen Hausarzt erhielt, und insbesondere angesichts der Tatsache, dass dieser Hausarzt auch bei der Lebensbeendigung anwesend war, kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt medizinisch sorgfältig gehandelt hatte.

In der Praxis kommt es vereinzelt vor, dass bei einem Arzt Unklarheit über seine Rolle bei der Sterbehilfe besteht.

Wenn beispielsweise ein Sterbehilfefall von einem Arzt gemeldet wird, der die Sterbehilfe nicht selbst durchgeführt hat, muss der durchführende Arzt die Meldung nachträglich unterschreiben; er gilt für die Kommissionen dann als meldender Arzt.¹²

Fall 13 (nicht aufgenommen)

Fall 14 (nicht aufgenommen)

¹² Siehe Artikel 3 Absatz 1 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

Kapitel III

AUFGABEN DER KOMMISSIONEN

GESETZLICHER RAHMEN

Die Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe bei der Selbsttötung sind in den Niederlanden nach Artikel 293 und 294 des Strafgesetzbuches strafbar, es sei denn, sie werden von einem Arzt ausgeführt, der die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien einhält und sein Handeln dem örtlichen Leichenschauer meldet. Erfüllt der Arzt diese beiden Auflagen, macht er sich also durch die geleistete Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung nicht strafbar. In die vorgenannten Strafgesetzbuchartikel wurde dies als besonderer Strafausschließungsgrund aufgenommen.

Die Sorgfaltskriterien sind im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) niedergelegt; die Meldepflicht ist im Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen verankert.

Darüber hinaus gibt es nach dem Sterbehilfegesetz Regionale Kontrollkommissionen (im Weiteren: Kommissionen), die die Aufgabe haben, Meldungen von Fällen der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung zu prüfen. Auf der Grundlage dieses Gesetzes führen die Kommissionen ihre Hauptaufgabe aus, nämlich die Prüfung der Meldungen und die Beurteilung der Einhaltung der gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien durch den Arzt. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verabreicht der Arzt dem Patienten die Sterbemittel; bei der Hilfe bei der Selbsttötung stellt er die Mittel bereit, die der Patient dann selbst einnimmt.

Rolle der Kommissionen

Hat ein Arzt Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet, meldet er dies dem örtlichen Leichenschauer. Dieser Meldung fügt er einen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien hinzu¹³. Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise und unter Verabreichung welcher Mittel das Leben beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ist. Er legt dem Bericht die Erklärung des Konsiliararztes und – sofern vorhanden – die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei.

Er meldet die Lebensbeendigung der Kommission und schickt die obligatorischen sowie weitere relevante, gegebenenfalls vom Arzt vorgelegte Unterlagen, z. B. Patiententagebuch und Facharztberichte, mit. Nachdem die Unterlagen bei der Kommission eingegangen sind, erhalten sowohl der Leichenschauer als auch der Arzt eine Empfangsbestätigung.

Die Kommission beurteilt das Handeln des Arztes. Dabei überprüft sie, ob der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Gegebenenfalls stellt sie dem betreffenden Arzt noch einige Fragen, vielfach auf schriftlichem Wege¹⁴, manchmal aber auch telefonisch. Wenn der Kommission die vom Arzt vorgelegten Informationen nicht ausreichen, kann sie ihn bitten, seine Meldung mündlich zu erläutern. So erhält der Arzt die Gelegenheit, der Kommission den betreffenden Fall genau zu erläutern.

Innerhalb von sechs Wochen nach der Meldung geht dem Arzt das Urteil der Kommission zu. Diese Frist kann einmalig verlängert werden, zum Beispiel wenn die Kommission weitere Fragen hat.

Die multidisziplinär zusammengesetzten Kommissionen kommen fast immer 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.

2007 wurde in drei Fällen festgestellt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. In einem solchen Fall schickt die Kommission ihr Urteil nicht nur an den meldenden Arzt, sondern auch an die Staatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Staatsanwaltschaft entscheidet dann, ob strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden müssen. Die Gesundheitsbehörde entscheidet aufgrund ihrer eigenen Aufgabenstellung und Verantwortung, ob nach dem abschließenden Urteil der Kommission weitere Schritte unternommen werden müssen, etwa ein Gespräch mit dem Arzt oder ein Disziplinarverfahren. Zwischen den Kommissionen, der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen finden jedes Jahr Beratungen statt.

¹³ Ein Musterbericht ist unter www.toetsingscommissie.nl einsehbar.

¹⁴ Dem Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz zufolge in etwa 6 % der im Jahr 2005 gemeldeten Fälle.

Insgesamt gibt es fünf Regionale Kontrollkommissionen, jede behandelt die Meldungen über die Todesfälle, die sich in ihrem Zuständigkeitsbereich ereignet haben. Jede Kommission besteht aus drei Mitgliedern: einem Juristen, der zugleich Vorsitzender ist, einem Arzt und einem Ethiker. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter. Außerdem hat jede Kommission einen Sekretär, ebenfalls ein Jurist, der auf den Sitzungen der Kommission eine beratende Funktion hat. Die Kommissionen fungieren ausdrücklich als Expertengremium. Die Sekretäre und die übrigen Mitarbeiter bilden zusammen das Sekretariat der Kommissionen, das die Kommissionen bei ihren Tätigkeiten unterstützt. Das Sekretariat ist organisatorisch bei der Zentralen Informationsstelle für Berufe im Gesundheitswesen (CIBG) in Den Haag untergebracht, einer Durchführungsorganisation des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport. Kommissionssekretariate gibt es Groningen, Arnheim und Den Haag. Einmal im Monat finden dort Sitzungen der Kommissionen statt.

Die Kommissionen wirken im Rahmen des SCEN-Projekts (SCEN: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) auch an der Fortbildung zum Konsiliararzt mit.

Da ihnen alle Berichte der von den meldenden Ärzten hinzugezogenen Konsiliarärzte vorgelegt werden, erhalten die Kommissionen als einzige ein Gesamtbild von der Qualität dieser Berichte. Zwar konnte im Großen und Ganzen eine gewisse Qualitätssteigerung festgestellt werden, mit Blick auf die mäßige Berichterstattung vonseiten noch zu vieler Konsiliarärzte ist dies jedoch ein Punkt, der ständige Aufmerksamkeit erfordert. Die Ergebnisse der Kommissionen werden, selbstverständlich in allgemein formulierter Form, jedes Jahr an SCEN übermittelt.

Außerdem organisieren die Kommissionen Präsentationen für Gesundheitsämter (GGDs), Hausärzteverbände, Krankenhäuser und ausländische Delegationen. Dabei wird anhand von Praxisbeispielen besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien eingegangen.

Anhang I

Übersicht der Meldungen insgesamt

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2007

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 2120 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 1923 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 167 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 30 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 1886 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 157 Fällen um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 76 Fällen um einen Arzt aus einem Pflegeheim und in einem Fall um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	1768
Herz- und Gefäßkrankheiten	40
Erkrankung des Nervensystems	105
Andere	128
Mehrfacherkrankungen	79

Orte der Lebensbeendigung

In 1686 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 147 Fällen in einem Krankenhaus, in 82 Fällen in einem Pflegeheim, in 89 Fällen in einem Altersheim und in 116 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 Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. In drei Fällen urteilten die Kommissionen in diesem Berichtsjahr, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Dauer der Beurteilung

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