



**Regionalen
Kontrollkommissionen
für Sterbehilfe**

Jahresbericht 2009

Inhalt

Vorwort	3
Kapitel I Entwicklungen 2009	
Meldungen	5
Medizinisch sorgfältige Durchführung	5
Psychiatrische Problematik	6
Demenz	6
Kombination verschiedener Leidensfaktoren	6
Der meldende Arzt	6
Rechenschaft gegenüber der Kommission	7
Kapitel II Sorgfaltskriterien	
Die Sorgfaltskriterien im Allgemeinen	8
Die Sorgfaltskriterien im Einzelnen	8
a Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen	8
Schriftliche Patientenverfügung	8
b Unerträgliches Leiden und keine Aussicht auf Besserung	16
Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen	17
Palliative Sedierung	18
c Patientenaufklärung	18
d Keine andere annehmbare Lösung	18
e Hinzuziehung eines Konsiliararztes	20
f Medizinisch sorgfältige Durchführung	25
Kapitel III Aufgaben der Kommissionen	
Gesetzlicher Rahmen	31
Rolle der Kommissionen	31
Übersicht der Meldungen	33

Vorwort

Verehrte Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2009 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. In unseren Jahresberichten legen wir Rechenschaft über unsere Prüfungstätigkeit ab, die wir gemäß dem Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) ausüben.

Im Jahr 2009 stieg die Zahl der aufgrund des Sterbehilfegesetzes eingegangenen Meldungen erneut stark an: waren es im Jahr 2008 noch 2331 Fälle, so gingen 2009 schon 2636 Meldungen ein. Dies entspricht einer Zunahme von über 13 Prozent. Seit 2006 erhöht sich die Zahl der eingegangenen Meldungen jedes Jahr um eine zweistellige Prozentzahl. Daraus ergeben sich verschiedene Konsequenzen. Zunächst einmal stoßen die fünf regionalen Kontrollkommissionen und ihre Sekretariate an die Grenzen ihrer Kapazität. Die Arbeitsbelastung der Sekretariatsmitarbeiter ist trotz größtmöglicher Effizienz zu hoch. Da sich die Sekretariate notgedrungen auf die Kernaufgabe – die Unterstützung der Kommissionen bei der Beurteilung der gemeldeten Sterbefälle – beschränken mussten, blieb für andere Tätigkeiten zu wenig Raum.

So kam es zum Beispiel zu Verzögerungen bei der Veröffentlichung der anonymisierten Urteile auf unserer Website www.euthaniascommissie.nl, was wir sehr bedauern. Das Sterbehilfegesetz wird seinem Anspruch nicht gerecht, wenn der Beurteilungsprozess nicht vollständig transparent ist. Vor allem Ärzte und Mediziner müssen sich eingehend darüber informieren können, grundsätzlich aber auch jeder andere Interessierte. Die Kommissionen legen daher großen Wert auf öffentliche Rechenschaftslegung. Dieses Ziel verfolgen wir vor allem auf drei Wegen: durch den vorliegenden Jahresbericht, durch Veröffentlichung grundsätzlich aller Urteile auf unserer Website sowie durch Vorträge, Diskussionsbeiträge und die Teilnahme an SCEN-Konferenzen¹ und anderen medizinischen Tagungen.

Das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport hat eingesehen, dass das Problem nur durch eine personelle Aufstockung gelöst werden kann. Diese wurde im März 2010 genehmigt. Diese Entscheidung wissen wir umso mehr zu schätzen, als die Schaffung neuer Beamtenstellen in der heutigen Zeit keine sehr populäre Maßnahme ist.

Jedes Jahr stellt sich wieder die Frage nach den Ursachen für die steigende Zahl der Meldungen, wobei sich konkrete Auslöser jedoch nicht benennen lassen. Im Vorwort zum Jahresbericht 2008 bin ich näher auf dieses Thema eingegangen. Auf der Suche nach den Ursachen, ließen wir damals einen Quick Scan durchführen, aus dem hervorging, dass es durchaus plausible Erklärungen gibt (wie etwa eine gestiegene Meldebereitschaft), dass es für konkretere Ergebnisse aber eingehenderer Untersuchungen bedarf. Daher begrüßen wir es, dass Jet Bussemaker, ehemalige Staatssekretärin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, 2010 erneut (wie bereits im Jahr 2005) die Durchführung einer detaillierten Evaluierungsstudie zum Sterbehilfegesetz beschlossen hat. Im Rahmen dieser Studie werden unter anderem die Häufigkeit der Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung sowie die Ursachen für die steigende Zahl der Meldungen untersucht. Die Tatsache, dass die niederländische Regierung derzeit nur noch geschäftsführend im Amt ist, hat glücklicherweise keine Auswirkungen auf die Studie. Eventuelle politische Konsequenzen können natürlich erst von der neuen Regierung gezogen werden.

¹ * SCEN steht für »Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden«

In neun (von 2636) Fällen kam die Kommission zu dem Urteil, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte. Die wichtigsten Passagen dieser Urteile wurden in anonymisierter Form in diesen Bericht aufgenommen. Wie in den bisherigen Jahresberichten setzen wir uns auch diesmal wieder mit der Sterbehilfe in besonderen Fällen – etwa bei Demenzpatienten – auseinander. Auch wird näher auf die Art der Durchführung der Sterbehilfe durch den Arzt eingegangen.

Reaktionen auf diesen Bericht sind den Kommissionen jederzeit willkommen.

J.J.H. Suyver

Koordinierender Vorsitzender der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe

Den Haag, Mai 2010

Kapitel I Entwicklungen 2009

2009 haben sich die folgenden relevanten Entwicklungen vollzogen.

Meldungen

2009 sind bei den Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (im Folgenden: »die Kommissionen«) 2636 Meldungen über Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung eingegangen. 2008 belief sich die Zahl der Meldungen auf 2331; das bedeutet eine Zunahme um 13,1 %. 2010 wird das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (im Folgenden: Sterbehilfegesetz) erneut evaluiert, wobei auch der starke Anstieg der Zahl der Meldungen untersucht wird.

Die Kommissionen haben die Fälle daraufhin geprüft, ob der durchführende Arzt die Sorgfaltskriterien nach dem Sterbehilfegesetz eingehalten hat. In neun 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 vollständigen Urteile – übrigens auch diejenigen zu allen Fällen, in denen den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde – wurden auf der Website der Kommissionen (www.euthanasiacommissie.nl) veröffentlicht. Lediglich Urteile, bei deren Publikation die Anonymität des Patienten nicht gewährleistet wäre, werden nicht veröffentlicht.

Hinweis: Aufgrund des starken Anstiegs der Zahl der Meldungen in den letzten Jahren, dem keine entsprechende Personalaufstockung gegenüberstand, konnten 2009 leider keine Urteile zur Publikation aufbereitet und veröffentlicht werden.

Medizinisch sorgfältige Durchführung

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 orientieren sich die Kommissionen grundsätzlich an den Empfehlungen der niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP). In deren Stan-

dards zur Anwendung und Zubereitung von Sterbemitteln (»Standaard Euthanatica«) 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 für ein Mittel der ersten Wahl dienen. Darüber hinaus sind in den »Standards« die Mittel aufgeführt, die nicht als Alternative für Mittel der ersten Wahl dienen können, sowie Mittel, von deren Verwendung abgeraten wird.

Wenn ein Arzt nicht ein Mittel der ersten Wahl verwendet, 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 eingesetzt hat, die nicht als Alternativlösungen genannt werden oder von deren Verwendung abgeraten wird, findet eine Befragung des Arztes durch die Kommissionen statt. 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. Wurden keinerlei Angaben zur Verabreichung gemacht, erbitten die Kommissionen auch dazu nähere Informationen.

Auch im Jahr 2009 mussten sich die Kommissionen mit Fällen befassen, in denen Sterbemittel eingesetzt wurden, die nach den »Standards« der KNMP nicht als Mittel erster Wahl gelten, sowie mit Fällen, in denen die Dosierung der Sterbemittel nicht angegeben wurde oder nicht mit den »Standards« übereinstimmte. Die Kommissionen stellen jedoch

fest, dass 2009 der Einsatz von Sterbemitteln im Einklang mit den »Standards« beträchtlich zugenommen hat. Dies ist offenbar unter anderem eine Folge der diesbezüglichen Berichterstattung in der im November 2008 erschienenen Ausgabe der Fachzeitschrift »Medisch Contact« (Nr. 4). Dennoch urteilten die Kommissionen auch in diesem Berichtsjahr in 4 Fällen, dass der Arzt im Hinblick auf die Dosierung des Sterbemittels nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

2009 ging bei den Kommissionen darüber hinaus eine Meldung über einen Fall der Hilfe bei der Selbsttötung ein, bei dem der Arzt zum Zeitpunkt der Selbsttötung nicht bei dem Patienten war (Fall 18). Die Kommission kam zu dem Urteil, dass der Arzt nicht im Einklang mit dem Sorgfaltskriterium nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe f des Sterbehilfegesetzes (medizinisch sorgfältige Durchführung) gehandelt hat.

Die Kommissionen stellten fest, dass die Konsultation eines SCEN-Arztes bezüglich der Art der Durchführung der beabsichtigten Sterbehilfe für viele Ärzte nicht selbstverständlich ist. Obwohl der nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Sterbehilfegesetzes hinzuzuziehende unabhängige Konsiliararzt lediglich ein Urteil zu den unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien abgeben muss, steht es dem meldenden Arzt natürlich frei, sich mit diesem Konsiliararzt – häufig ein SCEN-Arzt – über die Art der Durchführung der geplanten Sterbehilfe zu beraten. Den Kommissionen fiel auf, dass einige SCEN-Ärzte selbst die Initiative ergreifen und dem konsultierenden Arzt anbieten, ihn auf Wunsch in Bezug auf die Art der Durchführung zu beraten. Damit leisten sie die von ihnen erwartete Unterstützung der betroffenen Ärzte.

Psychiatrische Problematik

2009 gingen bei den Kommissionen keine Meldungen über Sterbehilfe bei Patienten mit psychiatrischer Problematik ein. Allgemein gilt, dass der Arzt in einem Fall von Lebensbeendigung auf Verlangen oder 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. Darum ist hier noch größere Sorgfalt vonseiten des Arztes erforderlich.

Demenz

Die Kommissionen haben die Zusage der Staatssekretärin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport gegenüber dem Abgeordnetenhaus, im Jahresbericht der Kommissionen explizit die Zahl der Sterbehilfefälle im Zusammenhang mit Demenz zu nennen, zur Kenntnis genommen. 2009 haben die Kommissionen 12 Meldungen von Lebensbeendigung auf Verlangen bei Patienten mit beginnender Demenz beurteilt. In allen Fällen kam die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. Einige dieser Fälle wurden informationshalber in diesen Bericht aufgenommen (Fälle 4, 5 und 6).

Kombination verschiedener Leidensfaktoren

Bei der Beantwortung der Fragen des Abgeordnetenhauses hat die Staatssekretärin außerdem zugesagt, dass sich der Jahresbericht der Kommissionen 2009 explizit mit Sterbehilfefällen befassen werde, bei denen infolge einer Kombination verschiedener Erkrankungen mehrere Faktoren für das Leiden der Patienten und insbesondere für dessen Unerträglichkeit ausschlaggebend sind.

Wie nachstehend in Kapitel II Abschnitt b dargelegt wird, wird das Leiden der um Sterbehilfe bittenden Patienten nahezu immer durch eine Kombination von Elementen bzw. Faktoren verursacht, die ihre Leidensfähigkeit so weit übersteigen, dass sie ihr Leiden als unerträglich empfinden. Für den Arzt muss diese Unerträglichkeit des Leidens nachvollziehbar sein.

Der meldende Arzt

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung werden fast immer vom behandelnden Arzt durchgeführt; in der Praxis handelt es sich häufig um den Hausarzt des Patienten. Es kann aber auch vorkommen, dass ein anderer Arzt die Sterbehilfe leistet, etwa in Vertretung des behandelnden Arztes, weil sich die Situation des Patienten rapide verschlechtert oder weil der behandelnde Arzt aufgrund seiner persönlichen Weltanschauung die Sterbehilfe nicht selbst durchführen will. Der durchführende – also meldende – Arzt muss sich im Vorfeld umfassend über die Situation des Patienten informieren und sich persönlich davon überzeugen, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde.

Die als Fall 14 in diesem Bericht beschriebenen Meldung, bei der zu einem sehr späten Zeitpunkt Unklarheit darüber

entstand, wer die Sterbehilfe leisten sollte, konnte der durchführende Arzt (der Hausarzt) in der Hektik des Augenblicks nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes entsprechen. Obwohl er – angesichts der Umstände – in medizinischer und ethischer Hinsicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen war, konnte die Kommission nur zu dem Urteil kommen, dass er nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien nach Artikel 2 des Sterbehilfegesetzes gehandelt hat.

In diesem Berichtsjahr wurde den Kommissionen ein Fall gemeldet, in dem ein Betriebsarzt Sterbehilfe geleistet hatte. Nachdem die Kommission den Arzt um eine nähere Erläuterung seiner Beziehung zu dem Patienten gebeten hatte, kam sie zu dem Schluss, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. 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.

Rechenschaft gegenüber der Kommission

In manchen Fällen weigert sich der meldende Arzt, der Kommission in einem persönlichen Gespräch nähere Informationen zu dem Sterbefall zu erteilen. Die Kommissionen sind sich darüber im Klaren, dass ein solches Gespräch für einen Arzt angesichts des Zeitaufwands, der notwendigen Regelung einer Vertretung usw. eine Belastung darstellt. Dennoch kann es für die Kommissionen wichtig sein, den Arzt persönlich zum Entscheidungsfindungsprozess oder zur konkreten Durchführung der Sterbehilfe zu befragen. Von dem Arzt darf erwartet werden, an der Überprüfung seines Handelns mitzuwirken.

Die Kommissionen möchten betonen, dass das Ziel eines derartigen Gesprächs darin besteht, dem Arzt Gelegenheit zur näheren Erläuterung eines Falls zu geben, über den in der Kommission trotz der vom Arzt schriftlich erteilten Informationen noch Unklarheit besteht. Der Arzt wird gebeten, auf diese Weise gegenüber der Kommission Rechenschaft abzulegen, wenn es der Kommission sonst nicht möglich wäre, die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien durch den Arzt zu beurteilen. Die Fälle 13 und 17 sind Beispiele für derartige Situationen.

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 Entscheidungsfindungsprozess offengelegt wird, erübrigt sich in vielen Fällen eine spätere Befragung durch die Kommission. Im vergangenen Jahr wurde ein neuer Musterbericht eingeführt. Die Formulierung der darin enthaltenen Fragen erleichtert es dem Arzt, gegenüber der Kommission darzulegen, dass er die Sorgfaltskriterien eingehalten hat und auf welche Weise.

Auch 2009 gaben die meisten Meldungen den Kommissionen keinen Anlass zu Diskussionen oder eingehenderen Fragen. In diesen Fällen konnten die Kommissionen rasch zu dem Schluss kommen, dass der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat. In einigen Fällen führte die Meldung in der Kommission zu langen, eingehenden Diskussionen; erforderlichenfalls wurde der Arzt um nähere schriftliche oder mündliche Informationen gebeten. Dieses Kapitel enthält einige Beispiele für solche Fälle.

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 des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wird. Gespräche über das bevorstehende Lebensende und die Wünsche des Patienten sowie die Erörterung der Möglichkeiten, diese Wünsche zu erfüllen, müssen Bestandteil der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein. 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 muss der Bitte reifliche Überlegung vorausgegangen sein. Das bedeutet, dass der Patient auf der Grundlage umfassender Informationen und eines klaren Krankheitsbewusstseins eine sorgfältige Abwägung getroffen hat. Ein Patient ist willensfähig, wenn er für fähig erachtet werden kann, die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung zu äußern.

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. Dazu muss er unter anderem untersuchen, ob der Patient relevante Informationen erfassen kann, ob er über ein Krankheitsbewusstsein verfügt und

ob er in der Lage ist, in sich schlüssige Erwägungen vorzunehmen. In solchen Fällen ist es sehr wichtig, zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt einen oder mehrere weitere Sachverständige, auf jeden Fall einen Psychiater, hinzuzuziehen, die diesen Aspekt fundiert beurteilen können. Werden andere Ärzte hinzugezogen, ist es wichtig, dass den Kommissionen auch deren Stellungnahmen mitgeteilt werden.

Depressive Beschwerden

Wie bereits erwähnt, wurden den Kommissionen 2009 keine Fälle von Sterbehilfe ausschließlich aufgrund psychiatrischer Probleme gemeldet, wohl aber Fälle, in denen ein Patient unter anderem unter depressiven Beschwerden litt. Häufig vergrößern derartige Beschwerden den Leidensdruck; es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sie auch die 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, ist dies den Kommissionen 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 Erwägungen, die zu diesem Entschluss geführt haben, sind für die Kommissionen relevante Informationen (siehe beispielsweise Fall 8).

Übrigens muss hier berücksichtigt werden, dass eine niedergeschlagene Stimmung in einer Situation, in der um Sterbehilfe gebeten wird, normal und im Allgemeinen kein Anzeichen für eine Depression ist.

Demenz

In allen 2009 behandelten Fällen von Sterbehilfe bei Patienten mit Demenzsyndrom (insgesamt 12) kamen die Kommissionen zu dem Urteil, dass den Sorgfaltskriterien entsprochen wurde. In diesen Fällen handelte es sich um Patienten, die sich im Anfangsstadium der Demenz befanden und die sich über ihre Krankheit und die Symptome, wie den Verlust des Orientierungsgefühls und der Persönlichkeit, noch im Klaren waren. Diese Patienten wurden als willensfähig eingestuft, da sie die Konsequenzen ihres Ersuchens um Sterbehilfe gut überschauen konnten. Die Fälle 4, 5 und 6 sind Beispiele für derartige Situationen. Die Kommissionen vertreten den Standpunkt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, im Allgemeinen mit besonderer Sorgfalt beurteilt werden muss.

Der Arzt muss bei seinen Erwägungen die Phase des Krankheitsprozesses und die anderen spezifischen Umstände berücksichtigen. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf wird es immer unwahrscheinlicher, dass der Patient noch ausreichend willensfähig ist.

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, darunter nach Möglichkeit ein Geriater. In derartigen Fällen sind neben den Aspekten der Freiwilligkeit und der reiflichen Überlegung des Ersuchens auch die Ausichtslosigkeit des Zustands des Patienten und insbesondere die Unerträglichkeit seines Leidens wichtige Faktoren im Entscheidungsfindungsprozess des Arztes. Die Kommissionen empfehlen den Ärzten bei der Beurteilung solcher Situationen mit besonderer Sorgfalt vorzugehen und den Kommissionen gegenüber ihr Handeln nachvollziehbar zu erläutern.

Schriftliche Patientenverfügung

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 ersetzt die mündlich geäußerte Bitte um Sterbehilfe bei 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, zuvor aber 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. In Fall 3 geht es um eine Situation, in der die schriftliche Patienten-

verfügung bei der Beurteilung des Aspekts der freiwilligen und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte des Patienten, der nicht mehr in der Lage war, seinen Willen zu äußern, eine wichtige Rolle spielte.

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. Eine handschriftliche Erklärung des Patienten, in der er seine Wünsche in eigenen Worten darlegt, stellt in der Regel eine ergänzende, persönliche Begründung dar und ist somit von größerer Relevanz als ein unterzeichnetes Formular, insbesondere wenn dieses viele hypothetische Formulierungen enthält. Anders als häufig angenommen, ist nach dem Sterbehilfegesetz das Vorliegen einer schriftlichen Patientenver-

fügung 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 die allgemeinen Gespräche über den Sterbehilfewishung des Patienten und seinen Entscheidungsfindungsprozess mit dem Patienten in der Patientenakte dokumentiert, kann er auch selbst zu größtmöglicher Klarheit beitragen. Dies kann auch für eventuelle Vertretungsärzte oder andere Personen, die an der Beschlussfassung beteiligt sind, von Bedeutung sein.

Fall 1 (nicht aufgenommen)

Fall 2

Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen Trotz eingeschränkter Fähigkeit zur verbalen Kommunikation (Aphasie) konnte der Patient seinen Wunsch zum Ausdruck bringen. Er war willensfähig; eine schriftliche Patientenverfügung lag nicht vor.

Ein Mann im Alter von 70 bis 80 Jahren erlitt anderthalb Jahre vor seinem Tod einen Infarkt in der linken Hemisphäre; die Folge waren eine Hemiparese rechts, eine motorische Aphasie und Schluckbeschwerden. Mit großer Mühe und enormer Motivation, sowohl in psychischer als auch physischer Hinsicht, konnte sich der Patient wieder ein annehmbares Leben im Pflegeheim aufbauen.

Ein Jahr später erlitt der Patient eine Hüftfraktur. Er entwickelte progressive Schluckbeschwerden, wodurch es zu rezidivierenden Lungenentzündungen kam. Außerdem litt er unter Harnretention, was einen Bauchdeckenkatheter erforderlich machte. Der Patient wurde wegen Infektionen behandelt, außerdem erhielt er Physiotherapie, Ergotherapie und eine logopädische Behandlung. Es wurde auch ein Psychologe hinzugezogen, der den Patienten in seinem Krankheitsprozess begleiten sollte. Der Patient wurde probeweise mit Antidepressiva behandelt, obwohl keine Depression diagnostiziert worden war. Zu diesem Schritt hatte man sich entschieden, weil die Motivation des Patienten angesichts der ausbleibenden Verbesserung seiner Situation nachließ. Er hatte gehofft, sich erneut ein annehmbares Leben erkämpfen zu können, was ihm jedoch aufgrund seiner Atemnot infolge der Lungenentzündungen und anderer Beschwerden nicht gelang. Seine Kondition wurde trotz all seiner Anstrengungen immer schlechter. Letztlich war er bettlägerig. Er lehnte jegliche lebenserhaltenden Maßnahmen ab und nahm kaum noch Nahrung zu sich. Er war nur noch ein Schatten seiner selbst. Der Patient, der sozial immer sehr aktiv gewesen war, litt schwer unter der Tatsache, dass er sich nicht mehr mitteilen konnte. Für ihn war sein Leiden unerträglich. Seine Kraft war aufgebraucht.

Anderthalb Monate vor seinem Tod hatte der Patient seine Ärztin zum ersten Mal konkret um Sterbehilfe gebeten, was er durch Handzeichen deutlich machte. Einige Tage später hatte er seine konkrete Bitte u. a. seiner Tochter gegenüber wiederholt. Aufgrund der Aphasie lag keine schriftliche Patientenverfügung vor. Die Ärztin erklärte, sie habe sich eingehend mit der Frage nach der Willensfähigkeit des Patienten befasst. Der Patient war stets in der Lage

klarzumachen, was er wollte und was nicht. Der von der behandelnden Ärztin hinzugezogene Konsiliararzt besuchte den Patienten drei bis vier Wochen vor der Lebensbeendigung insgesamt drei Mal. Laut seinem Bericht, der eine ausführliche Zusammenfassung der Krankengeschichte enthielt, hat der Konsiliararzt auch mit den Kindern des Patienten gesprochen. Bei diesen Gesprächen hat der Konsiliararzt erfahren, dass sich der Zustand des Patienten im Laufe des letzten Jahres enorm verschlechtert hatte und dass der Patient seit drei Monaten angab, nicht länger leben zu wollen. Er hatte eine schriftliche Patientenverfügung verfassen wollen, was ihm aber aufgrund der eintretenden Aphasie nicht mehr möglich war. Bei seinen drei Besuchen stellte der Konsiliararzt fest, dass die verbale Kommunikation mit dem Patienten nur eingeschränkt möglich war. Er war jedoch in der Lage, Fragen mit »Ja« oder »Nein« zu beantworten. Die weiteren Äußerungen des Patienten waren nicht zu verstehen. Hingegen konnte er sich dem Konsiliararzt gegenüber nonverbal gut verständlich machen. Er brachte klar zum Ausdruck, seinem Leben ein Ende setzen zu wollen. Mit den Augen und durch Gesten reagierte der Patient angemessen. Dem Konsiliararzt zufolge litt der Patient nicht an einer Depression. Er war willensfähig und wurde nicht von Angehörigen unter Druck gesetzt. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien trotz der eingeschränkten verbalen Kommunikation – die durch die differenzierten Ergänzungen der täglichen Betreuer des Patienten ausgeglichen wurde – erfüllt waren. Die Kommission urteilte, dass die Ärztin zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte.

Fall 3

Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen Ein aphasischer Patient war nicht zur Kommunikation in der Lage; die Bedeutung einer schriftlichen Patientenverfügung

Ein Patient im Alter von 70 bis 80 Jahren war in den neun Jahren vor seinem Tod an verschiedenen Krebsarten erkrankt, derentwegen er sich unterschiedlichen Behandlungen unterzogen hatte. Einige Monate vor seinem Tod erlitt er einen Hirninfarkt in der linken Hemisphäre, der eine rechtsseitige Lähmung, Aphasie und totale Abhängigkeit nach sich zog. Kommunikation war nicht mehr möglich. Er erhielt eine Thrombolysebehandlung, in deren Folge es zu einer schweren Nachblutung kam. Als palliative Maßnahmen kamen Physiotherapie und Logopädie zum Einsatz. Da diese zu keinem positiven Ergebnis führten, wurden sie nach einiger Zeit eingestellt. Es gab keine Aussicht auf irgendeine Form der Besserung. Der Patient hatte im Laufe der verschiedenen Krankheitsphasen mehrfach geäußert, in einer hoffnungslosen und menschenunwürdigen Situation wie der, in der er sich nun befand, nicht zum Weiterleben gezwungen werden zu wollen. Es bestand keine Aussicht auf Besserung, was dazu beitrug, dass der Patient sein Leiden als unerträglich empfand. Dies konnte der Arzt gut nachempfinden. Nachdem das erste Karzinom entdeckt worden war, hatte der Patient verschiedentlich mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. In jedem dieser Gespräche wollte er sich erneut vergewissern, dass der Arzt eine konkrete Bitte um Sterbehilfe in seinem Fall unterstützen würde. Nachdem weitere Karzinome festgestellt worden waren (gut sechs und drei Jahre vor seinem Tod) hatte der Patient erneut vielfach mit dem Arzt über Sterbehilfe gesprochen. Gut zweieinhalb Jahre vor seinem Tod hatte der Patient eine schriftliche Patientenverfügung unterschrieben. Nachdem der Patient den Schlaganfall erlitten hatte, baten seine Ehefrau und Söhne den Arzt darum, das Verfahren der Sterbehilfe einzuleiten.

Auf der Grundlage der zuvor mit dem Patienten geführten Gespräche und der eingeholten Informationen beschloss der Arzt, die vom Patienten unterschriebene schriftliche Patientenverfügung als Bitte um Sterbehilfe im Sinne des Artikels 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes

zu betrachten. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Geriater, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Dieser besuchte den Patienten etwa anderthalb Wochen vor dessen Tod. Im Vorfeld hatte er sich vielfach mit dem behandelnden Arzt beraten und Gespräche mit den Fachärzten, die den Patienten im Krankenhaus behandelt hatten, sowie mit den aktuell behandelnden Ärzten des Patienten, geführt. Außerdem hatte der Konsiliararzt die Krankenakte des Patienten eingesehen. Als er sich dem Patienten vorstellte, versuchte dieser, mit ihm zu sprechen. Es gelang ihm jedoch lediglich, unverständliche Laute hervorzubringen. Dies frustrierte den Patienten sichtlich, und er versuchte immer lauter, sich zu äußern. Schließlich brach er in Tränen aus. Dies wiederholte sich noch mehrfach während des Gesprächs, das der Konsiliararzt daraufhin mit der Ehefrau und den Söhnen des Patienten führte. Seine Familie hatte den Eindruck, der Patient, dem es völlig unmöglich war, sich zu äußern, sei in seinem Körper gefangen. Sie sahen, dass er ununterbrochen litt. Der früher so sportliche und aktive Mann, dem seine Freiheit so wichtig gewesen war, war nun bettlägerig und vollständig auf Hilfe angewiesen. Er konnte nicht einmal klar machen, dass er zur Toilette musste, und war somit inkontinent. Er befand sich in einer Situation, die er früher immer wieder als menschenunwürdig beschrieben hatte. Die behandelnden Fachärzte hatten bestätigt, dass es für den Patienten keine Aussicht auf Besserung gab. In seinem Bericht bestätigte auch der Konsiliararzt die Aussichtslosigkeit des Zustands sowie das unerträgliche Leiden des Patienten.

Es gab keine Alternativen, die das Leiden des Patienten erleichtert hätten. Während des Besuchs des Konsiliararztes war der Patient nicht in der Lage, seinen Willen mündlich zu äußern. Er hatte jedoch zuvor, im Vollbesitz seiner Willensfähigkeit, eine schriftliche Patientenverfügung unterzeichnet. Dem Konsiliararzt zufolge war die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Seiner Meinung nach waren die Sorgfaltskriterien erfüllt.

Auf die Bitte der Kommission, nähere Informationen über den gesamten Entscheidungsfindungsprozess sowie den Hergang der Ereignisse im Zusammenhang mit der Durchführung zu erteilen, erklärte der Arzt, dass er den Patienten bereits sehr lange gekannt habe. Der Patient hatte zuvor bereits drei Karzinome überlebt. Das erneute Auftreten eines Karzinoms veranlasste den Patienten jedes Mal, mit dem Arzt über die Möglichkeit der Sterbehilfe zu sprechen und seine verschiedenen schriftlichen Patientenverfügungen zu aktualisieren. Der Arzt merkte an, dass er – von all seinen Patienten – mit diesem Patienten die meisten Gespräche über eine mögliche zukünftige Sterbehilfe geführt hatte. Dabei wurden die Umstände, unter denen der Patient Sterbehilfe wünschte, ausführlich besprochen. Entsprechendes hatte der Patient auch in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt. Etwa dreieinhalb Monate vor seinem Tod hatte sich der Zustand des Patienten dramatisch verschlechtert. Es waren eine Aphasie sowie eine schwere rechtsseitige Parese aufgetreten. Neurologen sowie die Angehörigen des Patienten hofften und gingen davon aus, dass dieser bald sterben würde. Das war aber nicht der Fall. In der folgenden Zeit verbesserte sich der Zustand kaum. Der Arzt fragte sich, ob er die Sterbehilfe einleiten sollte. Der Patient war zu keinerlei Kommunikation mehr in der Lage; er konnte weder auf Fragen mit einem Zwinkern reagieren, noch konnte er seine Bitte durch einen Druck mit den Fingern bestätigen. Angesichts der zuvor geführten Gespräche konnte der Arzt den Wunsch des Patienten nach Sterbehilfe jedoch klar nachempfinden. Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass der Patient während der verschiedenen Besuche des Arztes stets im Bett gelegen und ihn angeblickt habe. Er hatte auf verschiedenen Wegen versucht, den Wunsch des Patienten herauszufinden. Darauf reagierte der Patient jedes Mal mit unverständlichen Ausrufen, die er stets wiederholte, wobei er immer verzweifelter wirkte. Schließlich brach er in Tränen aus und machte einen äußerst frustrierten Eindruck. Der Arzt berichtete, er habe aus dem Verhalten des Patienten schließen können, dass dieser sehr unglücklich war. Seine Haltung und sein Blick drückten Verzweiflung aus. Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass er sich nicht sicher gewesen sei, ob die

vom Patienten geäußerte Frustration als Wunsch nach Sterbehilfe aufzufassen sei, oder vielleicht das genaue Gegenteil bedeuten könne. Er hatte sich bei seiner Entscheidung, die Sterbehilfe durchzuführen, an den vielen Gesprächen orientiert, die er mit dem Patienten über dessen Sterbehilfewunsch geführt hatte. Darin hatte der Patient auch stets beschrieben, unter welchen Umständen er Sterbehilfe wünsche. Am Tag der Durchführung der Sterbehilfe hatte der Arzt zunächst noch kurz mit den Angehörigen des Patienten gesprochen. Der Patient wirkte während der Vorbereitung und Durchführung der Sterbehilfe ruhig und gelassen. Er zeigte keinerlei Abwehrreaktionen. Der Entscheidungsfindungsprozess hatte einige Monate in Anspruch genommen. In diesem Zeitraum trat keinerlei Besserung ein. Die Situation hätte noch über längere Zeit fortbestehen können; der Zustand des Patienten war wirklich aussichtslos.

Mit Blick auf das Kriterium der freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußerten Bitte erwog die Kommission Folgendes. Nach Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes kann eine unterzeichnete schriftliche Patientenverfügung, in der die Bitte um Sterbehilfe niedergelegt ist, eine mündlich geäußerte Bitte des Patienten ersetzen, wenn dieser zu dem Zeitpunkt, in dem es konkret um die Frage der Lebensbeendigung geht, nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, zuvor aber willensfähig war. In diesem Fall hatte der Patient bereits seit neun Jahren vor seinem Tod während seiner verschiedenen Krankheitsphasen mit seiner Familie und dem Arzt vielfach und ausführlich über Sterbehilfe gesprochen. Dabei hatte er wiederholt erklärt, unter welchen Umständen er sein Leiden als unerträglich betrachte und Sterbehilfe wünsche. Diesen Standpunkt und die Bitte um Sterbehilfe hatte er, als er noch willensfähig war, in einer von ihm unterzeichneten, regelmäßig aktualisierten schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt. Nach Auffassung der Kommission hatte der Arzt nachweisen können, dass die in der schriftlichen Patientenverfügung formulierte Bitte des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war.

Hinsichtlich des Kriteriums der fehlenden Aussicht auf Besserung merkte die Kommission an, dass es in den Monaten vor dem Tod des Patienten keinerlei Verbesserung seines Zustands gegeben hatte. Dieser Zustand hätte, wie es von den behandelnden Fachärzten bestätigt wurde, ohne jede Perspektive noch längere Zeit fortbestehen können, und konnte deshalb als aussichtslos betrachtet werden. Die Kommission argumentierte, dass der Patient im Rahmen der vielen Gespräche, die er mit dem Arzt über seinen Wunsch nach Sterbehilfe geführt hatte, ausführlich dargelegt hatte, was für ihn ein unerträgliches Leiden sei. Er hatte immer Angst davor, in eine – in seinen Augen menschenunwürdige – Situation der totalen Abhängigkeit zu geraten. Da sich der Patient inzwischen genau in der Situation befand, die er in der Vergangenheit befürchtet hatte und der er sich laut seiner schriftlichen Patientenverfügung ausdrücklich nicht aussetzen wollte, war der Arzt davon überzeugt, dass das Leiden für den Patienten unerträglich war. Der Arzt wurde in dieser Überzeugung durch die Verzweiflung des Patienten über seine Unfähigkeit zur Kommunikation noch bestärkt.

Obwohl der Patient kurz vor der Lebensbeendigung nicht mehr in der Lage war, die Unerträglichkeit seines Leidens selbst in Worte zu fassen, erweckten die Haltung und die Reaktionen des Patienten beim Arzt ganz klar den Eindruck, dass der Patient seinen Zustand, den er zuvor als unerträgliches Leiden beschrieben hatte, auch tatsächlich so empfand. Dieser Eindruck des Arztes wurde dadurch verstärkt, dass der Patient weder bei der Vorbereitung der Sterbehilfe noch bei der konkreten Durchführung irgendeine Abwehrreaktion zeigte. Im Gegensatz zu den heftigen Äußerungen der Frustrationen zu früheren Zeitpunkten, als seine Kommunikationsversuche scheiterten, blieb der Patient während dieser Handlungen ausgesprochen ruhig und gelassen. Angesichts der Tatsache, dass sich der Arzt durch die vielen Gespräche, die er in der Vergangenheit mit dem Patienten geführt hatte, ein gutes Bild davon hatte machen können, was der Patient als unerträgliches Leiden ansah, und da dies auch in einer schriftlichen Patientenverfügung niedergelegt worden war, urteilte die Kommission,

dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung der Sterbehilfe unerträglich litt. Auch wenn es für den Arzt angesichts der fehlenden Kommunikationsfähigkeit des Patienten nicht möglich war, sich dessen Todeswunsch unmittelbar vor der Durchführung der Sterbehilfe noch einmal bestätigen zu lassen, war er aufgrund der schriftlichen Patientenverfügung, der zuvor mit dem Patienten geführten Gespräche und dem oben beschriebenen ruhigen Verhalten des Patienten während der Vorbereitung und der Durchführung der Sterbehilfe davon überzeugt, im Sinne des Patienten zu handeln. Dabei hatte er darüber hinaus noch Folgendes erwogen. Hätte er den Sterbehilfewunsch des Patienten nicht erfüllt und ihn in einem Zustand belassen, den dieser – wie er in den geführten Gesprächen unmissverständlich geäußert und wie er es auch in seiner schriftlichen Patientenverfügung bestätigt hatte – nicht erleiden wollte, wäre der Arzt das Risiko eingegangen, den Patienten – noch länger – leiden zu lassen, was dessen ausdrücklichem Wunsch widersprochen hätte.

Die Kommission kam zu dem Urteil, dass der Arzt hinreichend nachgewiesen hatte, die richtigen Abwägungen vorgenommen zu haben. Zusammenfassend urteilte die Kommission, dass der Arzt glaubhaft darlegen konnte, dass er zu der Überzeugung gelangen konnte, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hatte, dass keine Aussicht auf Besserung bestand und dass der Patient unerträglich litt.

Fall 4

Im Fall eines Demenzpatienten hat der Arzt zur Feststellung der Willensfähigkeit des Patienten und zur Beantwortung der Frage, ob die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war, mehrere Sachverständige hinzugezogen.

Bei einem Patienten im Alter von 70 bis 80 Jahren war die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert worden. Wiederholte neurologische und neuropsychologische Untersuchungen hatten ergeben, dass der Patient seit 2004 an einem langsam fortschreitenden Demenzsyndrom mit klinischen Alzheimersymptomen erkrankt war. Der Patient litt unerträglich unter der Tatsache, dass ihm der Alltag und sein Leben zu entgleiten begannen, und unter der Aussicht, dass der Verfall nur weiter fortschreiten würde. Dieser Verfall, das Fehlen einer Zukunftsperspektive und der Kontrollverlust waren ihm unerträglich. Viereinhalb Monate vor seinem Tod hatte der Patient den Arzt zum ersten Mal konkret um Sterbehilfe gebeten. Diese Bitte hatte er danach vielfach wiederholt. Bereits zuvor, als bei ihm Demenz diagnostiziert worden war, hatte er mit dem Arzt über die Möglichkeit der Sterbehilfe gesprochen. Auch mit seiner Frau und seinen Kindern hatte er häufig über seinen Wunsch nach Sterbehilfe gesprochen; er hatte seit etwa einem Jahr ernsthaft über diese Möglichkeit nachgedacht. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor. Vor der gesetzlich vorgeschriebenen Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes hatte sich der Arzt bereits mit Sachverständigen – dem behandelnden Neurologen sowie einem Psychiater – in Verbindung gesetzt. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarztkollegen, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Der Psychiater sah den Patienten erstmals fünf Monate vor dessen Tod. Danach kam es noch zu verschiedenen weiteren Kontakten.

Der Neurologe legte in seinem Bericht dar, dass es für den Patienten keine Aussicht auf Besserung gab und dass dieser unter seinem geistigen Verfall unerträglich litt. Der Patient kämpfte dagegen an, dass ihm alles entglitt, sah jedoch ein, dass dies ohne Erfolg blieb. Er wollte seine Würde behalten; er wollte nicht mehr weiterleben. Er war zu immer weniger in der Lage und verlor immer mehr. Bereits in jüngeren Jahren hatte er erklärt, er wolle keinen geistigen Verfall durchleben müssen. Seiner Tochter zufolge entsprach diese Aussage

auch seiner nüchternen und rationellen Wesensart. Auch in einem früheren Stadium seines Krankheitsprozesses hatte der Patient erklärt, um Sterbehilfe bitten zu wollen, wenn das Leiden unerträglich würde. 2008 unterzeichnete er eine schriftliche Patientenverfügung. Schließlich bat er konkret um Sterbehilfe. Dem Psychiater war in den verschiedenen Kontakten mit dem Patienten klar geworden, dass dieser sich über den fortschreitenden Verlust seiner kognitiven Fähigkeiten im Klaren war. Der Patient hatte Angst vor dem, was ihm bevorstand und wollte keinen vollständigen Verfall durchmachen müssen. In seinem Arbeitsleben und im Umgang mit anderen hatte er sich stets hohe Ziele gesteckt. Er litt sehr darunter, dass er krank war, dass er fortwährend scheiterte und keine Kontrolle mehr über sein Leben hatte. Er machte sich Sorgen, dass er – wenn er seinen Wunsch nach Sterbehilfe nicht mehr würde äußern können – keine Hilfe bei der Beendigung seines Lebens erhalten würde. Allmählich büßte er immer mehr Fähigkeiten ein. Manchmal verlor er die Orientierung. Das Fortschreiten seiner Krankheit machte ihm Angst, ebenso die Tatsache, dass er nicht wusste, wie es mit ihm weitergehen würde. Er war niedergeschlagen, erklärte aber, er verstehe, dass Niedergeschlagenheit ein Symptom der Alzheimer-Krankheit sei. Er zog sich mehr und mehr aus sozialen Aktivitäten zurück und begann, das Interesse für sein Umfeld zu verlieren. Er hatte keine Energie mehr.

Er empfand sein Leben als leer und war innerlich nicht mehr zufrieden. Am liebsten blieb er zu Hause. Er empfand seine Situation als hoffnungslos. Er fühlte, dass es ihm immer schlechter ging. Er war sich bewusst, dass seine Gedächtnisleistung abnahm und dass man ihn zunehmend wie einen Patienten mit einer kognitiven Störung behandelte, was für ihn sehr schmerzvoll war. Für ihn gab es keine Zukunft mehr. Er wollte seine Würde nicht verlieren und den irreversiblen Verlust der Kontrolle über sein Leben nicht erleben müssen. Er wollte sterben, bevor er nicht mehr in der Lage war, seine Familienangehörigen zu erkennen. Er wollte nicht in einen Zustand der völligen Hilfsbedürftigkeit geraten. Sein Wunsch, vorher zu sterben und so dem Verfall durch Demenz zu entgehen, war größer als der Wunsch, seine Enkelkinder aufwachsen zu sehen. Er wollte so bald wie möglich sterben. Sein Wunsch nach Sterbehilfe war während der Gespräche mit dem Psychiater stets präsent.

Der Psychiater kam zu dem Schluss, dass der Patient willensfähig war und den anhaltenden Wunsch hatte, sein Leben unter menschenwürdigen Umständen zu beenden, bevor er aufgrund der Demenz nicht mehr in der Lage war, seine Angehörigen zu erkennen und diese seinen menschenunwürdigen Verfall mit ansehen mussten. Der Psychiater ging davon aus, dass der Patient seine Meinung nicht mehr ändern würde. Er war der Ansicht, dass sich der Patient seiner fortschreitenden kognitiven Störungen und seiner abnehmenden Fähigkeiten in überdurchschnittlichem Maße bewusst war. Aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur litt er über das normale Maß hinaus darunter. Der Psychiater stellte fest, dass die affektive Störung des Patienten auf dessen Wissen zurückging, dass er an seiner Krankheit litt, die zu einem unaufhaltsamen Verfall führen würde. Der Patient litt immer stärker unter der Angst, zu einem bestimmten Zeitpunkt seinen Wunsch nach Sterbehilfe nicht mehr äußern zu können, sodass der Wunsch dann auch nicht mehr erfüllt würde. Dass er einen Demenzprozess nicht bis zum Ende miterleben wollte, hatte er bereits geäußert, bevor er krank wurde. An dieser Einstellung hatte sich nichts geändert. Er hatte seine Entscheidung, um Sterbehilfe zu bitten, unabhängig und ohne Druck seitens anderer Personen gefasst. Der unabhängige Konsiliararzt war der Meinung, dass der behandelnde Arzt den Sterbehilfeprozess sorgfältig durchlaufen hatte. Der behandelnde Arzt kannte den Patienten schon seit sehr langer Zeit. Zwecks Beurteilung der Willensfähigkeit hatte er einen Psychiater hinzugezogen; außerdem hatte er den Neurologen gefragt, ob es noch Behandlungsmöglichkeiten in Form von Gesprächen, Antidepressiva oder anderer Art gebe. Man hatte eine Behandlung mit verschiedenen Antidepressiva ausprobiert, diese waren jedoch wirkungslos geblieben. Der Konsiliararzt kam zu dem Schluss, dass die Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden war. Der Wunsch nach Sterbehilfe war dauerhaft vorhanden und nicht durch Zwang

entstanden. Der Psychiater hatte den Patienten für willensfähig erklärt. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Bei der Beurteilung dieses Falls berücksichtigte die Kommission die Tatsache, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, mit besonderer Sorgfalt beurteilt werden muss. Angesichts der Art der Krankheit können nämlich Zweifel daran bestehen, ob ein Demenzpatient willensfähig ist und ob er seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat. Außerdem stellt sich die Frage, ob ein unerträgliches Leiden vorliegt. Die Kommission war der Auffassung, dass der Arzt in diesem Fall besonders sorgfältig gehandelt hatte. Er hatte zusätzlich zum unabhängigen Konsiliararzt auch den behandelnden Neurologen und eine Psychiaterin als Sachverständige hinzugezogen, die aus ihrer fachlichen Perspektive ihren Standpunkt zur Bitte um Sterbehilfe und zum Leiden des Patienten fundiert begründet hatten. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 5 (nicht aufgenommen)

Fall 6 (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 stärker personenabhängig ist. 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. In der Praxis ist es in nahezu allen Fällen eine Kombination von Faktoren, die für die Unerträglichkeit des Leidens ausschlaggebend sind. Die Schwere des Leidens kann nicht durch bloße Bewertung der Symptome festgestellt werden, sondern hängt von der Bedeutung ab, die diese Symptome angesichts der Lebensgeschichte und des Wertesystems des Patienten für ihn selbst haben. Das Empfinden dieser Symptome und Umstände ist per definitionem von Patient zu Patient verschieden, da es von der Persönlichkeit des Patienten abhängt.

Für den Arzt muss die Unerträglichkeit des Leidens des Patienten nachvollziehbar sein. Dabei geht es nicht darum, ob grundsätzlich alle Menschen oder der Arzt selbst das Leiden als unerträglich empfinden würden, sondern nur um die Frage, 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.

Fall 7

Die Unerträglichkeit des Leidens wird von einer Kombination von Faktoren verursacht.

Eine Frau im Alter zwischen 80 und 90 Jahren litt seit 2004 an einer schweren Arthrose der Wirbelsäule, die u. a. mit wiederholt auftretenden Sinterungsfrakturen einherging. Sie wurde mehrfach behandelt; eine Heilung war nicht mehr möglich. Aufgrund der Nebenwirkungen der zur Schmerzlinderung eingesetzten Opiate verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Patientin in den letzten Wochen rapide. Sie wurde vollständig bettlägerig. Trotz Erhöhung der Morphindosis hatte die Patientin noch Schmerzen. Außerdem traten Nebenwirkungen des Morphins in Form von Benommenheit, Appetitverlust und Wortfindungsstörungen auf. Die Unerträglichkeit ihres Leidens bestand für die Patientin darin, dass sie vollständig bettlägerig und zu ihrer täglichen Versorgung von anderen abhängig war, dass sie nicht mehr stehen konnte, starke Rückenschmerzen hatte und unter Verstopfung, Schlafstörungen, trockenem Mund, Appetitlosigkeit und Wortfindungsstörungen litt. Außerdem litt die Patientin unerträglich unter der Aussichtslosigkeit ihres Zustands, ihrer völligen Abhängigkeit, ihrer Immobilität und der Angst vor fortschreitendem Verfall und Verlust ihrer Würde. Abgesehen von den bereits vorgenommenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Der Arzt war davon überzeugt, dass das Leiden für die Patientin unerträglich war. Der hinzugezogene unabhängige Konsiliararzt erklärte, dass die Unerträglichkeit des Leidens für die Patientin vor allem in ihrer vollständigen Immobilität und ihrer Abhängigkeit von anderen bestand, und in dieser Hinsicht gab es keine Aussicht auf Besserung. Für den Konsiliararzt war dies nachvollziehbar. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Fall 8 (nicht aufgenommen)

Fall 9 (nicht aufgenommen)

Unerträgliches Leiden in besonderen Situationen

Demenz

Im Abschnitt »Freiwilliges und nach reiflicher Überlegung geäußertes Ersuchen« wurde bereits dargelegt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten, die sich in einem Demenzprozess befinden, im Allgemeinen mit besonderer Sorgfalt bewertet 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. Darüber hinaus ist festzustellen, ob die Angst vor zukünftigem Leiden eine reelle Einschätzung der zu erwartenden fortschreitenden Verschlechterung des Zustands darstellt. Auch hier gilt, dass die spezifischen Umstände der Situation entscheidend dafür

sind, ob das unerträgliche Leiden des Patienten für den Arzt nachvollziehbar ist. (Beispiele hierfür finden sich in den Fällen 4, 5 und 6.)

Koma

Auch bei Patienten, die im Koma liegen, ist das Thema »Unerträglichkeit des Leidens« relevant. Da ein Komapatient aufgrund des Ausfalls des Bewusstseins nicht leidet, ist das Kriterium des unerträglichen Leidens nicht erfüllt. Darum kann in diesem Fall keine Sterbehilfe geleistet werden.

Anders als im Falle eines Komas, das (spontan) infolge von Krankheit, Unfall oder Komplikationen aufgetreten ist, kann Sterbehilfe bei einem Patienten, dessen Koma eine Folge medizinischen Handelns (Verabreichung von Medikamenten zur Symptombekämpfung) und damit grundsätzlich reversibel ist, gerechtfertigt sein.

Wenn sich ein Patient im Zustand verminderten Bewusstseins (jedoch noch nicht im Koma) befindet, kann der Arzt aufgrund der Reaktionen des Patienten zu dem Schluss

kommen, dass der Patient unerträglich leidet. Um Ärzte bei der Beurteilung des Ausmaßes der Bewusstseinsminderung – und damit auch bei der Beantwortung der Frage, ob ein Koma vorliegt – zu unterstützen und um Interpretationsproblemen so weit wie möglich vorzubeugen, hat die Ärzteorganisation KNMG auf Ersuchen des Kollegiums der Generalstaatsanwälte eine Richtlinie für die Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein erarbeitet, die voraussichtlich Mitte Juni 2010 veröffentlicht wird.

Fälle von Sterbehilfe bei Patienten mit vermindertem Bewusstsein 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 zu der Überzeugung gelangen, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt worden ist.

Es kann vorkommen, dass Ärzte Sterbehilfe bei Patienten leisten, die nicht mehr ansprechbar sind, weil sie sich an eine zuvor gemachte Zusage gebunden fühlen. Bei ihrer Zusage hatten sie den möglichen Eintritt eines Komats nicht berücksichtigt. Ein Arzt muss sich jedoch der Möglichkeit bewusst sein, dass eine derartige, unvorhersehbare Situation eintreten kann. Bei jeder Zusage sind Ausnahmefälle denkbar, in denen die Zusage nicht erfüllt zu werden braucht oder nicht erfüllt werden kann. So darf der Zusage, Sterbehilfe zu leisten, nicht nachgegeben werden, wenn sich der Zustand des Patienten dahingehend ändert, dass er nicht mehr unerträglich leidet. Daher empfehlen die Kommissionen, ebenso wie die KNMG, Ärzte sollten gegenüber ihren Patienten keine uneingeschränkten Zusagen machen, die sie im Ernstfall möglicherweise nicht erfüllen können.

Palliative Sedierung

Bei der palliativen Sedierung wird der Patient absichtlich in einen bewusstseinsgeminderten Zustand versetzt, um ihn in der letzten Lebensphase vom Leiden infolge seiner unbehandelbaren Krankheit zu befreien. Eine palliative Sedierung kann somit auch nur dann vorgenommen werden, wenn ein baldiger Eintritt des Todes erwartet wird. 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. In einem solchen Fall können der Arzt und der Patient zu der Überzeugung gelangen, dass es keine andere annehmbare Lösung gibt.

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 und dass die Lebensbeendigung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung die einzige noch in Frage kommende Lösung ist, um 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 für ihn die damit verbundenen Nachteile nicht auf.

Manche Patienten lehnen eine Erhöhung der Morphindosis 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 diesem Berichtsjahr kam die Kommission in einem Fall zu dem Urteil, dass der Arzt nicht gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt war, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab (Fall 10).

Fall 10

Andere annehmbare Lösung

Der Arzt war nicht gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt, dass es keine andere Lösung gab. Urteil: Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Bei einem männlichen Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren war Anfang 2009 ein metastasierendes nicht kleinzelliges Lungenkarzinom festgestellt worden. Es fanden sich Metastasen im parakardialen Fettgewebe, außerdem lag eine Peritonitis carcinomatosa vor. Eine Heilung war nicht möglich. Eine palliative Chemotherapie lehnte der Patient ab. Das Leiden des Patienten ergab sich aus Schmerzen, Dyspnoe, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Für ihn war dieses Leiden unerträglich. Nach Auffassung des Arztes gab es über die bereits getroffenen Maßnahmen hinaus keine weiteren Möglichkeiten mehr, das Leiden des Patienten zu lindern. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt eine unabhängige Ärztin aus einem Pflegeheim, die auch SCEN-Ärztin ist, hinzu. Diese stellte fest, dass der Patient unerträglich litt und es keine Aussicht auf Besserung gab. Sie erklärte, dass das Leiden des Patienten mit einer geänderten Medikation vorübergehend etwas gelindert werden könne, dass sie aber davon ausgehe, dass dadurch auch die Pleuraflüssigkeit und somit die Kurzatmigkeit schnell zunehmen würden.

Der Arzt hatte einen sehr knappen Bericht erstellt, aus dem nicht klar hervorging, wie sich die Situation des Patienten in den letzten zwei Monaten vor dessen Tod entwickelt hatte, was der Arzt in dieser Zeit unternommen hatte und was von ihm mit dem Patienten besprochen worden war. Der Arzt gab mündlich eine ausführliche Zusammenfassung der Krankengeschichte des Patienten seit Dezember 2008 ab. Er erklärte, dass der Patient über seine Diagnose und Prognose zunächst vom Lungenarzt informiert worden war. Später hatte auch er selbst mit dem Patienten hierüber im Beisein von dessen Sohn und Tochter gesprochen. Der Patient wünschte keine weitere Behandlung. Er sprach das Thema Sterbehilfe mehrfach an, fragte den Arzt: »Wenn es soweit ist, dass es nicht mehr geht, werden Sie mir dann helfen?« Nach Auffassung des Arztes äußerte der Patient die Bitte um Sterbehilfe nach reiflicher Überlegung. Der Patient war sich seiner Situation bewusst, hatte auch mit dem Lungenarzt über Sterbehilfe gesprochen. Eine Woche vor seinem Tod äußerte der Patient die konkrete Bitte um Sterbehilfe. Auf Nachfrage erläuterte der Arzt, dass er den Bericht der Konsiliarärztin und dem darin enthaltenen Vermerk, dass es noch Variationsmöglichkeiten bezüglich der Medikation gebe, zur Kenntnis genommen hatte. Er erklärte, dies nicht näher mit dem Patienten besprochen zu haben, da der Patient unter starker Atemnot litt und allein lebte. Der Arzt vertrat die Meinung, dass der Patient keine Form der Betreuung durch Familienangehörige oder einen häuslichen Pflegedienst wünschte. Daher hatte der Arzt diese Möglichkeiten nicht mit dem Patienten besprochen. Der Patient ging, wie die meisten Menschen, die in seiner Gegend wohnten, davon aus, dass »der Arzt weiß, was gut für einen ist«. Der Arzt hätte dem Patienten über eine Pumpe Morphin verabreichen können, der Patient erklärte jedoch, dass es für ihn vorbei sei. Der Arzt hätte die Medikation des Patienten zwar erhöhen, diesem aber nicht garantieren können, dass es ihm dann besser gehen werde. Der Patient sagte, dass er nicht mehr wolle. Er litt unter starker Atemnot und Übelkeit und musste sich erbrechen. Der Arzt sagte, dass er etwas für den Patienten hätte tun können, wenn Schmerzen dessen

Hauptbeschwerden gewesen wären. Gegen die starke Atemnot habe er dem Patienten nichts zu bieten gehabt. Die einzige Möglichkeit wäre ein herbeigeführtes Koma gewesen. Der Arzt wollte jedoch nicht mit den entsprechenden Mitteln herumexperimentieren. Außerdem wollte er keine Erwartungen wecken, die er nicht würde erfüllen können.

In Bezug auf die Frage, ob der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen konnte, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab, urteilte die Kommission folgendermaßen. Aus dem Bericht der Konsiliarärztin ging hervor, dass diese noch die Möglichkeit sah, das Leiden des Patienten durch eine veränderte Medikation vorübergehend zu lindern. Der Arzt hatte im Gespräch mit der Kommission erklärt, diese Option sowie die Möglichkeit der Betreuung durch Familienangehörige oder einen häuslichen Pflegedienst nicht mit dem Patienten besprochen zu haben. Der Arzt war im Voraus aufgrund seiner eigenen Einschätzung davon ausgegangen, dass der Patient diese Möglichkeiten ablehnen würde. Der Entscheidungsprozess im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung muss von Arzt und Patient gemeinsam durchlaufen werden. 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, um den Patienten von seinem Leiden zu befreien. Alle im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung zur Verfügung stehenden Möglichkeiten müssen vom Arzt untersucht und mit dem Patienten besprochen werden. Die Kommission kam zu dem Urteil, dass der Arzt mit dem Patienten darüber hätte sprechen müssen, welche Alternativen zur Linderung des Leidens gegeben waren. Erst wenn der Patient diese Alternativen abgelehnt hätte, hätte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu dem Schluss kommen können, dass es keine anderen Möglichkeiten gab, das Leiden des Patienten zu lindern. Aus diesem Grund urteilte die Kommission, dass der Arzt es versäumt hatte, zu prüfen, ob er gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung hätte kommen können, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere annehmbare Lösung gab. Das Urteil der Kommission lautete, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

e Konsultation

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 a bis d unabhängig und sachverständig beurteilt, ist gesetzlich vorgeschrieben. Auf diese Weise soll die größtmögliche Sorgfalt im Entscheidungsprozess des Arztes gewährleistet werden. Die Konsultation ist für den Arzt eine Hilfe bei der Prüfung der Frage, ob bereits alle Sorgfaltskriterien eingehalten wurden, und sie fördert den Reflexionsprozess im Vorfeld der Entscheidung, dem Sterbehilfeersuchen des Patienten Folge zu leis-

ten. Der Konsiliararzt untersucht den Patienten und prüft so, ob der 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.

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, und es darf ihn grundsätzlich keine Arbeitsbeziehung im weiteren Sinne mit ihm verbinden. Die beiden Ärzte dürfen also 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 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 Interventionsgruppe angehören. Private Verbindungen bedeuten nicht automatisch, dass ein Arzt nicht mehr zu einem unabhängigen Urteil kommen kann; es könnte aber durchaus der Eindruck fehlender Unabhängigkeit entstehen. Professionelle Verbindungen über eine Interventionsgruppe erwecken nicht notwendigerweise den Eindruck nicht vorhandener Unabhängigkeit. Hier hängt es von den in der Interventionsgruppe 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.

Die Unabhängigkeit des hinzugezogenen Arztes muss gewährleistet sein. Dies bedeutet, 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 fungieren kann. Auch der bloße Eindruck einer Abhängigkeit ist zu vermeiden. 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 11 nahm der Konsiliararzt nicht die anfänglich geplante palliativme-

dizinische Beratung vor, weshalb er im Rahmen des Sterbehilfeprozesses hinzugezogen werden konnte).

Für die Beurteilung der Meldung ist der schriftlich verfasste Bericht 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 Bericht selbst verantwortlich. Die Verantwortung für die Einhaltung aller 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. In einem solchen Fall sind verschiedene Szenarien denkbar. 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, er gehe davon aus, 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 – wenn das Leiden tatsächlich bald darauf für den Patienten unerträglich wird – eine zweite Konsultation bzw. ein weiterer Besuch beim Patienten im Prinzip nicht erforderlich. Dennoch empfiehlt es sich in einer solchen Situation, dass der Arzt (telefonisch) Kontakt mit dem Konsiliararzt aufnimmt.

Wenn die Unerträglichkeit des Leidens für den Konsiliararzt bereits nachvollziehbar ist, der Patient aber noch nicht konkret um die Durchführung der Sterbehilfe gebeten hat, z. B. im Zusammenhang mit dem Abschiednehmen von der Familie, ist eine zweite Konsultation im Prinzip nicht erforderlich. Zieht sich der Verlauf hin oder sind die Entwicklungen weniger eindeutig vorhersehbar, wird grundsätzlich ein zweiter Besuch des Konsiliararztes bei dem Patienten notwendig sein. 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. Auch wenn der Arzt dem Urteil des Konsiliararztes in der Regel großes Gewicht beimessen wird, so muss er im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen ihm und dem Konsiliararzt letztlich selbst die Entscheidung treffen. 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 11

Konsultation

Der anfänglich für eine palliativmedizinische Beratung hinzugezogene Konsiliararzt kann in diesem Fall nicht als mitbehandelnder Arzt betrachtet werden; im Rahmen des Sterbehilfeprozesses wurde er unmittelbar als unabhängiger Konsiliararzt hinzugezogen.

Das Leiden eines Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren bestand aus schweren Ermüdungserscheinungen, nicht zu kontrollierenden Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Der Patient fühlte sich erschöpft, empfand sein Leiden als unerträglich. Abgesehen von den bereits ergriffenen palliativen Maßnahmen gab es keine Möglichkeiten mehr, das Leiden zu lindern. Als Konsiliararzt zog der behandelnde Arzt einen unabhängigen Hausarzt, der auch SCEN-Arzt ist, hinzu. Der behandelnde Arzt bat den Konsiliararzt anfangs um Rat bezüglich der schwer zu bekämpfenden Übelkeit eines schwerkranken Patienten, der Sterbehilfe wünschte. Da es sich hierbei um eine komplexe Problematik zu handeln schien, bot der Konsiliararzt an, den Patienten zu Hause zu besuchen, und erwähnte außerdem, dass er auch als SCEN-Arzt tätig sei. Bei Bedarf bzw. erforderlichenfalls könne sein Besuch bei dem Patienten auch den Beginn einer SCEN-Konsultation markieren. Der Arzt nahm das Angebot an, den Patienten gemeinsam mit dem Konsiliararzt zu besuchen und vor Ort zu prüfen, welche palliativmedizinischen Möglichkeiten noch offen standen. Dieser Besuch fand einige Tage vor dem Tod des Patienten statt. Durch den Kontakt mit dem Patienten wurde dem Konsiliararzt klar, dass dessen Wunsch nach Sterbehilfe sehr konkret war und dass damit eine Beratung in Bezug auf die Übelkeit des Patienten überholt war. Daher beschlossen der behandelnde Arzt und der Konsiliararzt, dass letzterer nicht für eine palliativmedizinische Beratung, sondern als unabhängiger Konsiliararzt im Rahmen des Sterbehilfeprozesses hinzugezogen werden sollte. Der Konsiliararzt setzte seine Unterhaltung allein mit dem Patienten fort. Im Anschluss daran übermittelte der behandelnde Arzt dem Konsiliararzt die ausführliche Krankenakte des Patienten per Fax. Auf der Grundlage seines Gesprächs mit dem Patienten sowie der vom behandelnden Arzt erteilten Informationen und medizinischen Daten bestätigte der Konsiliararzt in seinem Bericht die Krankengeschichte des Patienten. Laut seinem Bericht traf der Konsiliararzt den leicht dyspnoeischen Patienten auf dem Sofa sitzend an; dieser wirkte müde und verzweifelt. Es stellte sich heraus, dass er bereits seit Tagen nichts mehr gegessen hatte und nur Wasser in kleinen Mengen zu sich nahm. Der Patient erzählte, er habe diesen Zustand lange Zeit ausgehalten, jetzt könne er aber nicht mehr und wünsche deshalb Sterbehilfe. Dem Konsiliararzt zufolge war der Patient am Ende seiner Kräfte angelangt. In seinem Bericht bestätigte der Konsiliararzt die Tatsache, dass es für den Patienten keine Aussicht auf Besserung gab, und dass der Patient unerträglich unter der körperlichen und mentalen Erschöpfung litt, die eine Folge seiner komplexen Erkrankungen waren. Es gab keine Alternativen, die das Leiden des Patienten gelindert hätten. Die Bitte war freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert worden. Der Konsiliararzt war der Auffassung, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren. Mit Blick auf das Sorgfaltskriterium der Hinzuziehung eines Konsiliararztes erwog die Kommission Folgendes. Da der zu einer palliativmedizinischen Frage hinzu-

gezogene SCEN-Arzt ab dem Zeitpunkt an dem klar war, dass hier ein konkretes Ersuchen um Sterbehilfe vorlag, eine unabhängige Konsultation im Rahmen des Sterbehilfeprozesses vornahm, handelte er angemessen und im Interesse des Patienten. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 12 (nicht aufgenommen)

Fall 13 (nicht aufgenommen)

Fall 14

Angesichts des bestehenden Zeitdrucks war die Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes nicht möglich. In ethischer Hinsicht ist der Arzt mit großer Sorgfalt vorgegangen. Urteil: Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Eine Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren war 1989 an Diabetes mellitus erkrankt. Im Jahr 2002 wurde wegen eines peripheren Gefäßleidens sowohl links- als auch rechtsseitig eine Angioplastie durchgeführt, was teilweise erfolgreich war. In den Jahren darauf entwickelte sich aufgrund einer koronaren Ischämie eine Herzinsuffizienz. Die Patientin musste sich hierfür einer erneuten Angioplastie unterziehen, bei der ein Stent eingesetzt wurde. Im letzten Jahr traten eine mäßige Mitralklappeninsuffizienz, eine Niereninsuffizienz sowie eine schwere Herzinsuffizienz auf. In den letzten Jahren litt die Patientin zunehmend unter Schmerzen in den Beinen, die die Folge eines schweren Gefäßleidens waren. Diese Schmerzen wurden im Liegen unerträglich. In den letzten zwei Wochen waren am linken Bein nekrotische Stellen in einem Ausmaß aufgetreten, das die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich machte. Eine Heilung war nicht mehr möglich; es bestand keine Aussicht auf Besserung. Man entschied sich, auf eine weitere Behandlung zu verzichten. Die Herz- und Diabetesmedikation wurde eingestellt. Das Leiden der Patientin bestand aus enormen Schmerzen in beiden Beinen, die trotz der Verabreichung von hochdosiertem Morphin über eine Pumpe und die Gabe von Dormicum auftraten. Auch im soporösen Zustand stöhnte die Patientin laut und mit schmerzverzerrtem Gesicht und litt fortwährend unter Schmerzanfällen. Für die Patientin war dieses Leiden unerträglich. Ab dem Moment, in dem man sich im Krankenhaus dazu entschied, von einer weiteren Behandlung abzusehen, hatte die Patientin im Beisein des behandelnden Chirurgen und ihres Hausarztes, der sie im Krankenhaus besuchte, erklärt, sie gehe davon aus, dass sie innerhalb weniger Stunden oder Tagen sterben werde. Einen Tag vor ihrem Tod, als sich die Patientin darüber bewusst wurde, dass der Tod doch nicht so bald eintreten würde und sie noch immer unter Schmerzen litt, die über Stunden hinweg unerträglich waren, bat sie konkret um die Durchführung von Sterbehilfe. Diese Bitte wiederholte sie im Beisein des Arztes, ihrer Familie und des Pflegepersonals. Es lag eine schriftliche Patientenverfügung vor. Bezüglich der Konsultation eines weiteren Arztes meldete der Arzt, dass man aufgrund des Zeitdrucks keinen unabhängigen Konsiliararzt hatte hinzuziehen können. Die Sterbehilfe wurde mit allen behandelnden Fachärzten und der Krankenhausleitung besprochen; alle stimmten der geplanten Lebensbeendigung zu.

Auf Anfrage der Kommission erstattete der Arzt zum Hergang des gesamten Sterbehilfeprozesses schriftlich und mündlich folgenden Bericht. Die Patientin hatte sich in den letzten zwei Jahren gequält. Ihr peripheres Gefäßleiden zwang sie dazu, sitzend in einem Stuhl zu schlafen. Zwei Jahre vor ihrem Tod hatte sie den Arzt bereits um Sterbehilfe für den Fall ersucht, dass der Schmerz chronisch werden sollte. In den letzten Wochen hatten die Schmerzen stark zugenommen. Bei einem Kardiologen erkundigte man sich – wider besseren Wissens –, ob sich die Patientin trotz ihrer terminalen Herzinsuffizienz noch einer Angio-

plastie unterziehen könne. Als die Patientin wegen ihrer höllischen und ständigen Schmerzen ins Krankenhaus kam, stellte sich bald heraus, dass eine Angioplastie technisch nicht mehr möglich war und dass auch keine anderen Behandlungsmöglichkeiten offen standen. Der Patientin wurde die Verabreichung schmerzstillender Medikamente angeboten, als man die Behandlung einstellte. Man erklärte ihr, dass sie innerhalb weniger Tage sterben werde. Bezüglich der angebotenen Schmerzmedikation erklärte der Arzt, dass der Patientin vor ihrer Einweisung ins Krankenhaus 80 mg Morphin pro Tag verabreicht worden waren. Im Krankenhaus erhielt sie jedoch anfangs lediglich 20 mg Morphin pro Tag. Obwohl die Dosierung später allmählich auf 120 mg pro Stunde erhöht wurde, litt die Patientin nach wie vor unter sehr starken Schmerzen. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass die Infusion, über die das Morphin verabreicht worden war, schlecht und subkutan verlaufen war. Einige Tage nach der Einweisung ins Krankenhaus rief der Ehemann der Patientin den Arzt an, um ihm mitzuteilen, dass für den folgenden Tag (ein Samstag) vom Krankenhaus eine Verlegung in ein Hospiz geplant sei, damit dort von ihm, dem Arzt, die Sterbehilfe durchgeführt werden könne. Aufgrund schlechter Kommunikation von Seiten des Krankenhauses erfuhr der Arzt als Letzter, dass man davon ausging, er werde die Lebensbeendigung, um die die Patientin eindringlich gebeten hatte, durchführen. Der Arzt erläuterte, dass das Krankenhaus einer Bitte um Sterbehilfe nicht gerne entspreche. Den Leitlinien des Krankenhauses zufolge müsse ein Patient seine Bitte um Sterbehilfe eine Woche lang äußern, bevor das entsprechende Verfahren beginnen kann. Da die behandelnden Fachärzte im Krankenhaus aufgrund des schlechten Zustands der Patientin davon ausgingen, dass diese in Kürze eines natürlichen Todes sterben würde, hatte man das Sterbehilfungsverfahren nicht eingeleitet. Als deutlich wurde, dass die Patientin ihr Leiden, vor allem die Schmerzen, nicht länger ertragen konnte, war es bereits zu spät, das Verfahren in Gang zu setzen. Nachdem dem Arzt bewusst geworden war, dass von ihm die Durchführung der Sterbehilfe erwartet wurde, hatte er mit fast allen an der Behandlung der Patientin beteiligten Personen gesprochen. Dabei hatte er Vertreter des Pflegepersonals, den diensthabenden Assistenzarzt und die behandelnden Fachärzte zu Rate gezogen. Ihm wurde klar, dass die Schmerzen der Patientin – trotz der gigantischen Erhöhung der Morphindosis – immer schlimmer wurden. Die Pflegekräfte erklärten, den Zustand der Patientin nicht mehr mit ansehen zu können und unterzeichneten die Patientenverfügung als Zeugen, um ihrer empfundenen Ohnmacht Ausdruck zu verleihen. Dem Assistenzarzt war es unbegreiflich, dass es im Krankenhaus niemanden gab, der bereit war, die Verantwortung zu übernehmen und adäquat zu handeln. Die Angehörigen der Patientin fühlten sich »betrogen«, da ihnen ausdrücklich versprochen worden war, dass die Behandlung eine gute Schmerzmedikation umfasse und auf einen baldigen Tod abziele. Stattdessen schienen die Schmerzen sogar zuzunehmen, und als klar wurde, dass der Tod nicht bald eintreten würde, bot das Krankenhaus eine Verlegung in ein Hospiz an.

An jenem Samstag hatte sich der Arzt insgesamt fünf Mal ins Krankenhaus begeben. Die Patientin befand sich in einem soporösen Zustand; sie stöhnte laut mit schmerzverzerrtem Gesicht. Da sich dies trotz einer weiteren Erhöhung der Morphin- und Dormicumdosis nicht besserte, war er zu dem Schluss gekommen, dass sie den Anforderungen für die von ihr erbetene Sterbehilfe entsprach. Ihr wiederholt geäußelter Wunsch nach Sterbehilfe war für ihn sehr gut nachvollziehbar. Er empfand es als seine Pflicht, die Lebensbeendigung durchzuführen, da es ihm unmenschlich erschien, die Patientin zu diesem Zweck zuvor noch in ein Hospiz zu verbringen. Die Krankenhausleitung stimmte der Durchführung der Sterbehilfe im Krankenhaus unter der Voraussetzung zu, dass der Arzt die Verantwortung für dieses Handeln übernehme. Dem Arzt zufolge war es ihm aufgrund des großen Zeitdrucks nicht möglich gewesen, zusätzlich zu den bereits erfolgten Konsultationen auch einen unabhängigen Konsiliararzt hinzuziehen. Er ging davon aus, dass das Kriterium der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes in einer derartig extremen Situation nicht zu den wichtigsten Sorgfaltskriterien zählte. Er war der Auffassung, dass sein Handeln hinreichend überprüfbar sei und dass ein Konsiliararzt zu keinem anderen Schluss kommen könne, als dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

Die Kommission merkt an, dass das Kriterium des Krankenhauses, dass ein Patient eine Bitte um Sterbehilfe eine Woche lang äußern muss, bevor das Sterbehilfeverfahren eingesetzt werden kann, nicht im Einklang steht mit Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung. Bezüglich der Hinzuziehung eines unabhängigen Konsiliararztes erklärt die Kommission Folgendes. Der Arzt hat erläutert, dass er außer einigen Pflegekräften alle an der Behandlung der Patientin beteiligten Fachkräfte konsultiert hatte. Diese können jedoch nicht als unabhängiger Konsiliararzt im Sinne des Artikels 2 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung angesehen werden. Die Kommission vertritt die Auffassung, dass der Arzt, indem er ein Risiko in einer nicht von ihm selbst verursachten schwierigen Situation eingegangen ist, in ethischer Hinsicht außergewöhnlich sorgfältig vorgegangen ist. Da der Arzt keinen unabhängigen Konsiliararzt hinzugezogen hat, der die Patientin gesehen und ein schriftliches Urteil zur Einhaltung der Sorgfaltskriterien abgegeben hat, kann die Kommission jedoch nur zu dem Schluss kommen, dass der Arzt das in Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannte Sorgfaltskriterium nicht eingehalten hat.

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 Empfehlungen 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. Dabei wird zwischen Mitteln der ersten Wahl und Mitteln der zweiten Wahl unterschieden. Mit den Mitteln der zweiten Wahl hat man weniger Erfahrungen gesammelt, außerdem heben sie sich weniger von anderen Mitteln ab. Darüber hinaus werden Mittel aufgeführt, die nicht als Alternative für Mittel der ersten Wahl dienen können, und von welchen Mitteln sie abrät.

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 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 15 und 16 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.

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. Fall 18 illustriert diesen Sachverhalt.

Fall 15

Die bei der Sterbehilfe eingesetzte Dosierung des komaauslösenden Mittels wich von den Empfehlungen der KNMP ab. Die Komatiefe wurde nicht angemessen festgestellt.

Urteil: Die Ärztin hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Bei einer Patientin im Alter zwischen 70 und 80 Jahren wurde 1993 Diabetes mellitus diagnostiziert. Die Krankheit führte zu makrovaskulären Schädigungen. Ab 1995 musste sich die Patientin verschiedenen Gefäßoperationen an ihrem linken Unterschenkel unterziehen, der acht Jahre später amputiert wurde. Die auf die Amputation folgende Rehabilitation verlief gut; über einen langen Zeitraum hinweg war die Patientin in der Lage, mit einer Prothese zu laufen. Im Laufe der Zeit kam es jedoch zu einer derartigen Schwellung und Entzündung des Stumpfes, dass das Tragen einer Prothese nicht mehr möglich war. Anfang 2009 traten chronische Wunden am rechten Fuß auf; es kam zu einer Nekrose. Nachdem sie vom behandelnden Facharzt über ihre Situation aufgeklärt worden war, beschloss die Patientin, von weiteren chirurgischen Maßnahmen abzusehen. Eine Heilung war nicht möglich. Die Patientin war vollständig auf ihren Rollstuhl angewiesen, in den sie sich ohne Hilfe weder hineinsetzen, noch daraus aufstehen konnte. Sie befand sich in einem vollständig invaliden Zustand, der von Abhängigkeit gekennzeichnet war. Sie aß kaum noch, nahm jedoch Wasser zu sich. Das Schlafen bereitete ihr Schwierigkeiten, weshalb sie unter starker Müdigkeit litt. Die Patientin musste einen weitgehenden körperlichen Verfall, totale Abhängigkeit und die immer weiter fortschreitende Einschränkung ihres Aktionsradius erleben. Da sie immer sehr selbständig gelebt hatte, litt sie unter diesem Kontrollverlust. Sie hatte jegliche Lebensqualität verloren. Die Unerträglichkeit ihres Leidens bestand in erster Linie in der stetigen Verschlechterung ihres Zustands, dem Bewusstsein, dass es keine Aussicht auf Besserung gab und dem Wissen, dass sich ihre Situation nur weiter verschlimmern würde. Die Ärztin führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem sie 1000 mg des komaauslösenden Mittels Pentothal und 20 mg des Muskelrelaxans Pavulon intravenös verabreichte. Der Kommission fiel auf, dass die von der Ärztin angewendete Dosierung des komaauslösenden Mittels von den Empfehlungen der KNMP abwich. Die Kommission bat die Ärztin darum, ihr Handeln zu begründen. Die Ärztin erklärte, dass ihr der Apotheker der Patientin zu dieser Dosierung geraten hätte. Bei seiner Empfehlung hatte der Apotheker die Größe und das Gewicht der Patientin berücksichtigt. Die Ärztin erläuterte, sie sei davon ausgegangen, dass der Apotheker Recht habe und war seiner Empfehlung gefolgt. Sie gab an, dass ihr inzwischen klar sei, dass die von ihr verwendete Dosierung des Pentothals (1000 mg) zu niedrig gewesen sei. Sie konnte nicht

verstehen, warum der Apotheker sie nicht darauf hingewiesen hatte. Gerade weil der Apotheker der Patientin über jegliche Medikation der Patientin in den Monaten vor ihrem Tod im Bilde war, hatte sich die Ärztin mit ihm in Verbindung gesetzt. Weiterhin erklärte die Ärztin, dass sie im Interesse ihrer Patientin und von niemandem sonst handeln wollen. Sie sah ein, dass sie sich über die relevante Literatur auf dem Gebiet der Sterbehilfe besser informieren musste. Sie war offen für Anregungen und kündigte an, mit ihren Kollegen über ihre Erfahrungen in diesem Fall zu sprechen. Auf die Frage, wie sie festgestellt habe, ob sich die Patientin in einem hinreichend tiefen Koma befunden habe, antwortete die Ärztin, dass sie keinen Schmerzreiz ausgelöst habe, die Patientin aber genau beobachtet habe. Im Gespräch mit ihren Kollegen war ihr klar geworden, dass nicht alle Kollegen die Komatiefe überprüfen, bevor sie das Muskelrelaxans verabreichen. Hinsichtlich der Durchführung der Lebensbeendigung erwog die Kommission Folgendes. Bei der Beurteilung der Frage, ob die Lebensbeendigung aktuellen wissenschaftlich verantwortbaren fundierten Erkenntnissen entsprechend durchgeführt wurde, legt die Kommission grundsätzlich die Empfehlungen der KNMP zugrunde. Darin 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 bekräftigt 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 komauslösenden Mittels große Bedeutung bei.

Die Kommission unterstrich, dass die Ärztin für die sorgfältige Durchführung der Sterbehilfe verantwortlich war, auch wenn sie glaubte, sie könne der Empfehlungen eines Spezialisten – in diesem Falle ein Apotheker – folgen. Aus den Meldungsunterlagen ging hervor, dass die Ärztin das Muskelrelaxans zwei Minuten nach Gabe des komauslösenden Mittels verabreicht hatte. Dreizehn Minuten später stellte sie den Tod der Patientin fest. Durch die Verabreichung von Pavulon waren die Muskeln der Patientin gelähmt, weshalb sich diese nicht mehr bewegen konnte. Für den Fall, dass sich die Patientin zu diesem Zeitpunkt nicht in einem tiefen Koma befunden hätte, hätte sie dies aufgrund der Muskellähmung nicht anzeigen können. Aufgrund der niedrigen Dosierung des Pentothals bestand die Gefahr, dass die Patientin sich nicht während des gesamten Prozesses der Durchführung der Sterbehilfe wirklich in einem tiefen Koma befand. Dies wog um so schwerer, da die Ärztin erklärt hatte, lediglich durch intensives Beobachten der Patientin festgestellt zu haben, dass sich diese in einem Koma befand, die Komatiefe jedoch nicht mit Hilfe eines Schmerzreizes oder des Lidchlussreflexes überprüft hatte. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Ärztin die Lebensbeendigung nicht fachgerecht durchgeführt und somit nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 16 (nicht aufgenommen)

Fall 17

**Der Arzt weigerte sich, die verwendete Dosierung der Sterbemittel offenzulegen.
Urteil: Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.**

Bei einer Patientin in der Altersklasse 60 bis 70 Jahre wurde im Herbst 2006 ein Lungenkarzinom festgestellt. In den letzten Monaten vor ihrem Tod verschlechterte sich der Zustand der Patientin drastisch. Ihr Leiden bestand aus extremen Schmerzanfällen, die kaum zu lindern waren, sowie starker Atemnot. Dieses Leiden war für die Patientin unerträglich. Es bestand keine Aussicht auf Besserung. Eine Heilung war nicht mehr möglich, und es war davon auszu-

gehen, dass der Tod bald eintreten würde. Der Arzt führte die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er das komauslösende Mittel Nesdonal und das Muskelrelaxans Pavulon intravenös verabreichte.

Unmittelbar nach Eingang der Meldung bat die Kommission den Arzt, zu erläutern, in welcher Dosierung er die Medikamente Nesdonal und Pavulon bei der Durchführung der Lebensbeendigung verabreicht hatte. Da man bei der Besprechung der Meldung noch keine Antwort des Arztes erhalten hatte, nahm der Kommissionssekretär nach der Sitzung telefonisch Kontakt mit dem Arzt auf, um die von ihm verwendete Dosierung der Medikamente zu erfragen. In diesem Telefonat teilte der Arzt mit, dass die Dosierung ausreichend gewesen sei und dass er nicht vorhabe, genauere Angaben zu machen. Daraufhin setzte sich ein Kommissionsmitglied, das ebenfalls Arzt ist, mit dem meldenden Arzt in Verbindung und versuchte, die Hintergründe dieser Frage und die möglichen Folgen einer Auskunftsverweigerung darzulegen. Auch in diesem Telefongespräch äußerte der Arzt sich nicht konkreter zu der von ihm verwendeten Dosierung der Sterbemittel. Einen Monat später ließ der Arzt die Kommission schriftlich wissen, dass er die Frage nach der exakten Dosierung der Sterbemittel nicht beantworten werde, da dies seiner Meinung nach nicht in den Aufgabenbereich der Kommission falle. Die Kommission legte dem Arzt postwendend ihre im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung festgelegten Aufgaben und Befugnisse dar und bestellte ihn zu einem Gespräch ein. Dabei gab man dem Arzt Gelegenheit, der Kommission doch noch eine schriftliche Erläuterung zukommen zu lassen, sollte er diesen Weg bevorzugen. Daraufhin teilte der Arzt schriftlich mit, dass die Dosierung der verabreichten Medikamente keine relevante Information darstelle, da die Reaktion auf diese Medikamente vom klinischen Zustand und Gewicht des Patienten abhängen. Er erläuterte, dass die Frage nach der Dosierung ohne Kenntnis der konkreten Situation keinen Schluss über die aufgewandte Sorgfalt zulasse. Da er davon ausging, dass seine schriftliche Erläuterung hinreichend sei, wollte er die Möglichkeit eines Gesprächs nicht wahrnehmen. Daraufhin forderte die Kommission den Arzt schriftlich dazu auf, ihr schnellstmöglich die von ihm verwendeten Dosierungen mitzuteilen und gegebenenfalls seine Beweggründe für die Abweichung von den Empfehlungen der KNMP zu erläutern, damit die Kommission die Beurteilung des gemeldeten Falles abschließen könne. Der Arzt erschien nicht zu der bereits erwähnten Kommissionssitzung zwecks ergänzender Erläuterung; auch ein schriftlicher Bericht des Arztes lag auf dieser Sitzung noch nicht vor. Bezüglich der Frage, ob der Arzt die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt hat, erklärt die Kommission Folgendes. Der Arzt hat der Kommission berichtet, bei der Lebensbeendigung die Medikamente Nesdonal und Pavulon eingesetzt zu haben. Trotz wiederholter Aufforderung vonseiten der Kommission hat er sich nicht dazu geäußert, in welcher Dosierung er die Medikamente verabreicht hat. Somit hat der Arzt der Kommission nicht alle erforderlichen Informationen erteilt und ihr nicht Gelegenheit gegeben, sich von der fachgerechten Durchführung der Lebensbeendigung zu überzeugen. Unter anderem aus diesem Grund konnte die Kommission nicht feststellen, ob der Arzt die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt hat und kam deshalb zu dem Urteil, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Fall 18

Hilfe bei der Selbsttötung

Der Patient nahm die vom Arzt zurückgelassenen Sterbemittel in Abwesenheit des Arztes ein.

Urteil: Der Arzt hat nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt.

Bei der Behandlung einer Meldung über Hilfe bei der Selbsttötung fiel der Kommission auf, dass der Arzt das Sterbemittel bei dem Patienten zurückgelassen hatte und dieser – entgegen der getroffenen Vereinbarung – das Sterbemittel in Abwesenheit des Arztes eingenommen hatte. Die Kommission forderte den Arzt auf, den Fall mündlich näher zu erläutern. Der Arzt erklärte, er habe das Verfahren der Hilfe bei der Selbsttötung mehrfach mit dem Patienten durchgesprochen. Der Patient wusste, dass der Arzt im Zusammenhang mit möglichen Komplikationen (z. B. Erbrechen) bei der Einnahme des Medikaments anwesend sein musste. Er war sich darüber im Klaren, dass der Arzt in einem solchen Fall durch intravenöse Verabreichung eines Sterbemittels Sterbehilfe leisten würde. Am Tag der Lebensbeendigung war der Arzt am Morgen bei dem Patienten gewesen und hatte einen Venenkatheter gelegt für den Fall, dass bei der Einnahme des Sterbemittels Probleme auftreten sollten. Es war vereinbart, dass die Sterbehilfe nachmittags stattfinden sollte. Zur vereinbarten Zeit erschien der Arzt erneut bei dem Patienten, um das Sterbemittel vorzubereiten und dem Patienten zu überreichen. Zu diesem Zeitpunkt waren auch die Kinder des Patienten anwesend, um sich von ihrem Vater zu verabschieden. Der Patient erklärte dann, er wolle die Lebensbeendigung auf einen späteren Zeitpunkt verschieben. Er werde es den Arzt wissen lassen, wenn er soweit sei, das Sterbemittel einzunehmen. Der Arzt verließ den Patienten, nachdem er das Verfahren noch einmal vollständig mit diesem besprochen hatte, und ließ das Sterbemittel im guten Glauben bei dem Patienten zurück. Er hatte den Patienten ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er bei der Lebensbeendigung anwesend sein müsse. Früh am Abend hatte der Arzt noch mit dem Patienten telefonischen Kontakt gehabt. Auch im Verlauf dieses Telefonats hatte der Patient erklärt, die Lebensbeendigung noch etwas aufschieben zu wollen. Der Arzt war nach diesem Gespräch beruhigt. Am nächsten Morgen rief die Partnerin des Patienten in der Arztpraxis an und teilte mit, dass dieser verstorben sei. Für den Arzt war dies eine große Überraschung. Die Kontakte mit dem Patienten und die Beziehung zwischen ihm und dem Arzt waren immer gut gewesen. Sie hatten offen miteinander reden können. Der Arzt hatte nicht geahnt, dass sich die Situation so entwickeln würde. Die Partnerin des Patienten hatte dem Arzt erklärt, dass der Patient bereits einen Teil des Sterbemittels gegen Mitternacht eingenommen hatte. Den Rest des Medikaments hatte er später im Beisein seiner Partnerin und seiner Schwester zu sich genommen. Der Tod war der Partnerin des Patienten zufolge etwa drei Stunden später eingetreten. Sie hatte den Arzt zu diesem Zeitpunkt nicht angerufen. Der Arzt erklärte, dass er nicht noch einmal so handeln würde; er werde nie wieder Sterbemittel bei einem Patienten zurücklassen. Ihm sei klargeworden, dass er durch die Überlassung des Sterbemittels dem Patienten Gelegenheit gegeben hatte, das Sterbemittel in seiner Abwesenheit einzunehmen. Er erläuterte, er habe dem Patienten das Sterbemittel im Kontext ihres Verhältnisses zueinander überlassen. In ihrem Fall sei dies durch die Behandlung der Krankheit des Patienten ein seit Jahren bestehendes Verhältnis gewesen. Man habe bereits so vieles miteinander besprochen gehabt; der Arzt habe auf diese verbindende Kommunikation vertraut. Er vertrat die Auffassung, dass er aufgrund dieses Verhältnisses darauf habe vertrauen können, dass der Patient ihn anrufen werde, wenn er zur Durchführung der Sterbehilfe bereit sei. Der Arzt musste aus dieser Erfahrung lernen, dass er auch bei einem Vertrauensverhältnis in keinem Fall ein Sterbemittel bei einem Patienten zurücklassen darf.

Die Kommission argumentierte, dass der Arzt nach geltenden medizinisch-professionellen Standards bei der Hilfe bei der Selbsttötung dem Patienten das Sterbemittel selbst überge-

ben, bei der Einnahme des Sterbemittels anwesend sein und so lange bei dem Patienten bleiben muss, bis er den Tod des Patienten festgestellt hat. So wird gewährleistet, dass der Arzt eingreifen kann, wenn das Sterbemittel nicht erwartungsgemäß wirken sollte. Außerdem wird so verhindert, dass das Sterbemittel zu einem falschen Zeitpunkt oder von einer anderen Person eingenommen wird. Arzt und Patient müssen vorab den Hergang der Hilfe bei der Selbsttötung und die möglichen Optionen im Falle von Komplikationen besprechen. Im gemeldeten Fall hatte der Arzt diese Dinge ausführlich mit dem Patienten besprochen. Anschließend hatte er jedoch das Sterbemittel bei dem Patienten zurückgelassen, und der Patient hatte das Medikament – entgegen der mit dem Arzt getroffenen Vereinbarung – eingenommen, ohne den Arzt darüber zu informieren und somit in Abwesenheit des Arztes. Der Arzt hatte durch die Überlassung des Sterbemittels an den Patienten eine Situation geschaffen, in der er das Geschehen nicht mehr unter Kontrolle hatte und der Patient Gelegenheit hatte, das Medikament in Abwesenheit des Arztes einzunehmen. Im Falle auftretender Komplikationen hätte der Arzt nicht eingreifen können. Auf dieser Grundlage kam die Kommission zu dem Urteil, dass der Arzt die Hilfe bei der Selbsttötung nicht fachgerecht durchgeführt hatte. Sie merkt dabei an, dass an der Integrität des Arztes keinerlei Zweifel bestanden. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass der behandelnde Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hatte.

Fall 19 (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 Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien³ hinzu. Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise und mit welchen Mitteln das Leben beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ist. Er legt dem Bericht die Erklärung des Konsiliararz-

tes 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 schriftlich, manchmal aber 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 Gelegenheit, der Kommission den betreffenden Fall genau darzulegen.

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 gestellt hat.

Da die Kommissionssekretariate angesichts der steigenden Zahl der Meldungen an die Grenzen ihrer Kapazitäten stießen, konnte in diesem Berichtsjahr die Bearbeitungsfrist von sechs Wochen bei einigen Meldungen allerdings leider nicht eingehalten werden.

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. Wenn die Kommission jedoch bei der Behandlung einer Meldung zu dem Schluss kommt, dass der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat, legt sie den Entwurf ihres Urteils all ihren eigenen sowie den Mitgliedern bzw. stellvertretenden Mitgliedern der anderen Kommissionen zur Stellungnahme vor. Auf diese Weise will man die Harmonisierung und Einheitlichkeit des Prüfverfahrens erreichen.

³ Ein Musterbericht ist unter www.euthanasiacommissie.nl einsehbar.

2009 wurde in neun 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 gemeinsame 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 in 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), Hausärzterverbände, Krankenhäuser, ausländische Delegationen. Dabei wird anhand von Praxisbeispielen besonders auf das geltende Verfahren und die Sorgfaltskriterien eingegangen.

Übersicht der Meldungen insgesamt

Übersicht über den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009

Meldungen

In diesem Berichtsjahr gingen bei den Kommissionen 2636 Meldungen ein.

Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung

In 2443 Fällen ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 156 Fällen um Hilfe bei der Selbsttötung und in 37 Fällen um eine Kombination aus beiden.

Ärzte

In 2356 Fällen handelte es sich bei dem meldenden Arzt um den Hausarzt, in 184 um einen im Krankenhaus tätigen Facharzt, in 87 Fällen um einen Geriater und in 10 Fällen um einen Arzt in der Ausbildung zum Facharzt.* (Ein Fall wurde von zwei Ärzten gemeldet.)

Krankheitsarten

Die Krankheitsarten lassen sich wie folgt aufschlüsseln:

Krebs	2153
Herz- und Gefäßkrankheiten	54
Erkrankungen des Nervensystems	131
Andere	168
Mehrfacherkrankungen	130

Orte der Lebensbeendigung

In 2117 Fällen fand die Lebensbeendigung beim Patienten zu Hause statt, in 170 Fällen in einem Krankenhaus, in 77 Fällen in einem Pflegeheim, in 111 Fällen in einem Altersheim, in 124 Fällen in einem Hospiz und in 37 Fällen an anderen Orten (z. B. bei Angehörigen).

Zuständigkeit und abschließendes Urteil

Die Kommissionen kamen in allen Fällen zu dem Schluss, dass die Beurteilungen in ihre Zuständigkeit fallen. In neun 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 37 Tage.