

Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe 2008

Inhalt

Vorwort

Kapitel I Entwicklungen 2008
 Meldungen
 Medizinisch sorgfältige Durchführung
 Psychiatrische Problematik

Kapitel II Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen

 Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen

- a) Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen
 Schriftliche Patientenverfügung
- b) Unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung
 Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen
 Palliative Sedierung
- c) Patientenaufklärung
- d) Keine andere annehmbare Lösung
- e) Hinzuziehung eines 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 2008 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. In diesem Bericht legen die Kommissionen Rechenschaft über ihre Prüfungstätigkeit ab, die sie gemäß dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) ausüben. Zusätzlich zu dieser Form der Berichterstattung veröffentlichen die Kommissionen grundsätzlich alle von ihnen abgegebenen Urteile in anonymisierter Form auf der Website www.euthanasiacommissie.nl. Durch diese kombinierte Form der Veröffentlichung wird unter Achtung der persönlichen Lebenssphäre ein detailliertes Bild der Anforderungen wiedergegeben, die das Sterbehilfegesetz an die Erstellung des Jahresberichts stellt: Die Öffentlichkeit erhält Einblick in die Zahl der Meldungen, die Art der gemeldeten Fälle, die von den Kommissionen abgegebenen Urteile und die bei der Entscheidungsfindung vorgenommenen Abwägungen.

2008 gingen bei den Kommissionen 2331 Meldungen ein. In 10 Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. In allen anderen Fällen urteilten die Kommissionen jedoch, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. Näheres enthält dieser Bericht.

Die Zahl der gemeldeten Sterbefälle ist im Vergleich zum Jahr 2007 um 10 Prozent gestiegen. Bereits 2007 hatte es eine vergleichbare Steigerung gegenüber dem Vorjahr gegeben. Aus diesem Grund haben die Kommissionen Dr. Agnes van der Heide von der Erasmus-Universitätsklinik Rotterdam, Abteilung Soziale Gesundheitsfürsorge, damit beauftragt, diese seit 2003 zu beobachtende Entwicklung zu untersuchen.

Dr. van der Heide stellte fest, dass diese quantitative Zunahme lediglich bei Lebensbeendigungen auf Verlangen zu verzeichnen ist, die von Hausärzten überwiegend bei Krebspatienten vorgenommen wurden. Hierbei handelt es sich um die „klassische“ Lebensbeendigung auf Verlangen, die schon immer den übergroßen Teil der Sterbehilfefälle ausgemacht hat. Die zahlenmäßige Zunahme führt Dr. van der Heide vor allem auf zwei Faktoren zurück (sowohl einzeln betrachtet, als auch in Kombination):

1. Nicht zuletzt aufgrund der einschlägigen Richtlinie der Ärzteorganisation KNMG wird deutlicher zwischen Sterbehilfe und palliativer Sedierung unterschieden. Es ist davon auszugehen, dass die palliative Sedierung als Alternative zur Sterbehilfe in geringerem Maße Anwendung findet als bisher angenommen.
2. Im Rahmen der letzten landesweiten Evaluierung des Sterbehilfegesetzes (2005) wurde die Meldequote auf 80 Prozent geschätzt. Bei den restlichen 20 Prozent der Fälle handelte es sich vor allem um mit Morphin herbeigeführte Lebensbeendigungen. Es ist anzunehmen, dass immer häufiger reguläre Sterbemittel zum Einsatz kommen und diese Fälle dann auch gemeldet werden, wodurch die Zahl der Meldungen steigt.

Die Kommissionen bestätigen diese Ergebnisse, eine Gewähr dafür gibt es allerdings nicht. Die erneute Durchführung einer landesweiten Evaluierungsstudie ist daher angezeigt. Ziel einer erneuten Studie ist es nicht

nur, eine Erklärung für die deutliche Zunahme bei der Zahl der Meldungen zu finden, sondern auch, einen genauen Einblick in die Praxis der medizinischen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende zu erhalten.

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

Den Haag, April 2009

J.J.H. Suyver,
Koordinierende Vorsitzende der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

E-Mail: ic.spitters@toetscie.nl

2008 haben sich die folgenden relevanten Entwicklungen vollzogen.

Meldungen

2008 sind bei den Kommissionen 2331 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen¹. 2007 belief sich die Zahl der Meldungen auf 2120; das bedeutet eine Zunahme um 10 %. Die Kommissionen haben die 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 zehn Fällen kamen die Kommissionen zu dem Schluss, dass den Sorgfaltskriterien nicht entsprochen worden war. Die wesentlichen Auszüge dieser Urteile werden in Kapitel II, Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen, unter dem jeweiligen Kriterium im Rahmen von Fallbeispielen dargelegt. Die Urteile werden vollständig, wie übrigens auch alle Urteile in den Fällen, in denen den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde, auf der Website der Kommissionen unter www.euthanasiecommissie.nl veröffentlicht. Lediglich Urteile, bei deren Veröffentlichung die Anonymität des Patienten nicht gewährleistet wäre, werden nicht veröffentlicht.

Medizinisch sorgfältige Durchführung

In ihren Beurteilungen müssen sich die Kommissionen mit Fällen befassen, in denen Sterbemittel eingesetzt wurden, die nach den Empfehlungen der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) nicht als Mittel erster Wahl gelten (Standaard Euthanatica²), sowie mit Fällen, in denen die Dosierung der Sterbemittel nicht angegeben wurde oder nicht mit den Empfehlungen der KNMP übereinstimmte. Bei ihrer Beurteilung des Aspekts der medizinisch sorgfältigen Durchführung orientieren sich die Kommissionen an der Praxis und den geltenden Standards der medizinischen und pharmakologischen Wissenschaft.

Bezüglich der Methode, des Einsatzes von Mitteln und deren Dosierung dienen den Kommissionen die Empfehlungen der KNMP grundsätzlich als Leitfaden. In den „Standards“ ist nachzulesen, welche Mittel die KNMP im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung auf Verlangen bzw. der Hilfe bei der Selbsttötung empfiehlt und von welchen Mitteln sie abrät.

Das Wissenschaftliche Institut der niederländischen Apotheker (WINAp), das mit der KNMP verbunden ist, bestätigt, dass die KNMP eine Unterscheidung zwischen Mitteln der ersten und zweiten Wahl für die Herbeiführung eines Komas vornimmt. Die Mittel der zweiten Wahl werden in den „Standards“ der KNMP im Abschnitt „Noodoplossingen“ (Notlösungen) aufgeführt. Diese Mittel, mit denen man weniger Erfahrungen gesammelt hat, können gegebenenfalls als Alternative zu einem Mittel der ersten Wahl verwendet werden. Darüber hinaus werden Mittel aufgeführt, die nicht als Alternative für Mittel der ersten Wahl dienen können sowie Mittel, von deren Verwendung abgeraten wird.

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

² Standaard Euthanatica, Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln) 2007, KNMP/WINAp

Wenn ein Arzt nicht auf ein Mittel der ersten Wahl zurückgreift, zieht dies eingehendere Fragen seitens der Kommissionen nach sich. Bei der Prüfung des Aspekts der medizinisch sorgfältigen Durchführung gilt die Prämisse, dass die Verwendung von Mitteln der zweiten Wahl zulässig ist, sofern der Arzt sein Handeln hinreichend begründet. Wenn ein Arzt die Verwendung von Mitteln zweiter Wahl nicht oder nicht hinreichend begründet oder Mittel einsetzt, die nicht als Alternativlösungen genannt werden oder von deren Verwendung abgeraten wird, werden die Kommissionen den Arzt dazu befragen. Das gilt auch für den Fall, dass die Dosierung der Mittel nicht angegeben wurde. Auch wenn ein Arzt von der durch die KNMP empfohlenen Dosierung abweicht, muss er dies begründen. Wenn hierzu keine Angaben gemacht wurden, erbitten die Kommissionen nähere Informationen zur Art der Verabreichung.

Psychiatrische Problematik

Den Kommissionen wurden zwei Fälle von Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten mit psychiatrischen Problemen gemeldet. In beiden Fällen kam die Kommission zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Allgemein gilt, dass der Arzt in einem Fall von Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung aufgrund eines durch eine psychiatrische Krankheit oder Störung verursachten Leidens mit besonderer Umsicht vorgehen muss. Liegt ein psychiatrisches Krankheitsbild vor, sind die Aspekte des unerträglichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung und des freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Ersuchens um Sterbehilfe schwerer zu beurteilen. Hier ist noch größere Sorgfalt vonseiten des Arztes erforderlich.

Beide Meldungen waren umfassend dokumentiert; in beiden Fällen waren die Patienten im Vorfeld über lange Zeit betreut worden, was der meldende Arzt der Kommission gegenüber erläuterte. Es wurden verschiedene unabhängige Konsiliarärzte und andere Sachverständige, darunter mehrere Psychiater, hinzugezogen. Diese gaben, nachdem sie die Patienten untersucht und befragt hatten, eine fundierte Beurteilung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien ab. Beide Fälle sind in diesem Bericht beschrieben.

Kapitel II

Sorgfaltskriterien

DIE SORGFALTSKRITERIEN IM ALLGEMEINEN

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

Nach diesen Sorgfaltskriterien 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. Wenn bereits im Rahmen der Meldung der gesamte Beschlussfassungsprozess dargelegt wird, kann eine spätere Befragung durch die Kommission vermieden werden.

Auch 2008 gaben die meisten Meldungen den Kommissionen keinen Anlass zu weiteren Diskussionen oder eingehenderen Fragen. In fast allen Fällen sind die Kommissionen zu dem Ergebnis gekommen, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. In einigen Fällen zog die Meldung eine Diskussion innerhalb der Kommission nach sich; gegebenenfalls wurde der Arzt um schriftliche oder mündliche Erläuterungen gebeten. Entsprechende Beispiele werden in diesem Kapitel dargestellt.

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. Der Prozess, durch den der Arzt zu dieser Überzeugung gelangt, kennzeichnet sich unter anderem durch Gespräche über das bevorstehende Lebensende und die Wünsche des Patienten sowie die Erörterung der Möglichkeiten, diese Wünsche zu erfüllen. Der Patient muss dem Arzt gegenüber das Ersuchen konkret äußern.

Hier stehen verschiedene Elemente im Mittelpunkt. Erstens muss die Bitte um Lebensbeendigung von dem Patienten selbst und zweitens muss sie freiwillig geäußert werden. In Bezug auf die Freiwilligkeit spielen zwei Aspekte eine Rolle: Der Patient muss sowohl über die geistige Fähigkeit verfügen, seinen Willen frei bestimmen zu können, als auch seinen Willen ohne Ausübung von Druck oder unvertretbaren Einfluss durch andere geäußert haben. Drittens beinhaltet eine reife Überlegung das sorgfältige Abwägen auf der Grundlage umfassender Informationen und eines klaren Krankheitsbewusstseins. Ein Patient gilt als willensfähig, wenn er die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung äußern kann.

Psychiatrische Krankheit oder Störung

Allgemein gilt, dass der Arzt in einem Fall von Lebensbeendigung auf Verlangen aufgrund eines durch eine psychiatrische Krankheit oder Störung verursachten Leidens mit besonderer Umsicht vorgehen muss. Äußert ein psychiatrischer Patient die Bitte um Sterbehilfe, muss die Frage, ob diese Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, mit noch größerer Sorgfalt beurteilt werden. Eine psychiatrische Krankheit oder Störung kann zur Folge haben, dass der Patient seinen Willen nicht frei bestimmen kann. Der Arzt muss in einem solchen Fall prüfen, ob der Patient willensfähig ist. Dafür muss er unter anderem untersuchen, ob der Patient relevante Informationen erfassen kann, ob er über ein Krankheitsbewusstsein verfügt und in der Lage ist, zusammenhängende Erwägungen vorzunehmen. Hier sollte zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt noch ein oder mehrere weitere Sachverständige, etwa ein Psychiater, hinzugezogen werden, um diesen Aspekt fundiert beurteilen zu können. Werden andere Ärzte hinzugezogen, sollten deren Stellungnahme den Kommissionen mitgeteilt werden.

Depressive Beschwerden

Leidet ein Patient an depressiven Beschwerden, kann dies seine Willensfähigkeit 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, sollte dies den Kommissionen mitgeteilt werden. 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 Kommissionen relevante Informationen.

Demenz

Gelegentlich wird auch ein Fall von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten mit Demenzsyndrom gemeldet. In den im Jahr 2008 gemeldeten Fällen urteilten die Kommissionen, dass die Sorgfaltskriterien eingehalten worden waren. In diesen Fällen handelte es sich um Patienten, die sich im Anfangsstadium des Demenzprozesses befanden und die sich noch im Klaren über ihre Krankheit und die Symptome, den (bevorstehenden) Verlust des Orientierungsgefühls und der Persönlichkeit waren. Diese Patienten wurden als willensfähig eingeschätzt, da sie die Konsequenzen ihres Ersuchens um Sterbehilfe klar überschauen konnten.

Für die Kommissionen gilt, dass dem Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem solchen Demenzprozess befinden, im Allgemeinen mit besonderer Umsicht begegnet werden muss.

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 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. Die Kommissionen empfehlen, dass ein Arzt bei der Beurteilung einer derartigen Situation mit besonderer Sorgfalt vorgeht und der Kommission sein Handeln nachvollziehbar erläutert.

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.

Die schriftliche Patientenverfügung ist im Sterbehilfegesetz verankert. Sie gilt anstelle der mündlich geäußerten Bitte um Sterbehilfe von Patienten, die zu dem Zeitpunkt, in dem es konkret um die Frage der Lebensbeendigung geht, nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, die aber zuvor willensfähig waren. Die Sorgfaltskriterien gelten bei Vorliegen einer Patientenverfügung entsprechend. Daher ist eine klar und eindeutig formulierte Erklärung für den Arzt, der konkret um die Durchführung einer Lebensbeendigung gebeten wird, von größter Bedeutung. Es empfiehlt sich denn auch, 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. Schließlich muss dieser – wie auch der Konsiliararzt – anhand der schriftlichen Erklärung und anhand der aktuellen Situation des Patienten beurteilen, ob die Bitte des Patienten um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, ob der Patient unerträglich leidet und keine Aussicht auf Besserung besteht und ob es für den Patienten keine andere annehmbare Lösung gibt. Eine handgeschriebene Erklärung des Patienten, in der er seine Wünsche in eigenen Worten darlegt, stellt in der Regel eine ergänzende, persönliche Begründung dar.

In Fall 11 spielte die schriftliche Patientenverfügung eine Rolle für die Beurteilung des Aspekts der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte des Patienten, der nicht mehr ansprechbar war.

Auch wenn der Patient noch in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und um Lebensbeendigung zu ersuchen, kann eine schriftliche Patientenverfügung zusätzlich Klarheit schaffen und die mündliche Bitte bekräftigen.

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 Druck ausgesetzt werden sollen, möglicherweise noch kurz vor dem Tod eine Verfügung abzufassen.

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.

Fall 1 (nicht aufgenommen)

Fall 2 (nicht aufgenommen)

Fall 3 (Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen)

Im nachstehend beschriebenen Fall wies die Patientin ein psychiatrisches Krankheitsbild auf. Der Klarheit halber wird der Fall vollumfänglich beschrieben und somit auch auf den Aspekt des unerträglichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung eingegangen.

Nach mehreren Krankenhausaufenthalten und poliklinischen Behandlungen wurde eine Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren in eine psychiatrische Einrichtung aufgenommen. Sie litt an einer schweren, therapieresistenten depressiven Störung mit chronischem Verlauf. Seit vielen Jahren waren die rezidivierenden Depressionen von Suizidalität begleitet. Die Patientin wurde u. a. im Rahmen einer Elektrokonvulsionstherapie und mit einer Reihe von Medikamenten intensiv behandelt, außerdem wurden eine Lichttherapie und Schlafentzugsbehandlung vorgenommen. Versuchsweise wurden verschiedene psychologische Behandlungen durchgeführt. Laut dem aktuellen Wissensstand in der Behandlung depressiver Störungen gab es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr.

Seit Ende 2007 hatte die Patientin regelmäßig ihren Suizidwunsch geäußert und den Arzt wiederholt und konkret um Sterbehilfe gebeten. Der Arzt überprüfte zu verschiedenen Zeitpunkten, ob die Patientin sich darüber im Klaren war, was Hilfe bei der Selbsttötung beinhaltet und welche Konsequenzen das für sie selbst und für andere haben würde. Dabei achtete er besonders auf ein mögliches Zögern ihrerseits, wenn von bestimmten Aspekten die Rede war. Die Patientin erklärte auf explizites Nachfragen stets, sie habe das Besprochene verstanden. Sie war in der Lage, das Gesagte zu erfassen und zu differenzieren. Anfang 2008 wurde sie darüber hinaus einer neuropsychologischen Untersuchung unterzogen. Dem klinischen Eindruck entsprechend, ergab die Untersuchung keine Hinweise darauf, dass die Patientin nicht in der Lage sein könnte, die Tragweite ihres Ersuchens zu überblicken.

Das Leiden der Patientin bestand in Angstgefühlen und Niedergeschlagenheit, die sie dazu veranlassten, ihre sozialen Aktivitäten völlig einzustellen. Nichts machte ihr mehr Freude. Die Patientin erklärte wiederholt, auf diese Art nicht weiterleben zu wollen. Mehrfach äußerte sie ihr Vorhaben, Suizid zu begehen, wenn man ihr nicht „helfen“ würde; sie hatte bereits einen Selbstmordversuch hinter sich.

Der Arzt kam zu der Überzeugung, dass die Patientin litt und dass ihr Zustand aussichtslos war. Alle Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen waren ausgeschöpft worden, ohne dass sich der Zustand der Patientin gebessert hätte. Ihr Gemütszustand war seit langer Zeit anhaltend depressiv; eine spontane Genesung war unwahrscheinlich. Selbst wenn eine solche spontane Besserung eintreten würde, bestand die Gefahr eines Rückfalls, wie ihn die Patientin nach der ersten Elektrokonvulsionsbehandlung erlebt hatte. Innerhalb eines halben Jahres nach dieser Behandlung wurde die Patientin erneut wegen rezidivierenden depressiven Symptomen behandelt, die zwei Monate nach der Elektrokonvulsionstherapie aufgetreten waren. Eine effektive Behandlung mit den verfügbaren Medikamenten kam aufgrund von für die Patientin unerträglichen Nebenwirkungen wie Hypotonie, Haarausfall und Verstärkung der Angstgefühle weder als Akut- noch als Erhaltungstherapie in Frage. Sie empfand die Nebenwirkungen als sehr belastend, was ihr Gefühl von Verzweiflung und Aussichtslosigkeit verstärkte. Trotz der Medikation klagte sie über unverminderte Ängste und Niedergeschlagenheit.

Der Arzt kam zu der Überzeugung, dass das Leiden der Patientin unerträglich war. Die Patientin hatte ihre Beschwerden stets gleichartig und differenziert geäußert, weshalb der Arzt sie sehr ernst nahm.

Er zog einen Psychiater als Sachverständigen hinzu, um eine zweite Meinung einzuholen. Dieser kannte die Patientin aus früheren poliklinischen und klinischen Behandlungen, die sie über einen Zeitraum von vier Jahren durchlaufen hatte. Er beschrieb den bei der Patientin erkennbaren extremen Leidensdruck. Ihre Artikulationsfähigkeit war normal entwickelt, sie verfügte über ein Krankheitsverständnis und klares Bewusstsein und war in der Lage, ihre Aufmerksamkeit auch längerfristig etwas Bestimmtem zu schenken. Ihre Orientierung und Wahrnehmung waren intakt, ebenso ihr Gedächtnis, u. z. in jederlei Hinsicht. Ihr Konzentrationsvermögen war etwas verringert. Ihr Denkvermögen war verlangsamt, zeichnete sich jedoch durch formale Kohärenz aus. Die Gedanken der Patientin wurden von ihrer Niedergeschlagenheit bestimmt; die angstvolle und trübsinnige Beschäftigung mit ihrer Krankheit verursachte Leidensdruck. Wahnvorstellungen entwickelte sie nicht.

Der Sachverständige kam zu dem Schluss, dass die Patientin trotz der schweren und therapieresistenten depressiven Störung willensfähig und ihre Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden sei. Ihr Wunsch nach Lebensbeendigung habe sich nach und nach immer stärker und schließlich dauerhaft manifestiert, die Patientin habe sich intensiv damit auseinandergesetzt.

Obwohl der Aspekt des unerträglichen Leidens bei psychiatrischen Patienten schwer zu objektivieren ist, erklärte der Sachverständige, dass das als unerträglich empfundene Leid der Patientin für ihn nachvollziehbar war. Die Unerträglichkeit des Leidens ging unter anderem auf die Tatsache zurück, dass es kaum oder gar keine Aussicht auf Besserung gab. Alle Versuche, die Patientin zu resozialisieren, waren erfolglos geblieben. Trotz guter Kontakte zu mehreren Angehörigen und jahrelanger unterstützender Therapien war es ihr nicht möglich gewesen, ihre geringe Lebensqualität zu verbessern. Der Sachverständige stellte fest, dass es für die Situation der Patientin keine andere Lösung mehr gab.

Der behandelnde Arzt konsultierte noch einen weiteren Sachverständigen, ebenfalls einen Psychiater, hinsichtlich der Sinnhaftigkeit einer dritten Elektrokonvulsionsbehandlung (eine Behandlung, die die Patientin abgelehnt hatte). Dieser Sachverständige erklärte, dass von dieser Behandlung nicht allzu viel zu erwarten sei.

Der behandelnde Arzt zog zwei unabhängige Konsiliarärzte hinzu. Der erste Konsiliararzt, ein unabhängiger Psychiater, kam in Bezug auf Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, Wahrnehmung und Denkvermögen der

Patientin zu dem gleichen Schluss wie der zuvor konsultierte Psychiater; auch er hielt die Patientin für willensfähig und war ebenfalls der Meinung, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Die Patientin litt nicht unter von der depressiven Störung hervorgerufenen Wahnvorstellungen. Der Wunsch zu sterben war weniger als ein vitaldepressives Symptom zu sehen, sondern vielmehr Ausdruck ihrer Entscheidung, mit dieser schweren Störung nicht länger leben zu wollen. Der Suizidwunsch war seit Mitte 2006 immer wieder aufgetreten, zu einem Zeitpunkt, an dem die Patientin aufgrund der unzureichenden Wirkung der zweiten Elektrokonvulsionsbehandlung, der begleitenden Medikation und der unterstützenden Therapie als austherapiert galt. Es konnte festgestellt werden, dass die Patientin ihren Wunsch nach Hilfe bei der Selbsttötung bewusst und nach reiflicher Überlegung äußerte, nachdem sich herausgestellt hatte, dass die Störung chronisch wurde. Der Konsiliararzt war der Ansicht, dass die Patientin die Tragweite ihres Wunsches und ihrer Entscheidung hinreichend überblicken konnte. Die Schwere ihrer Depression behinderte sie nicht darin, ihre Situation rational zu beurteilen. Der Konsiliararzt erklärte die Patientin für willensfähig.

Seiner Meinung nach lag aufgrund der schweren, therapieresistenten depressiven Störung mit chronischem Verlauf ein unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung vor; eine Genesung war nicht mehr zu erwarten. Es gab für die Patientin keine Behandlungsmöglichkeiten mehr, man hatte bereits alles versucht. Eine Besserung ihres Zustands hatte sich nicht eingestellt und war nach vernünftiger Einschätzung auch nicht mehr zu erwarten. Die Patientin hatte keine Hoffnung mehr, da man ihr nicht hatte helfen können. Ihr Leben erschien ihr nicht mehr lebenswert, und sie sah sich nicht mehr in der Lage, es zu meistern. Ihr unerträgliches Leiden war für den Konsiliararzt nachvollziehbar. Er kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Auch der zweite Konsiliararzt – ein Hausarzt und gleichzeitig SCEN-Arzt – erkannte, dass der Wunsch der Patientin, nicht weiterleben zu müssen, nicht von vorübergehender Natur war. Sie hatte jegliche Lebensqualität verloren. Sie litt bereits seit Jahren an Depressionen; der Verlust der Lebensfreude war nachvollziehbar. Die lange Dauer der Krankheit und die Schwere der Symptome stellten eine unerträgliche Belastung dar. Der Konsiliararzt erkannte, dass die behandelnden Ärzte, die unabhängigen Sachverständigen und die Patientin selbst keine Genesung mehr erwarten. Für die Patientin bestand keine Aussicht auf Besserung. Ein unabhängiger Psychiater hatte ihre Willensfähigkeit festgestellt. Die Patientin selbst hatte nach reiflicher Überlegung um Hilfe bei der Selbsttötung ersucht, um ihrem unerträglichen Leiden ein Ende zu bereiten. Auch der zweite Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Für die Kommission ging aus dem ausführlichen und hervorragenden Bericht des Arztes hervor, dass mit großer Sorgfalt vorgegangen worden war. Die Patientin war über lange Zeit betreut worden, bevor Hilfe bei der Selbsttötung geleistet worden war. Zwei unabhängige Konsiliarärzte und andere Sachverständige, darunter verschiedene Psychiater, waren hinzugezogen worden, die ein fundiertes Urteil hinsichtlich der Einhaltung der Sorgfaltskriterien abgegeben hatten.

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

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.

Keine Aussicht auf Besserung liegt dann vor, wenn eine Krankheit, die das Leiden eines Patienten verursacht, nicht heilbar ist und auch eine teilweise Genesung, bei der die Symptome derart gelindert werden können, dass das Leiden des Patienten nicht mehr unerträglich ist, nicht möglich ist. Die Aussichtslosigkeit des Zustands geht aus der Diagnose und der Prognose hervor und wird vom Arzt festgestellt. Ob eine realistische Aussicht auf Linderung der Symptome besteht, hängt davon ab, ob durch eine palliative oder eine andere Behandlung eine Besserung erreicht werden kann und davon, welche Belastung diese Behandlung für den Patienten darstellt. In dieser Bedeutung bezieht sich „ohne Aussicht auf Besserung“ auf die Krankheit und die Symptome. Patienten bezeichnen ihre Lage auch als aussichtslos, wenn die Tatsache, dass keine Besserung mehr möglich ist, für sie nicht tragbar ist und sie sich wünschen, dass ihrem Leiden ein Ende gesetzt wird. In diesem Sinne trägt die vom Patienten empfundene Aussichtslosigkeit zur Unerträglichkeit des Leidens bei.

Die *Unerträglichkeit* des Leidens lässt sich schwerer feststellen, da sie grundsätzlich mehr von der Person abhängt. Sie wird durch die vom Patienten empfundene Zukunftsperspektive 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 unerträglichem Zustand die Rede ist, werden häufig körperliche Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot – jeweils basierend auf den Aussagen des Patienten – oder Empfindungen wie Erschöpfung, zunehmender körperlicher und geistiger Verfall, 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 den Arzt muss das unerträgliche Leiden des Patienten nachvollziehbar sein. Hierbei stellt sich nicht die Frage, ob das Leiden von Menschen im Allgemeinen oder vom Arzt selbst als unerträglich empfunden werden würde, sondern ob es für den jeweiligen Patienten unerträglich ist. Der Arzt muss sich also nicht nur in die Situation hineinversetzen, sondern sich die individuelle Perspektive des Patienten vor Augen führen.

Für die Beurteilung seitens der Kommissionen ist es von zentraler Bedeutung, ob der Arzt glaubhaft darlegen kann, dass die Unerträglichkeit des Leidens für ihn nachvollziehbar war.

Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen

Demenz

Im Abschnitt „Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen“ wurde bereits dargelegt, dass mit dem Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, im Allgemeinen mit besonderer Umsicht umgegangen werden muss. Auch der Aspekt der Willensfähigkeit wurde bereits erörtert.

Darüber hinaus stellt sich bei Demenzpatienten die spezifische Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Die Unerträglichkeit ihres Leidens besteht zumeist 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 im Laufe der Zeit zu einer fundamentalen Abhängigkeit und dem vollständigen Verlust ihrer selbst führen wird. Wenn ein Patient seine Krankheit bereits bewusst erlebt und sich über seine Aussichten im Klaren ist, 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.

Psychiatrische Krankheit oder Störung

Im Abschnitt „Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen“ wird erwähnt, dass bei den Kommissionen zwei Meldungen über Hilfe bei der Selbsttötung bei Patienten mit einem psychiatrischen Krankheitsbild eingegangen sind. Für die Kommissionen war einsichtig, dass das Leiden dieser Patienten nicht gelindert werden konnte. Jahrelange intensive Behandlungen waren erfolglos geblieben. Die zu erwartenden Ergebnisse, die vermutlich minimal ausgefallen wären, standen in keinem vernünftigen Verhältnis zu der Belastung, die eine erneute Behandlung für die Patienten dargestellt hätte. Die behandelnden Ärzte haben intensive Gespräche mit den Patienten geführt und sie kamen gemeinsam mit den Patienten zu dem Schluss, dass es keine annehmbaren Behandlungsalternativen mehr gab. Für die Patienten bestand keine Aussicht auf Besserung. Die Kommissionen erkannten an, dass diese Patienten ihr Leiden bereits seit langer Zeit als unerträglich empfanden. Sie vertreten die Ansicht, dass der Arzt in beiden Fällen aufgrund seiner professionellen medizinisch-ethischen Kenntnisse und Erfahrungen, nach mehrfachen intensiven Gesprächen mit dem Patienten, nach vernünftigem Ermessen zu dem Schluss kommen konnte, dass das Leiden des Patienten als unerträglich anzusehen war.

Koma

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 leidet und somit auch nicht unerträglich leidet. Zum Vergleich: Wird ein Patient in der terminalen Phase zur Linderung unerträglicher Symptome palliativ sediert, besteht das Ziel der Behandlung im Herbeiführen der Bewusstlosigkeit des Patienten, da dann auch kein Bewusstsein für das Leiden mehr vorhanden ist. Wenn ein Patient sich in einem komatösen Zustand befindet und noch äußerlich wahrnehmbare Anzeichen von Leiden erkennen lässt, kann der Arzt zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient durchaus unerträglich leidet. Trotz des bei der Beurteilung der Tiefe eines Komats vorhandenen Spielraums vertreten die Kommissionen die Auffassung, dass Ärzte bei der Sterbehilfe in Fällen, in denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, mit äußerster Vorsicht vorgehen müssen.

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.

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 gegebenes 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.

Palliative Sedierung

Bei der palliativen Sedierung wird der Patient absichtlich in einen verminderten Bewusstseinszustand versetzt, um ihn in der letzten Lebensphase von seinem unbehandelbaren Leiden zu befreien. Eine palliative Sedierung kann denn auch nur dann vorgenommen werden, wenn ein baldiger Eintritt des Todes erwartet wird³. Dass die Möglichkeit einer palliativen Sedierung gegeben ist, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass sich die Bitte um Sterbehilfe erledigt. Es gibt Patienten, die eine palliative Sedierung ausdrücklich ablehnen, da sie bis zum Schluss bei Bewusstsein bleiben möchten.

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.

Der Arzt trägt die Verantwortung dafür, dass der Patient vollständig aufgeklärt wird, und er muss dies auch aktiv überprüfen. Dieses Sorgfaltskriterium zog in keinem der gemeldeten Fälle Anmerkungen der Kommissionen nach sich.

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 im Hinblick auf das Leiden des Patienten keinen anderen realen Ausweg mehr gibt, sodass die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung die einzige noch in Frage kommende Lösung ist, den Patienten von seinem Leiden zu befreien. 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 keine Genesung mehr möglich ist 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. Auch 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 z. B. 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 Erhöhung der Morphiumdosis ab, weil sie befürchten, benommen zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren. Der Arzt muss mit diesen Patienten im Rahmen einer umfassenden Aufklärung darüber sprechen, ob ihre Angst begründet ist, denn die Benommenheit und die Verwirrung sind meist von kurzer Dauer.

Wenn der Arzt und der Patient 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.

In der Praxis hat dieses Sorgfaltskriterium keine Probleme aufgeworfen.

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 zur Einhaltung der unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung nimmt. Über sein unabhängig gefälltes Urteil muss dieser Konsiliararzt schriftlich Bericht erstatten.

Die Hinzuziehung eines zweiten Arztes, der vor der Durchführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung die Einhaltung der Sorgfaltskriterien unabhängig und sachverständig beurteilt, ist gesetzlich vorgeschrieben. Auf diese Weise soll größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess gewährleistet werden. Der Konsiliararzt untersucht den Patienten und prüft so, ob der behandelnde Arzt, der die Lebensbeendigung durchführen wird, im Zusammenhang mit den Sorgfaltskriterien nichts übersehen hat. Dabei handelt es sich um die formelle Konsultation eines zweiten Arztes mit einem genau definierten Auftrag. Die Kommissionen verstehen unter „Konsultation“ die Kenntnisnahme von der Stellungnahme des Konsiliararztes und die Berücksichtigung seines Urteils bei der Beurteilung des Ersuchens des Patienten um Sterbehilfe.

In Fall 7 war die Konsultation faktisch nicht erfolgt, da der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt hatte, ohne das Urteil der Konsiliarärztin zur Kenntnis genommen zu haben. Auch in Fall 10 hatte der Arzt den Bericht des Konsiliararztes nicht berücksichtigt.

In Fall 9 hatte sich ein Vertretungsarzt als behandelnder Arzt zu der seiner Meinung nach erfolgten Einhaltung der Sorgfaltskriterien geäußert. Dies geschah im Rahmen eines Gesprächs über den Zustand des Patienten und die Behandlungsmöglichkeiten und konnte nicht als Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Konsiliararztes

³ Siehe die KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung (überarbeitete Fassung, 2009).

gesehen werden. In diesem Fall kam die Kommission, wie auch in den Fällen 7 und 10, zu dem Urteil, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Ein Konsiliararzt muss sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gegenüber unabhängig sein.

Er darf also z. B. nicht mit dem behandelnden Arzt verwandt sein oder eine Arbeitsbeziehung mit ihm haben.

Beide Ärzte dürfen 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 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 führen. 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 durchaus 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 der Kommission gegenüber hierzu äußern.

In Bezug auf die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegenüber dem Patienten gilt unter anderem, dass er nicht mit ihm verwandt oder befreundet sein und ihn weder wegen der betreffenden Krankheit noch zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben darf, auch nicht als Vertretungsarzt. In Fall 5 wurde die Unabhängigkeit des Konsiliararztes in Frage gestellt, da dieser der Hausarzt der Patientin war. Die Kommission kam denn auch in diesem Fall zu dem Urteil, dass der Hausarzt nicht als unabhängiger Konsiliararzt anzusehen sei. Auch in den Fällen 9 und 11 wurde ein behandelnder Arzt als Konsiliararzt hinzugezogen. In Fall 8 war die Unabhängigkeit der Konsiliarärztin gegenüber der Patientin nicht gegeben, da sich die Ärztin, die als Palliativmedizinerin an der Behandlung der Patientin beteiligt war, bereits zu diesem Zeitpunkt ein Urteil über die Situation gebildet hatte,

so als wäre sie als unabhängige Konsiliarärztin in Bezug auf eine Bitte um Sterbehilfe zu dem Fall hinzugezogen worden.

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

In der Stellungnahme des Verbandsvorstands der KNMG zur Sterbehilfe (Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie) aus dem Jahr 2003 (S. 15) wird explizit darauf hingewiesen, dass die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes gewährleistet sein muss.

Nach Auffassung des Verbandsvorstands bedeutet dies, dass eine Person, die mit dem Arzt, der die Konsultation veranlasst, beispielsweise als Partner in einer Gemeinschaftspraxis, 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.

Zur Beurteilung der Meldung ist der schriftliche Bericht⁴ des Konsiliararztes von großer Bedeutung. Dieser Bericht, in dem dargelegt wird, in welcher Situation sich der Patient zum Zeitpunkt des Besuchs befand und auf 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. Daher muss der behandelnde Arzt auch kontrollieren, ob der Bericht des Konsiliararztes qualitativ in Ordnung ist und ob der Konsiliararzt alle Sorgfaltskriterien umfassend beurteilt hat. Gegebenenfalls muss er den Konsiliararzt dazu eingehender befragen.

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 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 erforderlich. 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 grundsätzlich ein zweiter Besuch des Konsiliararztes bei dem Patienten notwendig sein. Eine derartige Situation war in Fall 6 eingetreten. Die

⁴ Die Checkliste für den Konsiliarbericht bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung kann als Richtschnur dienen und ist unter www.euthanasiecommissie.nl abrufbar.

Kommission war der Auffassung, dass faktisch kein zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen worden war, da die Konsultation fünf Monate vor der Durchführung der Lebensbeendigung stattgefunden hatte. Da sich der Zustand der Patientin nach dem Besuch des Konsiliararztes stabilisierte und über längere Zeit für die Patientin erträglich blieb, war eine neue Situation entstanden, die – nachdem die Patientin ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte – eine erneute Konsultation erforderlich machte. Dem Arzt hätte klar sein müssen, dass er fünf Monate später bei der Vorbereitung der Sterbehilfe erneut einen Konsiliararzt hätte hinzuziehen müssen. Die Kommission argumentierte, dass in der Sterbehilfepraxis ganz allgemein von einer begrenzten „Gültigkeit“ des Konsiliarberichts ausgegangen werde, die in keinem Fall fünf Monate betrage. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

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

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.

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 5 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Urteil: „Nicht sorgfältig“

Der Konsiliararzt war der Hausarzt der Patientin. Als behandelnder Arzt der Patientin war seine Unabhängigkeit ihr gegenüber nicht gegeben. Das Argument des ausführenden Arztes, er selbst müsse als Konsiliararzt betrachtet werden, wurde von der Kommission verworfen. Der ausführende Arzt kann nicht zugleich in der Funktion des Konsiliararztes in Erscheinung treten. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Bei einer Frau im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde im Zusammenhang mit Bauchbeschwerden ein Sigmakarzinom mit Lebermetastasen festgestellt. Sie erhielt eine Chemotherapie. Nach einigen Monaten schritt die Krankheit fort, und es wurden Knochenmetastasen festgestellt. Das Leiden der Patientin war unerträglich, es gab keine Aussicht auf Besserung.

Die Patientin sprach mehrmals mit ihrem Hausarzt über Sterbehilfe. Fünf Tage vor der Lebensbeendigung hatte sie ihn zum ersten Mal konkret um Sterbehilfe gebeten. Der Arzt hegte aus weltanschaulichen oder anderen Gründen Bedenken gegen die Durchführung von Sterbehilfe. Da er jedoch davon überzeugt war, dass allen

Sorgfaltskriterien entsprochen worden war, hatte er einen Kollegen aus dem Praxisverbund gebeten, die Lebensbeendigung durchzuführen. Dieser Arzt hatte sich zwei Tage vor der Lebensbeendigung telefonisch mit der Patientin in Verbindung gesetzt und sie einen Tag später zu Hause besucht und ausführlich mit ihr und ihrem Mann über ihren Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen. Der Arzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Er bat daraufhin den Hausarzt, als Konsiliararzt zu fungieren. Nach Auffassung sowohl des Arztes als auch des Hausarztes handelten sie dabei im Einklang mit dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, da beide der Ansicht waren, dass die Unabhängigkeit des Arztes gegeben sei und dass der Hausarzt eben derjenige sei, der die Patientin über lange Zeit hinweg betreut habe. Fünf Tage vor der Lebensbeendigung führte der Hausarzt ein ausführliches Gespräch mit der Patientin und ihrem Mann; von diesem Gespräch fertigte er einen Bericht an. Der Hausarzt kam zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission war der Auffassung, dass die Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Arztes im Sinne des Gesetzes nicht stattgefunden habe, da der Arzt, der die Lebensbeendigung durchführte, nicht gleichzeitig als unabhängiger Konsiliararzt auftreten könne. Die Behauptung des Arztes, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien faktisch erfüllt seien, da er selbst als unabhängiger Konsiliararzt anzusehen sei und der Hausarzt der Patientin als derjenige, der eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung mit der Patientin gehabt habe, wies die Kommission zurück. Nach Meinung der Kommission konnte Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes nur so ausgelegt werden, dass der Arzt, der erwägt, einer Bitte um Sterbehilfe Folge zu leisten, mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzuziehen muss. Dies war in diesem Fall nicht erfolgt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Die Kommission hat ihr Urteil an die Generalstaatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Die Generalstaatsanwaltschaft kam zu dem Schluss, dass die Einstellung des Verfahrens ohne Auflagen gerechtfertigt sei. Ein Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen sprach mit dem Arzt und dem Konsiliararzt und hielt weitere Maßnahmen nicht für notwendig.

Fall 6 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Urteil: „Nicht sorgfältig“

Die Durchführung der Lebensbeendigung erfolgte fünf Monate nach Hinzuziehung eines Konsiliararztes. Da sich der Zustand der Patientin nach dem Besuch des Konsiliararztes stabilisierte und über längere Zeit für die Patientin erträglich blieb, war eine neue Situation entstanden, die – nachdem die Patientin ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte – eine neuerliche Konsultation erforderlich machte. Infolgedessen hätte der Arzt erneut einen Konsiliararzt hinzuziehen müssen.

Bei einer Frau im Alter zwischen 60 und 70 Jahren wurde ein metastasierendes Mammakarzinom diagnostiziert. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Ihr Zustand verschlechterte sich im Lauf der Zeit zusehends. Für die Patientin gab es keine Aussicht auf Besserung, sie litt unerträglich. Sie bat ihren Arzt um Sterbehilfe. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu.

Dieser besuchte die Patientin fünf Monate vor der Lebensbeendigung. Für den Konsiliararzt war es nachvollziehbar, dass das Leiden der Patientin bald unerträglich sein würde. In seinem Bericht kam er zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Der Kommission fiel auf, dass die Erstellung des Konsiliarberichts fünf Monate zurücklag. In der Sterbehilfepraxis wird jedoch allgemein von einer begrenzten „Gültigkeit“ des Konsiliarberichts ausgegangen, die in keinem Fall fünf Monate beträgt. Der Kommission fiel außerdem auf, dass der Konsiliararzt nicht festgestellt hatte, dass das Leiden der Patientin unerträglich war, sondern lediglich, dass es bald unerträglich werden würde. Dennoch war der Konsiliararzt zu dem Schluss gekommen, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien. Nach Auffassung der Kommission hatte der Konsiliararzt den behandelnden Arzt damit in die Irre geführt. Die Kommission forderte den Arzt und den Konsiliararzt zu einer mündlichen Erläuterung auf.

Die Kommission war der Meinung, dass faktisch kein zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen worden war, da die Konsultation fünf Monate vor der Durchführung der Lebensbeendigung stattgefunden hatte und der Konsiliararzt zwar in seinem Bericht erklärt hatte, die Sorgfaltskriterien seien erfüllt, sich dabei aber auf ein Leiden bezog, dass nachvollziehbar *bald* unerträglich sein würde.

Die Kommission war der Ansicht, dass der Arzt angesichts des Verlaufs der Krankheit hätte erkennen müssen, dass es sich bei der Erklärung des Konsiliararztes, das Leiden der Patientin werde bald unerträglich werden, lediglich um eine Mutmaßung handelte, die durch den tatsächlichen Verlauf der Krankheit widerlegt wurde. Da sich der Zustand der Patientin stabilisierte und über längere Zeit für die Patientin erträglich blieb, war eine neue Situation entstanden, die – nachdem die Patientin ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte – einen erneuten Besuch des Konsiliararztes erforderlich machte. Dem Arzt hätte klar sein müssen, dass er fünf Monate später bei der Vorbereitung der Sterbehilfe erneut einen Konsiliararzt hätte hinzuziehen müssen. Da er den Konsiliararzt jedoch kein weiteres Mal zu Rate gezogen hatte, hat der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Die Kommission hat ihr Urteil an die Generalstaatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Die Generalstaatsanwaltschaft kam zu dem Schluss, dass die Einstellung des Verfahrens ohne Auflagen gerechtfertigt sei. Ein Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen sprach mit dem Arzt und hielt weitere Maßnahmen nicht für notwendig.

Fall 7 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Urteil: „Nicht sorgfältig“

Der Arzt hatte die Lebensbeendigung durchgeführt, bevor er von den Ergebnissen der von ihm hinzugezogenen Konsiliarärztin Kenntnis nehmen konnte. Die Kommission urteilte, dass die Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Arztes nicht stattgefunden hatte und die Sorgfaltskriterien somit nicht erfüllt waren.

Ein Mann im Alter von über 90 Jahren litt an einem wachsenden Augentumor, eine Heilung war unmöglich. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige Spezialistin, die auch SCEN-Ärztin ist, hinzu. Diese kam zu dem Urteil, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt seien.

Bei der Prüfung dieser Meldung ergaben sich bei der Kommission verschiedene Fragen. Aus der Meldung ging hervor, dass der Arzt die Ergebnisse der Konsultation nicht abwarten konnte. Für die Kommission war unklar, wann genau die Konsiliarärztin den behandelnden Arzt über ihre Ergebnisse und Schlussfolgerungen informiert hatte. Der Kommission war außerdem aufgefallen, dass die Konsiliarärztin ihren Bericht auf den Tag der Durchführung datiert, dem Arzt jedoch erst zwei Tage später per Fax zugeschickt hatte. Dies warf bei der Kommission die Frage auf, inwieweit die Unabhängigkeit der Konsiliarärztin beim Verfassen ihres Berichts gegeben war. Die Kommission forderte den Arzt und die Konsiliarärztin zu einer mündlichen Erläuterung auf.

Angesichts der Fakten und Umstände hat die Kommission Folgendes erwogen.

Unter Konsultation eines zweiten, unabhängigen Arztes versteht die Kommissionen *die Kenntnisnahme von der Stellungnahme des Konsiliararztes* und die Berücksichtigung seines Urteils bei der Beurteilung des Ersuchens des Patienten um Sterbehilfe.

Die Kommission war der Auffassung, dass in diesem Fall die Hinzuziehung eines zweiten, unabhängigen Arztes im vorstehend beschriebenen Sinne nicht stattgefunden hatte, da der Arzt die Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt hatte, bevor er das Urteil der Konsiliarärztin zur Kenntnis genommen hatte.

Der Arzt hatte nicht selbst mit der Konsiliarärztin gesprochen. Er hatte seine Nachfolgerin den Kontakt herstellen lassen und hatte sich weder mündlich noch auf anderem Wege mit der Konsiliarärztin in Verbindung gesetzt, um sich mit ihr über ihre Ergebnisse auszutauschen.

Nach Meinung der Kommission hatte der Arzt bei seinem Handeln somit auf sein eigenes Urteil vertraut und eine Reflexion seines Handelns – im Rahmen der Hinzuziehung eines Konsiliararztes – unmöglich gemacht, indem er von der Kenntnisnahme von einer zweiten Meinung bewusst abgesehen hatte.

Da er die Lebensbeendigung auf der Grundlage seines eigenen Urteils und seiner eigenen Entscheidung durchgeführt hatte, ohne die Ergebnisse der Konsiliarärztin zur Kenntnis zu nehmen, hatte der Arzt nach Auffassung der Kommission nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Die Kommission hat ihr Urteil an die Generalstaatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Die Generalstaatsanwaltschaft kam zu dem Schluss, dass die Einstellung des Verfahrens ohne Auflagen gerechtfertigt sei. Ein Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen sprach mit dem Arzt und hielt weitere Maßnahmen nicht für notwendig.

Fall 8 (nicht aufgenommen)

Fall 9 (nicht aufgenommen)

Fall 10 (nicht aufgenommen)

Fall 11 (Hinzuziehung eines Konsiliararztes)

Urteil: „Nicht sorgfältig“

Der Konsiliararzt war ein an der Behandlung des Patienten beteiligter Spezialist. Die behandelnde Ärztin war sich nicht hinreichend im Klaren darüber, dass das Gesetz die Unabhängigkeit des Konsiliararztes erfordert. Sie war der Meinung, dass die Hinzuziehung eines unabhängigen Arztes keinen Mehrwert biete und nicht nötig sei, da die Situation des Patienten offenkundig der in seiner Patientenverfügung enthaltenen Beschreibung von unerträglichem Leiden entspreche.

Bei einem Mann im Alter zwischen 80 und 90 Jahren trat Ende Juni 2008 während einer nach einem Herzinfarkt erforderlich gewordenen Bypassoperation (CABG) die Komplikation eines schweren ischämischen Schlaganfalls in der linken Hemisphäre auf. Daraus folgten eine akute Hemiparese rechts und schwere Aphasie. Der klinische Zustand des Patienten verbesserte sich in den darauffolgenden Wochen nicht. Er entwickelte eine Cheyne-Stokes-Atmung. Mit Hilfe eines CT-Scans wurde ein schwerer hämorrhagischer Infarkt im Bereich der Arteria cerebri media festgestellt. Eine Heilung war nicht möglich. Der Patient litt unerträglich unter der vollkommenen Abhängigkeit von anderen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und dem Verlust des Sprachvermögens.

Der Patient hatte Ende Mai 2008 mehrere Male ausführlich mit der Ärztin über seinen Wunsch nach Sterbehilfe für den Fall, dass sein Leiden unerträglich sei, gesprochen. Auf Anraten der Ärztin hatte er eine Patientenverfügung verfasst, die es der Ärztin ermöglichen würde zu handeln, wenn der Patient dies selbst nicht mehr erbitten könnte. In dieser Verfügung erklärte er, Sterbehilfe zu wünschen, sollte er durch Invalidität in völlige Abhängigkeit von anderen geraten. Vier Tage vor der Lebensbeendigung hatte der Patient im Beisein seiner Ehefrau und seiner Tochter der Ärztin gegenüber durch Nicken und Kopfschütteln konkret um Sterbehilfe ersucht. Zwei Tage vor der Lebensbeendigung konnte der Patient nicht mehr auf die Fragen der Ärztin oder des hinzugezogenen Spezialisten reagieren.

Nachdem die Ärztin die Patientenverfügung eingesehen hatte, setzte sie sich zwei Tage vor dem Wochenende telefonisch mit SCEN in Verbindung. Sie erfuhr, dass sie erst nach dem Wochenende mit einem Rückruf rechnen könne. Daraufhin entschied sie, am Freitag einen an der Behandlung des Patienten beteiligten Spezialisten zu konsultieren. Auf Nachfragen der Kommission erklärte die Ärztin, dass sie sich nicht hinreichend im Klaren darüber gewesen sei, dass nach dem Gesetz die Unabhängigkeit des Konsiliararztes gegeben sein muss. Sie war der Meinung, dass die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes keinen Mehrwert biete und nicht nötig sei, da die Situation des Patienten offenkundig seiner in der Patientenverfügung niedergelegten Erklärung entspreche, dass er nicht weiterleben wolle, wenn er für die Aktivitäten des täglichen Lebens vollkommen von anderen abhängig werde. Hinzu kam, dass der Patient meist nicht mehr auf Ansprechen reagierte und daher seinen Wunsch nach Sterbehilfe dem SCEN-Arzt gegenüber nicht mehr hätte bekräftigen können.

Der von der Ärztin hinzugezogene Spezialist besuchte die Patientin zwei Tage vor der Lebensbeendigung. Dieser stellte fest, dass der Patient aufgrund seiner vollkommenen Abhängigkeit und des Verlusts des Sprachvermögens unerträglich litt und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Der Patient wiederholte seinen Wunsch nach Sterbehilfe ihm gegenüber nicht. Der Arzt ließ noch eine Kernspintomographie durchführen, deren Ergebnisse bestätigten, dass es für den Patienten keine Aussicht auf Besserung gab.

Nach intensiven Gesprächen zwischen der Ärztin, den Angehörigen des Patienten und dem Pflegedienst verständigte man sich angesichts der infausten Prognose darauf, dass die Ärztin die Lebensbeendigung durchführen solle.

Die Kommission urteilte, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte. Dabei spielte die Erwägung eine Rolle, dass er in seiner Patientenverfügung ausdrücklich erklärt hatte, dass er, wenn er durch Invalidität in völlige Abhängigkeit von anderen geraten sollte, Sterbehilfe erbitte. Außerdem hatte er seinen Wunsch nach Sterbehilfe vier Tage vor seinem Tod der Ärztin gegenüber geäußert. Die Kommission kam außerdem zu dem Schluss, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Patienten unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab. Der Patient hatte sowohl in einem ausführlichen Gespräch mit der Ärztin als auch in seiner Patientenverfügung verdeutlicht, woraus für ihn ein unerträgliches Leiden bestand. Obwohl er kurz vor seinem Tod nicht mehr in der Lage war, die Unerträglichkeit seines Leidens in Worte zu fassen, war es für die Ärztin offensichtlich, dass sich der Patient in einem Zustand befand, den er zuvor als unerträgliches Leiden beschrieben hatte und den er auch so empfand.

Die Kommission kam zu dem Urteil, dass das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht eingehalten worden war. Für die Kommission stand fest, dass die Ärztin bewusst einen Spezialisten als Konsiliararzt hinzugezogen hatte, der an der Behandlung des Patienten beteiligt war. Die Ärztin wollte keinen SCEN-Arzt einschalten, da dies mehr Zeit gekostet hätte. Sie hatte auch nicht erwogen, einen anderen unabhängigen Konsiliararzt hinzuzuziehen. Sie erklärte, dass sie sich nicht hinreichend im Klaren darüber gewesen sei, dass nur ein unabhängiger Arzt als Konsiliararzt in Betracht komme. Die Kommission urteilte, dass die Ärztin von der Bedeutung der Unabhängigkeit eines Konsiliararztes bei Sterbehilfefällen hätte wissen müssen. Sie stellte fest, dass der im Rahmen der geleisteten Sterbehilfe hinzugezogene Spezialist nicht als unabhängig angesehen werden kann, da er an der Behandlung des Patienten beteiligt war.

Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Sie hat ihr Urteil an die Generalstaatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Von beiden Stellen ist noch keine Mitteilung über die weitere Behandlung der Angelegenheit eingegangen.

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 Empfehlungen⁵ der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) befolgt. Bei der Lebensbeendigung auf Verlangen sollte den Empfehlungen entsprechend zunächst ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein muskelrelaxierendes Mittel intravenös verabreicht werden. In ihren Empfehlungen führt die KNMP aus, welche Mittel bei der Lebensbeendigung auf Verlangen verwendet werden sollten und von welchen Mitteln sie abrät. Dabei wird

⁵ Standaard Euthanatica: Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007

zwischen Mitteln der ersten Wahl⁶ und Mitteln der zweiten Wahl⁷ unterschieden. Mit den Mitteln der zweiten Wahl hat man weniger Erfahrungen gesammelt, außerdem heben sie sich weniger von anderen Mitteln ab. Darüber hinaus werden in den Empfehlungen Mittel aufgeführt, die nicht als Alternative für Mittel erster Wahl dienen können und von deren Verwendung abgeraten wird.

Wenn ein Arzt nicht auf ein Mittel der ersten Wahl zurückgreift, zieht dies eingehendere Fragen seitens der Kommissionen nach sich. Bei der Prüfung des Aspekts der medizinisch sorgfältigen Durchführung gilt die Prämisse, dass die Verwendung von Mitteln der zweiten Wahl zulässig ist, sofern der Arzt sein Handeln hinreichend oder triftig begründet. Wenn die Verwendung von Mitteln zweiter Wahl nicht hinreichend begründet wird oder Mittel eingesetzt werden, die nicht als Alternativlösungen genannt werden oder von deren Verwendung abgeraten wird, erbitten die Kommissionen nähere Informationen.

Der Einsatz von Mitteln, deren Verwendung nicht empfohlen wird, kann für den Patienten und auch für bei der Lebensbeendigung anwesende Angehörige negative 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 Komas wurden dann allerdings die vorgeschriebenen Mittel verwendet. Gegen den Einsatz eines Mittels wie Dormicum als Prämedikation ist dann nichts einzuwenden. Es empfiehlt sich, dass der Arzt vor der Durchführung der Lebensbeendigung mit dem Patienten und den Angehörigen darüber spricht, wie das zu verwendende Mittel wirkt. Unter Beachtung der Empfehlungen der KNMP sollten die individuellen Wünsche des Patienten berücksichtigt werden.

In ihren Empfehlungen legt die KNMP außerdem dar, wie die Mittel bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung dosiert werden sollten. Wird die Dosierung der Sterbemittel nicht angegeben oder stimmt sie nicht mit den Empfehlungen überein, befragen die Kommissionen den Arzt hierzu. Werden diesbezüglich keinerlei Angaben gemacht, erbitten die Kommissionen nähere Informationen zur Art der Verabreichung.

Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass sich der Patient zu dem Zeitpunkt, an dem ihm das muskelrelaxierende Medikament verabreicht wird, in einem tiefen Koma befindet. Damit der Patient die Wirkung des Muskelrelaxans nicht spürt, muss die Dosierung des komaauslösenden Mittels mit großer Sorgfalt vorgenommen werden. In den Fällen 12 und 13 handhabten die Ärzte bei der Verabreichung des komaauslösenden Mittels eine geringere Dosierung als in den Empfehlungen der KNMP beschrieben. In beiden Fällen hatte sich der Arzt von einem Apotheker beraten lassen. Die Kommission argumentierte, dass der Arzt die Verantwortung für die sorgfältige Durchführung der Lebensbeendigung trägt. In beiden Fällen lautete das Urteil der Kommissionen, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte, da aufgrund der niedrigen Dosierung des komaauslösenden Mittels nicht sichergestellt war, dass sich der Patient zum Zeitpunkt der Verabreichung der Muskelrelaxantien in einem tiefen Koma befand.

⁶ Siehe die Tabelle auf Seite 22, Standaard Euthanatica: Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007

⁷ Siehe Seite 26, Standaard Euthanatica: Toepassing en bereiding (Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln), 2007

Bei der Sterbehilfe, genauer gesagt bei der Lebensbeendigung auf Verlangen, liegt eine aktive Handlung des Arztes vor, der dem Patienten das Sterbemittel intravenös verabreicht. Um Hilfe bei der Selbsttötung handelt es sich, wenn der Arzt dem Patienten das Sterbemittel übergibt und dieser das Mittel selbst einnimmt. Der Arzt muss so lange bei dem Patienten bleiben, bis der Tod eingetreten ist. Schließlich sind Komplikationen möglich; so könnte der Patient z. B. die Flüssigkeit wieder erbrechen. In einem solchen Fall könnte der Arzt dann noch aktiv Sterbehilfe leisten.

Der Arzt darf den Patienten nicht mit dem Sterbemittel allein lassen. Dies kann gefährlich sein – für den Patienten, aber auch für andere.

In der Praxis kommt es ab und zu 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.⁸

Fall 12 (Medizinisch sorgfältige Durchführung)

Urteil: „Nicht sorgfältig“

Der Arzt war in seiner Dosierung des komaauslösenden Mittels von den Empfehlungen der KNMP abgewichen. Da somit nicht sichergestellt war, dass sich die Patientin von dem Zeitpunkt, an dem ihr das muskelrelaxierende Mittel verabreicht worden war, bis zum Eintreten des Todes in einem tiefen Koma befand, kam die Kommission zu dem Schluss, dass die Durchführung nicht medizinisch sorgfältig erfolgt war.

In diesem Fall leistete der Arzt Sterbehilfe, indem er 500 mg Nesdonal in 20 ml NaCl 0,9 % und 75 mg Tracrium intravenös verabreichte. Auf Nachfrage der Kommission erklärte der Arzt, dass er sich in Absprache mit einem Anästhesisten für die genannte Dosierung entschieden habe. Beide hielten die Verabreichung eines komaauslösenden Mittels in der von der KNMP empfohlenen Dosierung von einmalig 2000 mg für nicht passend. Der Anästhesist vertrat die Auffassung, eine vierfache Thiopental-Dosierung sei übertrieben. Der behandelnde Arzt vertraute auf die große Erfahrung des Anästhesisten.

Die Infusion wurde mit hoher Infusionsgeschwindigkeit appliziert. Nach drei Minuten verlor die Patientin das Bewusstsein, nach acht Minuten befand sie sich in einem tiefen Koma. Unmittelbar danach wurde die Tracrium-Infusion appliziert. Die Patientin starb fünf Minuten später. Der Arzt erklärte, er habe mit Hilfe eines Schmerzreizes überprüft, ob sich die Patientin in einem Koma befand. Er gab an, dass er zum Zeitpunkt der Tracrium-Verabreichung nicht festgestellt habe, dass die Patientin nicht mehr komatös war, dass er jedoch nicht beweisen könne, dass sie sich tatsächlich nach wie vor in einem Koma befunden habe.

⁸ Siehe Artikel 3 Absatz 1 der Richtlinien zur Arbeitsweise der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, festgestellt am 21. November 2006.

Die Kommission erwog, dass die Muskeln der Patientin nach der Tracrium-Verabreichung gelähmt waren, weshalb sie zu keiner Reaktion mehr in der Lage war. Sollte sie sich nicht mehr im Koma befunden haben, hätte sich das aufgrund der Muskellähmung nicht mehr feststellen lassen. Angesichts der geringen Thiopental-Dosierung war nicht sichergestellt, dass sich die Patientin vom Zeitpunkt der Verabreichung des muskelrelaxierenden Mittels bis zum Eintreten des Todes ununterbrochen im Koma befunden hatte.

Die Kommission urteilte, dass der Arzt bei der Herbeiführung des Komas durch die Verabreichung von 500 mg Nesdonal das Risiko eingegangen war, dass sich die Patientin in der Zeit zwischen Verabreichung des Muskelrelaxans und Eintritt des Todes nicht ununterbrochen im Koma befunden hatte. Auch wenn der Arzt meinte, er könne der Empfehlung des Anästhesisten folgen, war er doch für die medizinisch sorgfältige Durchführung der Sterbehilfe verantwortlich.

In den Empfehlungen der KNMP wird für die Herbeiführung eines Komas Thiopental in einer Dosierung von 2000 mg angeraten. Die Dosierung wurde gegenüber der letzten Version der Empfehlungen aus dem Jahr 1998 heraufgesetzt, da sich die darin befürwortete Dosis von 1500 mg in einigen Fällen als zu niedrig erwiesen hatte. Die Kommission bestätigt die Prämisse, dass gewährleistet sein muss, dass ein Patient nicht aus seinem Koma erwacht und somit die Wirkung des später verabreichten Muskelrelaxans nicht spüren kann. Aus diesem Grund misst sie der Dosierung des komaauslösenden Mittels große Bedeutung bei.

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

Sie hat ihr Urteil an die Generalstaatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet.

Von beiden Stellen ist noch keine Mitteilung über die weitere Behandlung der Angelegenheit eingegangen.

Fall 13 (nicht aufgenommen)

Fall 14 (nicht aufgenommen)

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 (Sterbehilfegesetz) niedergelegt; die Meldepflicht ist im Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen verankert.

Darüber hinaus gibt es nach dem Sterbehilfegesetz Regionale Kontrollkommissionen, die die Aufgabe haben, auf der Grundlage des Berichts des Arztes und anderer der Meldung beigefügter Unterlagen zu beurteilen, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung durchgeführt hat, im Einklang mit den in Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

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 ausführlichen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien hinzu⁹. Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise 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 der Kommission die Lebensbeendigung 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 überprüft, ob der Arzt die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Gegebenenfalls stellt sie dem betreffenden Arzt noch weitergehende Fragen, die er schriftlich¹⁰, manchmal auch telefonisch beantwortet. 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 darzulegen.

⁹ Ein Musterbericht ist unter www.euthanasiecommissie.nl einsehbar.

¹⁰ Dem Evaluierungsbericht zum Sterbehilfegesetz zufolge in etwa 6 % der im Jahr 2005 gemeldeten Fälle.

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 zusätzliche Fragen hat.

Die Kommissionen geben ein Urteil über die Meldungen ab. Fast immer 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.

2008 wurde in zehn 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 Generalstaatsanwaltschaft und an die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Die Generalstaatsanwaltschaft 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 Generalstaatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen finden jedes Jahr Beratungen statt.

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 als Expertengremium. Sie verfügen außerdem über Sekretariate, die die Kommissionen bei ihren Tätigkeiten unterstützen. Die Sekretariate sind 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. Die Qualität der Berichte muss kontinuierlich überwacht werden. Die Ergebnisse der Kommissionen werden in allgemein formulierter Form an SCEN übermittelt.

Außerdem organisieren die Kommissionen Präsentationen, z. B. für Gesundheitsämter (GGDs), Hausärzteverbände, Krankenhäuser, 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 2008 bis zum 31 Dezember 2008

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 2331 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 2146 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 152 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 33 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 2083 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 152 um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 91 Fällen einen Arzt aus einem Pflegeheim und in 5 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	1893
Herz- und Gefäßkrankheiten	62
Erkrankung des Nervensystems	117
Andere	145
Mehrfacherkrankungen	114

Orte der Lebensbeendigung

In 1851 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 145 Fällen in einem Krankenhaus, in 87 Fällen in einem Pflegeheim, in 111 Fällen in einem Altersheim und in 137 Fällen an einem anderen Ort (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 zehn 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 32 Tage.